

Aula 01

*MP-PR (Promotor) Direito Sanitário -
2021 (Pós-Edital) - Somente PDF*

Autor:
Gustavo Henrique Willrich

27 de Setembro de 2021

Sumário

Apresentação	2
Considerações iniciais.....	3
Direito à saúde na Constituição Federal.....	3
Sistema Único de Saúde.....	16
<i>Princípios e diretrizes</i>	27
<i>Organização, Direção, Gestão e Competência</i>	34
<i>Comissões</i>	42
<i>CONASS, CONASEMS e COSEMS</i>	44
<i>Subsistema de Atenção à Saúde Indígena</i>	44
<i>Subsistema de atendimento e internação domiciliar</i>	48
<i>Subsistema de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato</i>	49
<i>Serviços privados de assistência à saúde</i>	50
<i>Recursos humanos</i>	54
Resumo	58
Lista de questões com comentários	62
Lista de questões sem comentários	66
Gabarito	68



APRESENTAÇÃO

Olá, futuro Promotor de Justiça do Estado do Paraná! Meu nome é Gustavo Henrique Willrich e serei o seu professor de Direito Sanitário.

Este material foi preparado especialmente para a sua preparação para o concurso de ingresso na carreira de Promotor de Justiça do Estado do Paraná e busca enfatizar e esclarecer os principais pontos da matéria, principalmente por meio de uma análise da Constituição Federal, da lei e da jurisprudência. Para reforçar o estudo, foram trazidas questões inéditas e/ou de concursos passados.

Segue abaixo a divisão do conteúdo por aula:

AULA	CONTEÚDO
Aula 01	O Direito à saúde na ordem constitucional. Saúde e seguridade social. O Sistema Único de Saúde, seus princípios e diretrizes norteadores, as atribuições administrativas da União, dos Estados e dos Municípios na garantia do direito à saúde, as condições, critérios e fatores determinantes na organização e planejamento de um Sistema de Saúde. Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90). Decreto Federal nº 7.508/2011. Sistema interfederativo (Comissões Intergestores Tripartite - CIT, Comissão Intergestores Bipartite - CIB, Comissão Intergestores Regionais - CIR), Lei Federal nº 12.466/2011.
Aula 02	O financiamento do direito à saúde – Emenda Constitucional 29/2000, Lei Complementar nº 141/2012, Emenda Constitucional nº 86/2015. Emenda Constitucional nº 95/2016.
Aula 03	O controle social, as Conferências de Saúde, os Conselhos de Saúde (Lei nº 8.142/90 e a Resolução nº 453/2012, do Conselho Nacional de Saúde); características institucionais, atribuições e responsabilidades dos Conselhos de Saúde e de seus integrantes. Instrumentos de interação comunidade e SUS. Fundo de saúde. Incorporação de tecnologia no Sistema Único de Saúde. Bens e serviços fora da oferta SUS – admissibilidade. Assistência farmacêutica, Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME e Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.
Aula 04	Lei 10.216/2001, Política de Saúde Mental no Brasil, Reforma Psiquiátrica, serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e o papel do Ministério Público, parâmetros legais de enfrentamento à drogadição. Transplante de Órgãos (Lei Federal nº 9.434/97), Planejamento Familiar e Esterilização voluntária e involuntária (Lei Federal nº 9.236/96). Transplante de Órgãos (Lei Federal nº 9.434/97),



Aula 05	Planejamento Familiar e Esterilização voluntária e involuntária (Lei Federal nº 9.236/96). Judicialização e políticas públicas em saúde, instrumentos de preservação do direito à saúde sem judicialização. Atuação e emprego de iniciativas legais do Ministério Público na área do Direito Sanitário e na proteção da saúde do trabalhador. Aplicação da Lei Federal nº 13.655/2018 em matéria de saúde pública.
Aula 06	Código Sanitário do Estado do Paraná

Ao longo das aulas:

a) quando o texto estiver destacado em um quadro pontilhado como este, quer dizer que se trata de uma transcrição da norma objeto principal da aula.

b) quando o texto estiver destacado em um quadro com uma margem como esta, significa que se trata de uma transcrição de outra norma correlata, de algum precedente importante da jurisprudência, ou até mesmo de um posicionamento doutrinário.

Caso tenha qualquer dúvida sobre a matéria ou mesmo sobre concurso público em geral, não hesite em me contatar por meio do fórum de dúvidas ou pelo e-mail: gustavohwillrich@gmail.com.

Sugestões também são bem-vindas.

Vamos juntos conquistar a sua aprovação!

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Nesta aula serão analisados: (i) os dispositivos constitucionais relacionados à saúde; (ii) a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde – SUS (Lei nº 8.080/90), com as alterações promovidas pela Lei nº 12.466/2011; e (iii) o Decreto nº 7.508/2011 (Regulamento da Lei nº 8.080/90), exceto no que diz respeito ao financiamento da saúde, ao controle social, à incorporação de tecnologia ao SUS e à assistência farmacêutica, assuntos que serão abordados nas próximas aulas.

DIREITO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL

De acordo com o artigo 6º da Constituição Federal, a saúde é um direito social do cidadão que, ao lado da previdência social e da assistência social, compõe a seguridade social no Brasil:

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.



Conforme ensina Frederico Amado¹, a “seguridade social ostenta simultaneamente a natureza jurídica de direito fundamental de 2ª e 3ª dimensão ou geração, vez que tem natureza jurídica prestacional positiva (direito social – 2ª geração) e possui caráter universal (natureza coletiva – 3ª geração)”. Ademais, de acordo com o doutrinador, “é possível afirmar que o objetivo genérico do sistema brasileiro de seguridade social é preservar a dignidade da pessoa humana, mediante a realização do bem-estar e da justiça social, tendo em vista ser integrante do Título VIII, da Constituição Federal, que regula a Ordem Social.”



O artigo 22, XXIII, da Constituição Federal, prevê que cabe privativamente à União legislar sobre seguridade social, ao passo que o artigo 24, XII, da Lei Maior estabelece que compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre previdência social e defesa da saúde.

Frederico Amado² adverte que “há uma aparente antinomia de dispositivos constitucionais, pois a seguridade social foi tema legiferante reservado à União pelo artigo 22, inciso XXIII, enquanto a previdência social, a saúde e temas assistenciais (todos inclusos na seguridade social) foram repartidos entre todas as pessoas políticas. Essa antinomia é solucionada da seguinte maneira: apenas a União poderá legislar sobre previdência social, exceto no que concerne ao regime de previdência dos servidores públicos efetivos dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, que poderão editar normas jurídicas para instituí-los e discipliná-los, observadas as normas gerais editadas pela União e as já postas pela própria Constituição.”

¹ Curso de direito e processo previdenciário. 12. ed. Salvador: Juspodivm, 2020. p. 22.

² Curso de direito e processo previdenciário. 12. ed. Salvador: Juspodivm, 2020. p. 23.

INDO MAS
FUNDO!



O legislador constituinte estabeleceu que a promoção da saúde cabe a todos os entes federativos (art. 23, II, da CRFB/88), inclusive por meio de leis (art. 24, II, da CRFB/88). Em razão disso, durante a pandemia do Coronavírus (COVID-19), discussões acerca da competência para imposição de medidas sanitárias, notadamente voltadas à restrição da liberdade de ir e vir das pessoas (quarentenas, lockdowns, isolamento), em prol do retardamento da proliferação do vírus chegaram ao Supremo Tribunal Federal, que decidiu:

- a) o Poder Executivo federal exerce o papel de ente central no planejamento e coordenação das ações governamentais em prol da saúde pública, mas nem por isso pode afastar, unilateralmente, as decisões dos governos estaduais, distrital e municipais que, no exercício de suas competências constitucionais, adotem medidas sanitárias previstas na Lei 13.979/2020 no âmbito de seus respectivos territórios, como a imposição de distanciamento ou isolamento social, quarentena, suspensão de atividades de ensino, restrições de comércio, atividades culturais e à circulação de pessoas, entre outros mecanismos reconhecidamente eficazes para a redução do número de infectados e de óbitos, sem prejuízo do exame da validade formal e material de cada ato normativo específico estadual, distrital ou municipal editado nesse contexto pela autoridade jurisdicional competente (ADPF 672).
- b) O Presidente da República pode dispor, mediante decreto, sobre os serviços públicos e atividades essenciais, que devem permanecer em funcionamento durante a pandemia (ADI 6341).

Em razão da relevância das informações contidas, seguem abaixo as ementas dos indigitados julgados:

CONSTITUCIONAL. PANDEMIA DO CORONAVÍRUS (COVID-19). RESPEITO AO FEDERALISMO. LEI FEDERAL 13.979/2020. MEDIDAS SANITÁRIAS DE CONTENÇÃO À DISSEMINAÇÃO DO VÍRUS. ISOLAMENTO SOCIAL. PROTEÇÃO À SAÚDE, SEGURANÇA SANITÁRIA E EPIDEMIOLÓGICA. COMPETÊNCIAS COMUNS E CONCORRENTES E RESPEITO AO PRINCÍPIO DA PREDOMINÂNCIA DO INTERESSE (ARTS. 23, II, 24, XII, E 25, § 1º, DA CF). COMPETÊNCIAS DOS ESTADOS PARA IMPLEMENTAÇÃO DAS MEDIDAS PREVISTAS EM LEI FEDERAL. ARGUIÇÃO JULGADA PARCIALMENTE PROCEDENTE.

1. Proposta de conversão de referendo de medida cautelar em julgamento definitivo de mérito, considerando a existência de precedentes da CORTE quanto à matéria de fundo e a instrução dos autos, nos termos do art. 12 da Lei 9.868/1999.

2. A gravidade da emergência causada pela pandemia do coronavírus (COVID-19) exige das autoridades brasileiras, em todos os níveis de governo, a efetivação concreta da proteção à saúde pública, com a adoção de todas as medidas possíveis e tecnicamente sustentáveis para o apoio e manutenção das atividades do Sistema Único de Saúde, sempre com o absoluto respeito aos mecanismos constitucionais de equilíbrio institucional e manutenção da harmonia e independência entre os poderes, que devem ser cada vez mais valorizados, evitando-se o exacerbamento de quaisquer personalismos prejudiciais à condução das políticas públicas essenciais ao combate da pandemia de COVID-19.

3. Em relação à saúde e assistência pública, a Constituição Federal consagra a existência de competência administrativa comum entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios (art. 23, II e IX, da CF), bem como prevê competência concorrente entre União e Estados/Distrito Federal para legislar sobre proteção e defesa da saúde (art. 24, XII, da CF), permitindo aos Municípios suplementar a legislação federal e a estadual no que couber, desde que haja interesse local (art.



30, II, da CF); e prescrevendo ainda a descentralização político-administrativa do Sistema de Saúde (art. 198, CF, e art. 7º da Lei 8.080/1990), com a conseqüente descentralização da execução de serviços, inclusive no que diz respeito às atividades de vigilância sanitária e epidemiológica (art. 6º, I, da Lei 8.080/1990).

4. O Poder Executivo federal exerce o papel de ente central no planejamento e coordenação das ações governamentais em prol da saúde pública, mas nem por isso pode afastar, unilateralmente, as decisões dos governos estaduais, distrital e municipais que, no exercício de suas competências constitucionais, adotem medidas sanitárias previstas na Lei 13.979/2020 no âmbito de seus respectivos territórios, como a imposição de distanciamento ou isolamento social, quarentena, suspensão de atividades de ensino, restrições de comércio, atividades culturais e à circulação de pessoas, entre outros mecanismos reconhecidamente eficazes para a redução do número de infectados e de óbitos, sem prejuízo do exame da validade formal e material de cada ato normativo específico estadual, distrital ou municipal editado nesse contexto pela autoridade jurisdicional competente.

5. Arguição julgada parcialmente procedente.

(ADPF 672 MC-Ref, Relator(a): ALEXANDRE DE MORAES, Tribunal Pleno, julgado em 13/10/2020, PROCESSO ELETRÔNICO DJe-260 DIVULG 28-10-2020 PUBLIC 29-10-2020)

EMENTA: REFERENDO EM MEDIDA CAUTELAR EM AÇÃO DIRETA DA INCONSTITUCIONALIDADE. DIREITO CONSTITUCIONAL. DIREITO À SAÚDE. EMERGÊNCIA SANITÁRIA INTERNACIONAL. LEI 13.979 DE 2020. COMPETÊNCIA DOS ENTES FEDERADOS PARA LEGISLAR E ADOTAR MEDIDAS SANITÁRIAS DE COMBATE À EPIDEMIA INTERNACIONAL. HIERARQUIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. COMPETÊNCIA COMUM. MEDIDA CAUTELAR PARCIALMENTE DEFERIDA.

1. A emergência internacional, reconhecida pela Organização Mundial da Saúde, não implica nem muito menos autoriza a outorga de discricionariedade sem controle ou sem contrapesos típicos do Estado Democrático de Direito. As regras constitucionais não servem apenas para proteger a liberdade individual, mas também o exercício da racionalidade coletiva, isto é, da capacidade de coordenar as ações de forma eficiente. O Estado Democrático de Direito implica o direito de examinar as razões governamentais e o direito de criticá-las. Os agentes públicos agem melhor, mesmo durante emergências, quando são obrigados a justificar suas ações.

2. O exercício da competência constitucional para as ações na área da saúde deve seguir parâmetros materiais específicos, a serem observados, por primeiro, pelas autoridades políticas. Como esses agentes públicos devem sempre justificar suas ações, é à luz delas que o controle a ser exercido pelos demais poderes tem lugar.

3. O pior erro na formulação das políticas públicas é a omissão, sobretudo para as ações essenciais exigidas pelo art. 23 da Constituição Federal. É grave que, sob o manto da competência exclusiva ou privativa, premiem-se as inações do governo federal, impedindo que Estados e Municípios, no âmbito de suas respectivas competências, implementem as políticas públicas essenciais. O Estado garantidor dos direitos fundamentais não é apenas a União, mas também os Estados e os Municípios.

4. A diretriz constitucional da hierarquização, constante do caput do art. 198 não significou hierarquização entre os entes federados, mas comando único, dentro de cada um deles.

5. É preciso ler as normas que integram a Lei 13.979, de 2020, como decorrendo da competência própria da União para legislar sobre vigilância epidemiológica, nos termos da Lei Geral do SUS, Lei 8.080, de 1990. O exercício da competência da União em nenhum momento



diminuiu a competência própria dos demais entes da federação na realização de serviços da saúde, nem poderia, afinal, a diretriz constitucional é a de municipalizar esses serviços.

6. O direito à saúde é garantido por meio da obrigação dos Estados Partes de adotar medidas necessárias para prevenir e tratar as doenças epidêmicas e os entes públicos devem aderir às diretrizes da Organização Mundial da Saúde, não apenas por serem elas obrigatórias nos termos do Artigo 22 da Constituição da Organização Mundial da Saúde (Decreto 26.042, de 17 de dezembro de 1948), mas sobretudo porque contam com a expertise necessária para dar plena eficácia ao direito à saúde.

7. Como a finalidade da atuação dos entes federativos é comum, a solução de conflitos sobre o exercício da competência deve pautar-se pela melhor realização do direito à saúde, amparada em evidências científicas e nas recomendações da Organização Mundial da Saúde. 8. Medida cautelar parcialmente concedida para dar interpretação conforme à Constituição ao § 9º do art. 3º da Lei 13.979, a fim de explicitar que, preservada a atribuição de cada esfera de governo, nos termos do inciso I do artigo 198 da Constituição, o Presidente da República poderá dispor, mediante decreto, sobre os serviços públicos e atividades essenciais.

(ADI 6341 MC-Ref, Relator(a): MARCO AURÉLIO, Relator(a) p/ Acórdão: EDSON FACHIN, Tribunal Pleno, julgado em 15/04/2020, PROCESSO ELETRÔNICO DJe-271 DIVULG 12-11-2020 PUBLIC 13-11-2020)

Quanto à seguridade social, a Constituição Federal prevê ainda:

Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

I - universalidade da cobertura e do atendimento;

A seguridade social deve amparar o maior número possível de riscos sociais e de pessoas.

II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;

Trata-se da aplicação do princípio da isonomia no âmbito da seguridade social. As populações rurais não podem ser tratadas pela seguridade social de forma diferente das populações urbanas, exceto na exata medida de suas desigualdades, ou seja, salvo para atender peculiaridades.

III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;

Considerando que os serviços de seguridade social dependem da aplicação de recursos financeiros para serem executados e que o orçamento público é insuficiente para atender toda a demanda da população, o Estado deve escolher os eventos e/ou riscos mais relevantes e que atingem o maior número de pessoas para serem objeto de cobertura.

IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;



No que tange aos benefícios de assistência social e de saúde, assegura-se apenas a irredutibilidade nominal de seu valor, ou seja, embora o valor do benefício não possa ser reduzido, não há garantia de reposição da perda do poder de compra decorrente dos efeitos inflacionários.

Por outro lado, aos benefícios da previdência social é assegurada a irredutibilidade real, de modo que é necessária a atualização anual de seu valor na medida da inflação no período.

V - equidade na forma de participação no custeio;

A seguridade social deve ser custeada de forma justa, isonômica. Para tal fim, deve ser avaliado a capacidade contributiva de cada contribuinte, bem como o quanto ele demanda dos serviços da seguridade social.

VI - diversidade da base de financiamento, identificando-se, em rubricas contábeis específicas para cada área, as receitas e as despesas vinculadas a ações de saúde, previdência e assistência social, preservado o caráter contributivo da previdência social;

O princípio da diversidade da base de financiamento visa assegurar que a falta de contribuições de um setor não comprometa todo o financiamento da seguridade social, que, nessa hipótese, ainda contará com as contribuições dos demais setores.

VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.

Especificamente no que tange à saúde, o Decreto nº 5.839/2006 estabelece que o Conselho Nacional de Saúde - CNS, órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo, integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, é composto por representantes do governo, dos prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, cujas decisões, consubstanciadas em resoluções, são homologadas pelo Ministro de Estado da Saúde (esse tema será aprofundado em outra aula do curso).

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 e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Conforme consta do documento constitutivo da Organização Mundial da Saúde, *a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.*



Lauro Ribeiro³ pondera que *“a ideia de saúde não está restrita à mera cura ou tratamento de doenças e ao seu conceito integram outros elementos independentes, como a alimentação, o meio ambiente, o saneamento básico, o transporte, o lazer (art. 3º da Lei n. 8.080/90 – Lei Orgânica do SUS – LOS) e deve se desenvolver por meio de políticas públicas voltadas aos cuidados primários da população.”*

Acrescenta ainda que *“sendo um bem coletivo, o direito à saúde não pode ficar restrito a um indivíduo. É de interesse de toda sociedade que a integralidade dos seus membros – aí incluídos os brasileiros e os estrangeiros – tenha acesso amplo aos serviços de saúde de forma que todo o funcionamento do sistema de atenção à saúde e o aparelhamento público destinado à prestação deste serviço se constitui em um interesse difuso a ser tutelado e fiscalizado através de todo o instrumental de proteção existente, tal como a ação civil pública, os TACs, utilizando-se do arsenal legislativo que compõe o sistema (p. ex. o Código de Defesa do Consumidor, o Estatuto do Idoso e a Lei da Ação Civil Pública).”*

Ao contrário dos benefícios da previdência social, que são assegurados, em regra, somente a quem contribuiu para o Regime Geral da Previdência Social ou aos seus dependentes, a saúde pública é assegurada a todos os cidadãos, independentemente de contribuição, classe social ou qualquer outro requisito. Ou seja, o Estado deve oferecer saúde pública até mesmo a um milionário que tenha condições de pagar serviços médicos oferecidos pela iniciativa privada, caso ele prefira ser atendido pelos serviços públicos.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

[...]

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

³ Interesses difusos e coletivos. vol. 2. 3 ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2020, p. 894.



Nos termos do artigo 199 da Constituição Federal, *a assistência à saúde é livre à iniciativa privada*. Logo, é perfeitamente possível a criação de clínicas e hospitais privados para a prestação de serviços de saúde com finalidade lucrativa (fora do âmbito do SUS). Todavia, é incabível a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas que visam ao lucro (art. 199, § 2º, da CRFB/88).

Também é possível que as instituições privadas participem, de forma complementar, do sistema único de saúde (saúde pública), segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. Por exemplo, se o ente verificar que os hospitais de sua titularidade são insuficientes para atender à saúde da população, poderá firmar contrato ou convênio com instituições privadas de saúde para que estas complementem os serviços públicos de saúde.

Cabe esclarecer que tanto os serviços públicos de saúde (prestados diretamente pelo Estado ou, mediante convênio, por pessoas jurídicas de direito privado) quanto os serviços privados de saúde têm relevância pública, de modo que ambos devem ser regulamentados, fiscalizados e controlados pelo Poder Público.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

[...]

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

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

V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 85, de 2015)

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.



O *caput* do artigo 198 e o artigo 200 da Constituição Federal são regulamentados pela Lei nº 8.080/90, que dispõe sobre o Sistema Único de Saúde e será abordada adiante.

Conforme define José Afonso da Silva, o Sistema Único de Saúde “*constitui o meio pelo qual o Poder Público cumpre seu dever na relação jurídica de saúde que tem no polo ativo qualquer pessoa e a comunidade, já que o direito à promoção e à proteção da saúde é também um direito coletivo.*”⁴

Marcelo Novelino explica que “*a estrutura conferida ao Sistema Único de Saúde, com a descentralização das ações e a cooperação técnica e financeira dos entes federativos, reflete o federalismo cooperativo adotado pela Constituição de 1988. Nos termos da Constituição, os serviços de atendimento à saúde da população devem ser prestados pelo Município, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado (CF, art. 30, VII). Portanto, apesar de constituírem um sistema único e integrarem uma rede regionalizada e hierarquizada, as prestações de saúde foram descentralizadas no tocante à sua execução.*”⁵

[...]

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação.

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial.

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício.

As atividades dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias são regulamentadas pela Lei nº 11.350/2006.

Agente Comunitário de Saúde: tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, a partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS que normatizam a saúde preventiva e a atenção básica em saúde, com objetivo de ampliar o acesso

⁴ Curso de direito constitucional positivo. 43. ed. São Paulo: Malheiros, 2020. p. 846.

⁵ Curso de direito constitucional. 12. ed. Salvador: Juspodivm, 2017. p. 842.



da comunidade assistida às ações e aos serviços de informação, de saúde, de promoção social e de proteção da cidadania, sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal.

Agente de Combate às Endemias: tem como atribuição o exercício de atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor de cada ente federado.

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

- na orientação da comunidade quanto à adoção de medidas simples de manejo ambiental para o controle de vetores, de medidas de proteção individual e coletiva e de outras ações de promoção de saúde, para a prevenção de doenças infecciosas, zoonoses, doenças de transmissão vetorial e agravos causados por animais peçonhentos;
- no planejamento, na programação e no desenvolvimento de atividades de vigilância em saúde, de forma articulada com as equipes de saúde da família;
- na identificação e no encaminhamento, para a unidade de saúde de referência, de situações que, relacionadas a fatores ambientais, interfiram no curso de doenças ou tenham importância epidemiológica;
- na realização de campanhas ou de mutirões para o combate à transmissão de doenças infecciosas e a outros agravos.

O exercício das atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias dar-se-á exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, na execução das atividades de responsabilidade dos entes federados, mediante vínculo direto entre os referidos Agentes e órgão ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional.



Nos termos do parágrafo 4º do artigo 198 da Constituição Federal e do artigo 9º da Lei nº 11.350/2006, a contratação dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias não é precedida de concurso público, mas de processo seletivo público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para o exercício das atividades, que atenda aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

Os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias admitidos pelos gestores locais do SUS e pela Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, na forma do disposto no § 4º do art. 198 da Constituição, **submetem-se ao regime jurídico estabelecido pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, salvo se, no caso dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, lei local dispuser de forma diversa.** Ou seja, em regra, esses agentes são detentores de empregos públicos regidos pela CLT. Todavia, o ente federativo pode estabelecer, por lei, o regime jurídico estatutário a eles, hipótese em que serão detentores de cargos públicos de provimento efetivo.

No tocante ao piso salarial da categoria, dispõe a Lei nº 11.350/2006:

Art. 9º-A. O piso salarial profissional nacional é o valor abaixo do qual a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios não poderão fixar o vencimento inicial das Carreiras de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias para a jornada de 40 (quarenta) horas semanais.

§ 1º O piso salarial profissional nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias é fixado no valor de R\$ 1.550,00 (mil quinhentos e cinquenta reais) mensais, obedecido o seguinte escalonamento: (Redação dada pela lei nº 13.708, de 2018)

I - R\$ 1.250,00 (mil duzentos e cinquenta reais) em 1º de janeiro de 2019; (Incluído pela lei nº 13.708, de 2018)

II - R\$ 1.400,00 (mil e quatrocentos reais) em 1º de janeiro de 2020; (Incluído pela lei nº 13.708, de 2018)

III - R\$ 1.550,00 (mil quinhentos e cinquenta reais) em 1º de janeiro de 2021. (Incluído pela lei nº 13.708, de 2018)

§ 2º A jornada de trabalho de 40 (quarenta) horas semanais exigida para garantia do piso salarial previsto nesta Lei será integralmente dedicada às ações e aos serviços de promoção da saúde, de vigilância epidemiológica e ambiental e de combate a endemias em prol das famílias e das comunidades assistidas, no âmbito dos respectivos territórios de atuação, e assegurará aos Agentes Comunitários de Saúde e aos Agentes de Combate às Endemias participação nas atividades de planejamento e avaliação de ações, de detalhamento das atividades, de registro de dados e de reuniões de equipe.

§ 3º O exercício de trabalho de forma habitual e permanente em condições insalubres, acima dos limites de tolerância estabelecidos pelo órgão competente do Poder Executivo federal, assegura aos agentes de que trata esta Lei a percepção de adicional de insalubridade, calculado sobre o seu vencimento ou salário-base: (Incluído pela Lei nº 13.342, de 2016)

I - nos termos do disposto no art. 192 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, quando submetidos a esse regime; (Incluído pela Lei nº 13.342, de 2016)

II - nos termos da legislação específica, quando submetidos a vínculos de outra natureza. (Incluído pela Lei nº 13.342, de 2016)

§ 4º As condições climáticas da área geográfica de atuação serão consideradas na definição do horário para cumprimento da jornada de trabalho.

§ 5º O piso salarial de que trata o § 1º deste artigo será reajustado, anualmente, em 1º de janeiro, a partir do ano de 2022.

Art. 9º-C. Nos termos do § 5º do art. 198 da Constituição Federal, compete à União prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do piso salarial de que trata o art. 9º-A desta Lei.

§ 1º Para fins do disposto no caput deste artigo, é o Poder Executivo federal autorizado a fixar em decreto os parâmetros referentes à quantidade máxima de agentes passível de contratação, em função da população e das peculiaridades locais, com o auxílio da assistência financeira complementar da União. (Incluído pela Lei nº 12.994, de 2014)

§ 2º A quantidade máxima de que trata o § 1º deste artigo considerará tão somente os agentes efetivamente registrados no mês anterior à respectiva competência financeira que se



encontrem no estrito desempenho de suas atribuições e submetidos à jornada de trabalho fixada para a concessão do piso salarial. (Incluído pela Lei nº 12.994, de 2014)

§ 3º O valor da assistência financeira complementar da União é fixado em 95% (noventa e cinco por cento) do piso salarial de que trata o art. 9º-A desta Lei. (Incluído pela Lei nº 12.994, de 2014)

§ 4º A assistência financeira complementar de que trata o caput deste artigo será devida em 12 (doze) parcelas consecutivas em cada exercício e 1 (uma) parcela adicional no último trimestre. (Incluído pela Lei nº 12.994, de 2014)

§ 5º Até a edição do decreto de que trata o § 1º deste artigo, aplicar-se-ão as normas vigentes para os repasses de incentivos financeiros pelo Ministério da Saúde. (Incluído pela Lei nº 12.994, de 2014)

§ 6º Para efeito da prestação de assistência financeira complementar de que trata este artigo, a União exigirá dos gestores locais do SUS a comprovação do vínculo direto dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias com o respectivo ente federativo, regularmente formalizado, conforme o regime jurídico que vier a ser adotado na forma do art. 8º desta Lei. (Incluído pela Lei nº 12.994, de 2014)

[...]

Art. 9º-G. Os planos de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias deverão obedecer às seguintes diretrizes: (Incluído pela Lei nº 12.994, de 2014)

I - remuneração paritária dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias; (Incluído pela Lei nº 12.994, de 2014)

II - definição de metas dos serviços e das equipes; (Incluído pela Lei nº 12.994, de 2014)

III - estabelecimento de critérios de progressão e promoção; (Incluído pela Lei nº 12.994, de 2014)

IV - adoção de modelos e instrumentos de avaliação que atendam à natureza das atividades, assegurados os seguintes princípios: (Incluído pela Lei nº 12.994, de 2014)

a) transparência do processo de avaliação, assegurando-se ao avaliado o conhecimento sobre todas as etapas do processo e sobre o seu resultado final; (Incluído pela Lei nº 12.994, de 2014)

b) periodicidade da avaliação; (Incluído pela Lei nº 12.994, de 2014)

c) contribuição do servidor para a consecução dos objetivos do serviço; (Incluído pela Lei nº 12.994, de 2014)

d) adequação aos conteúdos ocupacionais e às condições reais de trabalho, de forma que eventuais condições precárias ou adversas de trabalho não prejudiquem a avaliação; (Incluído pela Lei nº 12.994, de 2014)

e) direito de recurso às instâncias hierárquicas superiores. (Incluído pela Lei nº 12.994, de 2014)

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





No julgamento do Recurso Extraordinário nº 1291684, a Primeira Turma do Supremo Tribunal Federal decidiu que o piso salarial fixado na Lei nº 11.350/2006, com redação dada pela Lei nº 13.708/2018, não se aplica aos Agentes Comunitários de Saúde e aos de Combate às Endemias contratados sob regime estatutário, nos termos da legislação do ente contratante:

AGRAVO INTERNO. RECURSO EXTRAORDINÁRIO. ACÓRDÃO RECORRIDO EM DISSONÂNCIA COM A JURISPRUDÊNCIA DO STF.

1. O acórdão do Tribunal de origem revela-se em dissonância com a jurisprudência do SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL.

2. Quando a Lei 12.994/2014, alterando a Lei 11.350/2006, incluiu nesta última o art. 9º-A, para fixar o piso nacional dos agentes de saúde e combate às endemias, em nada modificou a disposição do art. 8º do diploma legal de 2006, que faculta aos Estados, Distrito Federal e Municípios fazer a opção pelo regime da CLT ou outro de sua escolha.

3. Dessa forma, compreender que o piso salarial profissional nacional instituído pelo aludido art. 9º-A e seu § 1º vincula todas as unidades federativas seria fazer letra morta do texto normativo enunciado no art. 8º da Lei 11.350/2006.

4. É incongruente que essa norma assegure, aos Estados, Distrito Federal e Municípios, o direito de optar pelo regime jurídico de seus agentes de saúde e, ao mesmo tempo, imponha o pagamento do piso salarial nos termos fixado pela União para aqueles que aderiram ao regime da CLT.

5. A fixação da remuneração de servidor público municipal por lei federal contraria o princípio constitucional de iniciativa privativa do Chefe do Poder Executivo local para dispor sobre regime jurídico e remuneração de seus servidores, à luz do art. 61, § 1º, II, da Lei Maior.

6. A exegese do § 5º do artigo 198 da Constituição Federal, que, na redação da EC 63/2010, atribuiu à lei federal o estabelecimento do piso salarial profissional nacional e diretrizes para os Planos de Carreira de agentes comunitários de saúde e de agentes de combate às endemias, deve ser compatibilizada com os demais princípios constitucionais que ditam a distribuição de competências legislativas, administrativas e tributárias entre União, Estados e Municípios, característica do Pacto Federativo.

7. No caso vertente, o Município de Macapá optou, nos termos do art. 8º da Lei Federal 11.350/2006, por vincular os agentes de saúde e os de combate a endemias ao regime estatutário próprio, e o fez por meio da Lei Municipal nº 081/2011. Em consequência, esses servidores passaram a integrar o quadro de servidores efetivos do Município de Macapá, com regime jurídico estatutário e regência pela Lei Complementar 014/2000 PMM. 8. Ao assim agir, o Município se desvinculou da norma federal (art. 9º-A, § 1º, da Lei 11.350/2006, incluído pela Lei 12.994/2014), que estabeleceu o piso salarial profissional nacional dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias. Portanto, tendo optado pelo regime estatutário, não se sujeita às regras aplicáveis aos municípios que preferiram manter seus agentes de saúde vinculados ao regime jurídico celetista.

9. Acolher a pretensão inicial seria reconhecer a possibilidade de conjugar regras de um determinado regime com o de outro de natureza diversa, criando um regime jurídico híbrido, o que não se admite no ordenamento jurídico brasileiro.



10. Agravo interno a que se nega provimento. Na forma do art. 1.021, §§ 4º e 5º, do Código de Processo Civil de 2015, em caso de votação unânime, fica condenado o agravante a pagar ao agravado multa de um por cento do valor atualizado da causa, cujo depósito prévio passa a ser condição para a interposição de qualquer outro recurso (à exceção da Fazenda Pública e do beneficiário de gratuidade da justiça, que farão o pagamento ao final).

(RE 1291684 AgR, Relator(a): ALEXANDRE DE MORAES, Primeira Turma, julgado em 15/12/2020, PROCESSO ELETRÔNICO DJe-002 DIVULG 08-01-2021 PUBLIC 11-01-2021 – sem grifos no original)

Por fim, nos termos do artigo 10 da Lei nº 11.350/2006, a Administração Pública somente poderá rescindir unilateralmente o contrato do Agente Comunitário de Saúde ou do Agente de Combate às Endemias, de acordo com o regime jurídico de trabalho adotado, na ocorrência de uma das seguintes hipóteses:

I - prática de falta grave, dentre as enumeradas no art. 482 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT;

II - acumulação ilegal de cargos, empregos ou funções públicas;

III - necessidade de redução de quadro de pessoal, por excesso de despesa; ou

IV - insuficiência de desempenho, apurada em procedimento no qual se assegurem pelo menos um recurso hierárquico dotado de efeito suspensivo, que será apreciado em trinta dias, e o prévio conhecimento dos padrões mínimos exigidos para a continuidade da relação de emprego, obrigatoriamente estabelecidos de acordo com as peculiaridades das atividades exercidas.

No caso do Agente Comunitário de Saúde, o contrato também poderá ser rescindido unilateralmente na hipótese de não-atendimento ao disposto no inciso I do art. 6º da referida lei (*residir na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público*), ou em função de apresentação de declaração falsa de residência.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Dispõe a Lei nº 8.080/90:

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.

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 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.

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.

Conforme já exposto, a saúde é um direito fundamental de segunda geração (direito social) – podendo também ser classificado como direito fundamental de terceira geração (direito coletivo) – e, como tal, deve ser assegurado pelo Estado mediante a implantação de políticas públicas, que, no caso brasileiro, são organizadas pelo Sistema Único de Saúde.

A atuação do Estado não afasta a necessidade de toda a sociedade zelar pela saúde pública, o que é feito, por exemplo, quando se respeita o meio ambiente, as regras de trânsito e as medidas sanitárias impostas para evitar a disseminação de doenças. É possível citar, como exemplo, a Lei nº 13.979/2020 (com redação das Leis nºs 14.019/2020 e 14.035/2020), que estabeleceu medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus a serem observadas pelo Poder Público e pela população. De acordo com o artigo 3º da referida lei, para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do COVID-19, as autoridades poderão adotar, no âmbito de suas competências, entre outras, as seguintes medidas:

I - isolamento;

II - quarentena;

III - determinação de realização compulsória de:

a) exames médicos;

b) testes laboratoriais;

c) coleta de amostras clínicas;

d) vacinação e outras medidas profiláticas; ou

e) tratamentos médicos específicos;

III-A - uso obrigatório de máscaras de proteção individual;

[...]

VI - restrição excepcional e temporária, por rodovias, portos ou aeroportos, de:



- a) entrada e saída do País; e
- b) locomoção interestadual e intermunicipal;

VII - requisição de bens e serviços de pessoas naturais e jurídicas, hipótese em que será garantido o pagamento posterior de indenização justa.

Ademais, foi estabelecida a obrigatoriedade do uso de máscaras de proteção individual nos estabelecimentos prisionais e nos estabelecimentos de cumprimento de medidas socioeducativas, bem como para circulação em espaços públicos e privados acessíveis ao público, em vias públicas e em transportes públicos coletivos, bem como em: I - veículos de transporte remunerado privado individual de passageiros por aplicativo ou por meio de táxis; II - ônibus, aeronaves ou embarcações de uso coletivo fretados; III - estabelecimentos comerciais e industriais, templos religiosos, estabelecimentos de ensino e demais locais fechados em que haja reunião de pessoas.



No julgamento da ação direta de inconstitucionalidade nº 6586, o Supremo Tribunal Federal, por maioria, deu interpretação conforme a Constituição ao dispositivo legal que autoriza a vacinação compulsória nos seguintes termos: *a vacinação compulsória não significa vacinação forçada, porquanto facultada sempre a recusa do usuário, podendo, contudo, ser implementada por meio de medidas indiretas, as quais compreendem, dentre outras, a restrição ao exercício de certas atividades ou à frequência de determinados lugares, desde que previstas em lei, ou dela decorrentes, e (i) tenham como base evidências científicas e análises estratégicas pertinentes, (ii) venham acompanhadas de ampla informação sobre a eficácia, segurança e contraindicações dos imunizantes, (iii) respeitem a dignidade humana e os direitos fundamentais das pessoas, (iv) atendam aos critérios de razoabilidade e proporcionalidade e (v) sejam as vacinas distribuídas universal e gratuitamente; e (II) tais medidas, com as limitações acima expostas, podem ser implementadas tanto pela União como pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, respeitadas as respectivas esferas de competência.*

Por fim, cabe destacar que não se consideram ações públicas de saúde apenas aquelas que envolvem a prevenção e o tratamento de doenças. 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 são fatores determinantes à saúde pública e, portanto, os serviços públicos voltados a essas matérias são considerados ações de saúde.

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.

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.

Em resumo, o Sistema Único de Saúde visa: (i) diagnosticar o que é bom e o que é ruim para a saúde pública (inciso I); (ii) a partir desse diagnóstico, traçar um plano de ação (políticas públicas) visando ao atendimento da saúde da população (inciso II) e; (iii) executar esse plano (inciso III).

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

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

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.

b) de vigilância epidemiológica;

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.

c) de saúde do trabalhador;

Entende-se por saúde do trabalhador 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.



TO ME
NOTA!

Quanto ao tema, cabe mencionar que a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal entende que é competência privativa da União legislar sobre saúde dos trabalhadores e meio ambiente do trabalho:

EMENTA: DIREITO CONSTITUCIONAL E TRABALHISTA. AGRAVO INTERNO EM RECURSO EXTRAORDINÁRIO COM AGRAVO. SAÚDE DOS TRABALHADORES E MEIO AMBIENTE DO TRABALHO. COMPETÊNCIA DA UNIÃO. PRECEDENTES.

1. A jurisprudência do Supremo Tribunal Federal é firme no sentido de ser competência privativa da União legislar sobre saúde dos trabalhadores e do meio ambiente do trabalho. Precedentes.
2. Nos termos do art. 85, § 11, do CPC/2015, fica majorado em 25% o valor da verba honorária fixada anteriormente, observados os limites legais do art. 85, §§ 2º e 3º, do CPC/2015.
3. Agravo interno a que se nega provimento.

(ARE 1059077 AgR, Relator(a): ROBERTO BARROSO, Primeira Turma, julgado em 28/06/2019, PROCESSO ELETRÔNICO DJe-170 DIVULG 05-08-2019 PUBLIC 06-08-2019)

EMENTA Ação direta de inconstitucionalidade. Lei nº 3.623/01 do Estado do Rio de Janeiro, que dispõe sobre critérios de proteção do ambiente do trabalho e da saúde do trabalhador. Inconstitucionalidade formal. Competência privativa da União.

1. Inconstitucionalidade formal da Lei nº 3.623/01 do Estado do Rio de Janeiro, a qual estabelece critérios para determinação de padrões de qualidade no ambiente de trabalho e versa sobre a proteção da saúde dos trabalhadores.



2. Competência privativa da União para legislar sobre direito do trabalho e sua inspeção, consoante disposto nos arts. 21, inciso XXIV, e 22, inciso I, da Constituição. Precedentes: ADI nº 953/DF; ADI nº 2.487/SC; ADI nº 1.893/RJ. 3. Ação direta de inconstitucionalidade julgada procedente.

(ADI 2609, Relator(a): DIAS TOFFOLI, Tribunal Pleno, julgado em 07/10/2015, ACÓRDÃO ELETRÔNICO DJe-249 DIVULG 10-12-2015 PUBLIC 11-12-2015)

Seguindo com o campo de atuação do SUS...

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

A assistência terapêutica integral consiste em:

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: (i) com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas na Lei; (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; (iii) no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS.

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.

*A assistência terapêutica será abordada com maior profundidade em outra aula desse curso.

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

De acordo com o artigo 3º, I, da Lei nº 11.445/2007, com redação alterada pela Lei nº 14.026/2020, considera-se saneamento básico o conjunto de serviços públicos, infraestruturas e instalações operacionais de:

a) abastecimento de água potável: constituído pelas atividades e pela disponibilização e manutenção de infraestruturas e instalações operacionais necessárias ao abastecimento público de água potável, desde a captação até as ligações prediais e seus instrumentos de medição;

b) esgotamento sanitário: constituído pelas atividades e pela disponibilização e manutenção de infraestruturas e instalações operacionais necessárias à coleta, ao transporte, ao tratamento e à disposição final adequados dos esgotos sanitários, desde as ligações prediais até sua destinação final para produção de água de reuso ou seu lançamento de forma adequada no meio ambiente;

c) limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos: constituídos pelas atividades e pela disponibilização e manutenção de infraestruturas e instalações operacionais de coleta, varrição manual e mecanizada,



asseio e conservação urbana, transporte, transbordo, tratamento e destinação final ambientalmente adequada dos resíduos sólidos domiciliares e dos resíduos de limpeza urbana; e

d) drenagem e manejo das águas pluviais urbanas: constituídos pelas atividades, pela infraestrutura e pelas instalações operacionais de drenagem de águas pluviais, transporte, detenção ou retenção para o amortecimento de vazões de cheias, tratamento e disposição final das águas pluviais drenadas, contempladas a limpeza e a fiscalização preventiva das redes.

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

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

De acordo com informações do Ministério da Saúde⁶, *a vigilância alimentar e nutricional consiste na descrição contínua e na previsão de tendências das condições de alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes. Deverá ser considerada a partir de um enfoque ampliado que incorpore a vigilância nos serviços de saúde e a integração de informações derivadas de sistemas de informação em saúde, dos inquéritos populacionais, das chamadas nutricionais e da produção científica.*

Deverá fornecer dados desagregados para os distintos âmbitos geográficos, categorias de gênero, idade, raça/etnia, populações específicas (como indígenas e povos e comunidades tradicionais) e outras de interesse para um amplo entendimento da diversidade e dinâmicas nutricional e alimentar da população brasileira. O seu fortalecimento institucional possibilitará documentar a distribuição, magnitude e tendência da transição nutricional, identificando seus desfechos, determinantes sociais, econômicos e ambientais.

A vigilância alimentar e nutricional subsidiará o planejamento da atenção nutricional e das ações relacionadas à promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável e à qualidade e regulação dos alimentos, nas esferas de gestão do SUS. Contribuirá, também, com o controle e a participação social e o diagnóstico da segurança alimentar e nutricional no âmbito dos territórios.

O Sisvan (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional), operado a partir da Atenção Básica à Saúde, tem como objetivo principal monitorar o padrão alimentar e o estado nutricional dos indivíduos atendidos pelo SUS, em todas as fases do curso da vida.

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;

⁶ Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf



- 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;

Nos termos do artigo 8º da Lei nº 9.782/99, compete à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA regulamentar, controlar e fiscalizar os produtos e serviços que envolvam risco à saúde pública. Consideram-se bens e produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária pela Agência:

- I - medicamentos de uso humano, suas substâncias ativas e demais insumos, processos e tecnologias;
- II - alimentos, inclusive bebidas, águas envasadas, seus insumos, suas embalagens, aditivos alimentares, limites de contaminantes orgânicos, resíduos de agrotóxicos e de medicamentos veterinários;
- III - cosméticos, produtos de higiene pessoal e perfumes;
- IV - saneantes destinados à higienização, desinfecção ou desinfestação em ambientes domiciliares, hospitalares e coletivos;
- V - conjuntos, reagentes e insumos destinados a diagnóstico;
- VI - equipamentos e materiais médico-hospitalares, odontológicos e hemoterápicos e de diagnóstico laboratorial e por imagem;
- VII - imunobiológicos e suas substâncias ativas, sangue e hemoderivados;
- VIII - órgãos, tecidos humanos e veterinários para uso em transplantes ou reconstituições;
- IX - radioisótopos para uso diagnóstico in vivo e radiofármacos e produtos radioativos utilizados em diagnóstico e terapia;
- X - cigarros, cigarrilhas, charutos e qualquer outro produto fumífero, derivado ou não do tabaco;
- XI - quaisquer produtos que envolvam a possibilidade de risco à saúde, obtidos por engenharia genética, por outro procedimento ou ainda submetidos a fontes de radiação.

Consideram-se serviços submetidos ao controle e fiscalização sanitária pela Agência, aqueles voltados para a atenção ambulatorial, seja de rotina ou de emergência, os realizados em regime de internação, os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, bem como aqueles que impliquem a incorporação de novas tecnologias.

- 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.



A Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados é regulamentada pela Lei nº 10.205/2001 e tem por finalidade garantir a autossuficiência do País nesse setor e harmonizar as ações do poder público em todos os níveis de governo, e será implementada, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados - SINASAN, composto por:

I - organismos operacionais de captação e obtenção de doação, coleta, processamento, controle e garantia de qualidade, estocagem, distribuição e transfusão de sangue, seus componentes e hemoderivados;

II - centros de produção de hemoderivados e de quaisquer produtos industrializados a partir do sangue venoso e placentário, ou outros obtidos por novas tecnologias, indicados para o diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças.

Referida lei dispõe também sobre a captação, proteção ao doador e ao receptor, coleta, processamento, estocagem, distribuição e transfusão do sangue, de seus componentes e derivados.

Entende-se por sangue, componentes e hemoderivados os produtos e subprodutos originados do sangue humano venoso, placentário ou de cordão umbilical, indicados para diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças, assim definidos:

I - sangue: a quantidade total de tecido obtido na doação;

II - componentes: os produtos oriundos do sangue total ou do plasma, obtidos por meio de processamento físico;

III - hemoderivados: os produtos oriundos do sangue total ou do plasma, obtidos por meio de processamento físico-químico ou biotecnológico.



A doação de sangue no país deve ser voluntária e não remunerada. Outrossim, proíbe-se a comercialização da coleta, processamento, estocagem, distribuição e transfusão do sangue, componentes e hemoderivados. Não se considera como comercialização a cobrança de valores referentes a insumos, materiais, exames sorológicos, imunoematológicos e demais exames laboratoriais definidos pela legislação competente, realizados para a seleção do sangue, componentes ou derivados, bem como honorários por serviços médicos prestados na assistência aos pacientes e aos doadores.

Questão polêmica diz respeito à transfusão de sangue em testemunhas de Jeová, pessoas que, em razão de sua religião, não aceitam a transfusão de sangue, ainda que exista risco de morte. Nessa situação, entram em conflito, de um lado os direitos fundamentais da dignidade da pessoa humana e da liberdade religiosa e, de outro, o direito fundamental à vida. Inexiste posicionamento categórico do Supremo Tribunal Federal quanto a esse choque de direitos constitucionalmente assegurados, de modo que dificilmente o assunto será objeto de cobrança em prova objetiva de concurso público. Em provas discursivas, o candidato deve observar se o enunciado aponta a existência de tratamentos alternativos, sem a necessidade de transfusão de sangue e argumentar que, diante do conflito de direitos fundamentais, deve-se optar por esse tratamento que atende o princípio da razoabilidade e atende, ainda que em grau reduzido, todos os direitos envolvidos.

Caso inexista tratamento alternativo a situação é mais delicada. Para Luís Roberto Barroso, citado por Pedro Lenza, “é legítima a recusa de tratamento que envolva a transfusão de sangue por parte das testemunhas de Jeová. Tal decisão funda-se no exercício de liberdade religiosa, direito fundamental emanado da dignidade da pessoa humana, que assegura a todos o direito de fazer suas escolhas existenciais. Prevalece, assim, nesse caso, a dignidade como expressão da autonomia privada, não sendo permitido ao Estado impor procedimento médico recusado. Em nome do direito à saúde ou do direito à vida, o Poder Público não pode destituir o indivíduo de uma liberdade básica, por ele compreendida como expressão de sua dignidade.”⁷

Ainda de acordo com Barroso, a recusa pelo tratamento deve partir do agente titular do direito, que deve ser capaz de manifestar de forma livre a sua vontade, após cientificado dos riscos existentes. Aqui entra outra polêmica: podem os pais recusar a transfusão de sangue em seu filho civilmente incapaz, ainda que exista risco de morte? Também não há resposta jurisprudencial pacífica para essa pergunta.

O enunciado nº 403 da V Jornada de Direito Civil, dispõe que *o Direito à inviolabilidade de consciência e de crença, previsto no art. 5º, VI, da Constituição Federal, aplica-se também à pessoa que se nega a tratamento médico, inclusive transfusão de sangue, com ou sem risco de morte, em razão do tratamento ou da falta dele, desde que observados os seguintes critérios: a) capacidade civil plena, excluído o suprimimento pelo representante ou assistente; b) manifestação de vontade livre, consciente e informada; e c) oposição que diga respeito exclusivamente à própria pessoa do declarante.*

Pergunta: Se determinado tratamento alternativo não for fornecido pelo Sistema Único de Saúde, pode o Estado ser compelido a custeá-lo na hipótese de a pessoa doente recusar o tratamento convencional gratuito por convicção religiosa? O Supremo Tribunal Federal reconheceu a repercussão geral da questão no Recurso Extraordinário nº 979742 (ainda não julgado⁸):

Ementa: Direito constitucional e sanitário. Recurso extraordinário. Direito à saúde. Custeio pelo Estado de tratamento médico diferenciado em razão de convicção religiosa. Repercussão geral. 1. A decisão recorrida condenou a União, o Estado do Amazonas e o Município de Manaus ao custeio de procedimento cirúrgico indisponível na rede pública, em razão de a convicção religiosa do paciente proibir transfusão de sangue. 2. Constitui questão constitucional relevante definir se o exercício de liberdade religiosa pode justificar o custeio de tratamento de saúde pelo Estado. 3. Repercussão geral reconhecida. (RE 979742 RG, Relator(a): ROBERTO BARROSO, Tribunal Pleno, julgado em 29/06/2017, PROCESSO ELETRÔNICO DJe-168 DIVULG 31-07-2017 PUBLIC 01-08-2017)

⁷ Direito constitucional esquematizado. 22. ed. São Paulo: Saraiva, 2017. p. 1223

⁸ Quando o Pretório Excelso apreciar o mérito do recurso, este material será atualizado.



Pergunta: A testemunha de Jeová pode optar por procedimento cirúrgico sem transfusão de sangue, ainda que essa condição torne mais arriscado o tratamento? A Suprema Corte também reconheceu a repercussão geral desse impasse no Recurso Extraordinário nº 1.212.272 (pendente de julgamento⁹):

Recurso extraordinário. 2. Direito Administrativo 3. Direito de autodeterminação confessional dos testemunhas de Jeová em submeter-se a tratamento médico realizado sem transfusão de sangue. Matéria constitucional. Tema 1069. 4. Repercussão geral reconhecida. (RE 1212272 RG, Relator(a): GILMAR MENDES, Tribunal Pleno, julgado em 24/10/2019, PROCESSO ELETRÔNICO DJe-097 DIVULG 22-04-2020 PUBLIC 23-04-2020)



Para encerrar o tema da política de sangue, cabe trazer a decisão do Supremo Tribunal Federal de que é inconstitucional ato normativo que veda a doação de sangue por homossexuais e bissexuais unicamente com base na homossexualidade ou na bissexualidade. Para os Ministros da Suprema Corte, *“o estabelecimento de grupos - e não de condutas - de risco incorre em discriminação e viola a dignidade humana e o direito à igualdade, pois lança mão de uma interpretação consequencialista desmedida que concebe especialmente que homens homossexuais ou bissexuais são, apenas em razão da orientação sexual que vivenciam, possíveis vetores de transmissão de variadas enfermidades. Orientação sexual não contamina ninguém, condutas de risco sim”*:

EMENTA: AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE. DIREITO CONSTITUCIONAL. ART. 64, IV, DA PORTARIA N. 158/2016 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E ART. 25, XXX, “D”, DA RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC N. 34/2014 DA ANVISA. RESTRIÇÃO DE DOAÇÃO DE SANGUE A GRUPOS E NÃO CONDUTAS DE RISCO. DISCRIMINAÇÃO POR ORIENTAÇÃO SEXUAL. INCONSTITUCIONALIDADE. AÇÃO DIRETA JULGADA PROCEDENTE.

1. A responsabilidade com o Outro demanda realizar uma desconstrução do Direito posto para tornar a Justiça possível e incutir, na interpretação do Direito, o compromisso com um tratamento igual e digno a essas pessoas que desejam exercer a alteridade e doar sangue.
2. O estabelecimento de grupos - e não de condutas - de risco incorre em discriminação e viola a dignidade humana e o direito à igualdade, pois lança mão de uma interpretação consequencialista desmedida que concebe especialmente que homens homossexuais ou bissexuais são, apenas em razão da orientação sexual que vivenciam, possíveis vetores de transmissão de variadas enfermidades. Orientação sexual não contamina ninguém, condutas de risco sim.
2. O princípio da dignidade da pessoa humana busca proteger de forma integral o sujeito na qualidade de pessoa vivente em sua existência concreta. A restrição à doação de sangue por homossexuais afronta a sua autonomia privada, pois se impede que elas exerçam plenamente suas escolhas de vida, com quem se relacionar, com que frequência, ainda que de maneira

⁹ Quando o Pretório Excelso apreciar o mérito do recurso, este material será atualizado.

sexualmente segura e saudável; e a sua autonomia pública, pois se veda a possibilidade de auxiliarem àqueles que necessitam, por qualquer razão, de transfusão de sangue.

3. A política restritiva prevista na Portaria e na Resolução da Diretoria Colegiada, ainda que de forma desintencional, viola a igualdade, pois impacta desproporcionalmente sobre os homens homossexuais e bissexuais e/ou seus parceiros ou parceiras ao injungir-lhes a proibição da fruição livre e segura da própria sexualidade para exercício do ato empático de doar sangue. Trata-se de discriminação injustificável, tanto do ponto de vista do direito interno, quanto do ponto de vista da proteção internacional dos direitos humanos, à medida que pressupõem serem os homens homossexuais e bissexuais, por si só, um grupo de risco, sem se debruçar sobre as condutas que verdadeiramente os expõem a uma maior probabilidade de contágio de AIDS ou outras enfermidades a impossibilitar a doação de sangue.

4. Não se pode tratar os homens que fazem sexo com outros homens e/ou suas parceiras como sujeitos perigosos, inferiores, restringido deles a possibilidade de serem como são, de serem solidários, de participarem de sua comunidade política. Não se pode deixar de reconhecê-los como membros e partícipes de sua própria comunidade. 5. Ação direta julgada procedente, para declarar a inconstitucionalidade do inciso IV do art. 64 da Portaria n. 158/2016 do Ministério da Saúde e da alínea “d” do inciso XXX do art. 25 da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n. 34/2014 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

(ADI 5543, Relator(a): EDSON FACHIN, Tribunal Pleno, julgado em 11/05/2020, PROCESSO ELETRÔNICO DJe-211 DIVULG 25-08-2020 PUBLIC 26-08-2020)

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

De acordo com a doutrina contemporânea (embasada nos ensinamentos de Robert Alexy e de Ronald Dworkin), os princípios são espécies de normas jurídicas, que apresentam maior grau de abstração do que as regras (pois não determinam comportamentos específicos), que, em caso de conflito com outros princípios, devem ser submetidos à ponderação e poderão ser atendidos em graus variados (ao contrário das regras, as quais devem ser aplicadas integralmente ou não ser aplicadas). Ademais, os princípios devem ser observados não só durante a aplicação da lei, mas também no momento de sua criação.

Evitando fugir ao objeto desta aula e após conceituar o que é princípio, passa-se à análise dos princípios elencados pela Lei nº Lei nº 8.080/90 que regem o Sistema Único de Saúde:

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

Os serviços públicos de saúde devem atender a todos, independentemente de condição financeira (ainda que a pessoa tenha condições de contratar serviços privados de saúde), **inclusive a estrangeiros não residentes no país**. Nesse sentido:

ADMINISTRATIVO. MANDADO DE SEGURANÇA. TRANSPLANTE DE CORAÇÃO. ESTRANGEIRO NÃO RESIDENTE NO BRASIL. INSCRIÇÃO NO SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES E CIRURGIA GARANTIDA PELO SUS. ARTS. 1º, 5º E 196, DA CF. LEGALIDADE. SENTENÇA MANTIDA.



1. A Constituição Federal, em seu artigo 1º, inciso III, elege como um dos seus princípios fundamentais a dignidade da pessoa humana.
2. Nessa perspectiva, o direito à saúde, de que tratam o art. 5º, caput e o art. 196, da CF, não pode ser negado a nenhuma pessoa, por constituir o direito à saúde, e, em última análise, o direito à própria vida, um direito garantido a qualquer pessoa, independentemente de sua nacionalidade.
3. Assim, o estrangeiro que se encontra em solo brasileiro, mesmo não sendo residente no país, encontra-se protegido pela Constituição Federal, sendo-lhe garantido, portanto, os direitos e garantias fundamentais.
4. No caso dos autos, o impetrante, cidadão alemão, estando no país no ano de 2008 e antes de retornar ao país em que residia, desenvolveu doença grave, denominada cardiopatia isquêmica, enfermidade essa que impedia sua remoção do país, e cujo único tratamento era o transplante de coração, conforme atestado nos autos por médico especialista do Hospital das Clínicas da UFMG.
5. Nessa condição, o impetrante obteve medida liminar para que a autoridade impetrada o inscrevesse na lista nacional de transplante de coração, conseguindo, inclusive, ser operado e transplantado em fevereiro/2009, segundo informou a Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes - CGSNT.
6. Portanto, correta a sentença ao conceder a segurança para que fosse assegurado ao impetrante sua inscrição no Sistema Nacional de Transplantes, garantindo-lhe, inclusive, o transplante no âmbito do SUS. 7. Remessa oficial a que se nega provimento.
(REOMS 0003614-18.2009.4.01.3400, DESEMBARGADOR FEDERAL NÉVITON GUEDES, TRF1 - QUINTA TURMA, e-DJF1 06/07/2015 PAG 884.)



Todavia, nos termos do artigo 32 da Lei nº 9.656/98, *serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.* Referido dispositivo, inclusive, teve a sua constitucionalidade reconhecida pelo STF:

ADMINISTRATIVO. RESSARCIMENTO SUS. OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE. ART. 32 DA LEI 9.656/98. ART. 199 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL. CONSTITUCIONALIDADE. IMPUGNAÇÃO. CONTRADITÓRIO E AMPLA DEFESA ASSEGURADOS. PRINCÍPIO DA IRRETROATIVIDADE. FATOS JURÍGENOS POSTERIORES À VIGÊNCIA DA LEI FEDERAL.

1. O Estado, sem se desincumbir de seu ônus constitucional, possibilitou que empresas privadas, sob sua regulamentação, fiscalização e controle (ANS), prestassem a assistência à saúde de forma paralela, no intuito de compartilhar os custos e os riscos a fim de otimizar o mandamento constitucional.
2. A cobrança disciplinada no art. 32 da Lei 9.656/98 ostenta natureza jurídica indenizatória ex lege (receita originária), sendo inaplicáveis as disposições constitucionais concernentes às limitações estatais ao poder de tributar, entre elas a necessidade de edição de lei complementar.
3. Observada a cobertura contratual entre os cidadãos-usuários e as operadoras de planos de saúde, além dos limites mínimo (praticado pelo SUS) e máximo (valores de mercado pagos pelas



operadoras de planos de saúde), tal ressarcimento é compatível com a permissão constitucional contida no art. 199 da Carta Maior.

4. A possibilidade de as operadoras de planos de saúde ofertarem impugnação (e recurso, atualmente), em prazo razoável e antes da cobrança administrativa e da inscrição em dívida ativa, sendo-lhes permitido suscitar matérias administrativas ou técnicas de defesa, cumpre o mandamento constitucional do inciso LV do art. 5º da Constituição Federal.

5. O ressarcimento previsto na norma do art. 32 da Lei 9.656/98 é aplicável aos procedimentos médicos, hospitalares ou ambulatoriais custeados pelo SUS posteriores a 4.6.1998, desde que assegurado o exercício do contraditório e da ampla defesa, no âmbito administrativo, em todos os interstícios amparados por sucessivas reedições de medidas provisórias.

(RE 597064, Relator(a): GILMAR MENDES, Tribunal Pleno, julgado em 07/02/2018, ACÓRDÃO ELETRÔNICO REPERCUSSÃO GERAL - MÉRITO DJe-095 DIVULG 15-05-2018 PUBLIC 16-05-2018)

ESCLARECENDO!



De acordo com o voto do Ministro Edson Fachin, *a previsão de ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos privados de saúde no caso de utilização da rede pública de prestação de serviços de saúde pelos beneficiários desses planos não viola o princípio da universalidade, uma vez que o atendimento ao cidadão será prestado pela rede pública de saúde - seja em instituições públicas ou conveniadas - sem qualquer tipo de discriminação. O direito fundamental à saúde do cidadão não é contrariado pela norma em comento. A questão que se coloca não envolve a relação entre o dever estatal de prestação de saúde e o beneficiário, mas sim entre a operadora dos planos - que se obrigou a prestar o atendimento por meio de contrato - e o SUS, que efetivamente prestou o serviço.*

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;

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

Conforme voto proferido pelo Ministro Dias Toffoli no julgamento do Recurso Extraordinário nº 581.488, pelo princípio da integralidade, cada indivíduo deve ser considerado como um todo indivisível e integrante de uma comunidade, a exigir que as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formem, também, um todo indivisível, atendendo os casos e observando os diversos graus de complexidade de forma integral pelas unidades prestadoras de serviços de saúde, o que impede que sejam eles seccionados.

Outrossim, em razão do princípio da igualdade, pessoas em situações idênticas devem receber tratamento idêntico do SUS, vedada a concessão de qualquer privilégio ou a negativa de tratamento adequado em razão de qualquer tipo de preconceito.

Pergunta: Pode uma pessoa que está sendo atendida pelo SUS pagar a diferença de valor para permanecer internada em leito de qualidade superior àquela oferecida gratuitamente pelo SUS? De acordo com o Supremo Tribunal Federal, não, uma vez que tal prática viola os princípios da integralidade e da igualdade que regem o sistema público de saúde:

Direito Constitucional e Administrativo. Ação civil pública. Acesso de paciente à internação pelo sistema único de saúde (SUS) com a possibilidade de melhoria do tipo de acomodação recebida e de atendimento por médico de sua confiança mediante o pagamento da diferença entre os valores correspondentes. Inconstitucionalidade. Validade de portaria que exige triagem prévia para a internação pelo sistema público de saúde. Alcance da norma do art. 196 da Constituição Federal. Recurso extraordinário a que se nega provimento.

1. É constitucional a regra que veda, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a internação em acomodações superiores, bem como o atendimento diferenciado por médico do próprio Sistema Único de Saúde (SUS) ou por conveniado, mediante o pagamento da diferença dos valores correspondentes.

2. O procedimento da “diferença de classes”, tal qual o atendimento médico diferenciado, quando praticados no âmbito da rede pública, não apenas subverte a lógica que rege o sistema de seguridade social brasileiro, como também afronta o acesso equânime e universal às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, violando, ainda, os princípios da igualdade e da dignidade da pessoa humana. Inteligência dos arts. 1º, inciso III; 5º, inciso I; e 196 da Constituição Federal.

3. Não fere o direito à saúde, tampouco a autonomia profissional do médico, o normativo que veda, no âmbito do SUS, a assistência diferenciada mediante pagamento ou que impõe a necessidade de triagem dos pacientes em postos de saúde previamente à internação. 4. Recurso extraordinário a que se nega provimento.

(RE 581488, Relator(a): DIAS TOFFOLI, Tribunal Pleno, julgado em 03/12/2015, ACÓRDÃO ELETRÔNICO REPERCUSSÃO GERAL - MÉRITO DJe-065 DIVULG 07-04-2016 PUBLIC 08-04-2016)

Ainda no que diz respeito à integralidade, o artigo 20 do Decreto nº 7.508/2011 estabelece que a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores.

As ações e os serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde consta da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES, instrumento que é atualizado a cada dois anos pelo Ministério da Saúde e está previsto no artigo 21 do Decreto nº 7.508/2011.

Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão adotar relações específicas e complementares de ações e serviços de saúde, em consonância com a RENASES, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo seu financiamento, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.

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

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;

A pessoa atendida pelo SUS tem o direito de saber sobre os serviços que são oferecidos gratuitamente, bem como de ter o pleno conhecimento acerca de seu estado de saúde e, a partir desse conhecimento,



optar por um dos tratamentos disponíveis ou até mesmo de escolher não ser submetida a tratamento algum (consentimento informado).

Nesse sentido, o enunciado nº 533 da VI Jornada de Direito Civil dispõe que *“o paciente plenamente capaz poderá deliberar sobre todos os aspectos concernentes a tratamento médico que possa lhe causar risco de vida, seja imediato ou mediato, salvo as situações de emergência ou no curso de procedimentos médicos cirúrgicos que não possam ser interrompidos.”*

Ademais, o Código de Ética Médica estabelece como princípio que, no processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas. Ainda de acordo com os artigos 22 e 24 do referido diploma, é vedado ao médico: a) deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte; b) deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Dentro desse contexto, aparecem as “diretivas antecipadas de vontade”, que são o instrumento utilizado pela pessoa para definir o tratamento médico que pretende ser submetida caso posteriormente se torne incapaz de decidir.

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

Epidemiologia é a *“ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças, e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde”* (ROUQUAYROL e GOLDBAUM, 2003)¹⁰.

Em síntese, considerando que os recursos financeiros e humanos do SUS são limitados, o gestor deve priorizar as medidas mais eficazes para a saúde coletiva e a sua decisão deve ser embasada em critérios científicos e não meramente políticos.

De acordo com o artigo 15 do Decreto nº 7.508/2011, o processo de planejamento da saúde deve ser ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.

¹⁰ Disponível em: https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/33454/mod_resource/content/1/un1/top1_1.html



Essa compatibilização é efetuada no âmbito dos planos de saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos entes federativos, e deverão conter metas de saúde.

O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde. No planejamento devem ser considerados os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional.

O Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde.

O planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde.

VIII - participação da comunidade;

Considerando o regime democrático e a relevância social da saúde pública, a população deve ser ouvida na definição das políticas relacionadas ao tema. A participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) é regulamentada pela Lei nº 8.142/90, que prevê a figura de duas instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

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.

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.

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

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;

Por questão de didática, a descentralização, a regionalização e hierarquização dos serviços do SUS serão abordados no tópico seguinte desta aula.

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



Considerando a ligação existente entre as ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico, necessário que o seu planejamento e a sua execução ocorram de forma harmônica, de modo a assegurar maior eficiência dos serviços públicos relacionados.

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;

O Sistema Único de Saúde é dividido em três níveis de assistência:

Nível primário: composto principalmente pelas Unidades Básicas de Saúde. Destinado a atender os casos menos complexos (exames e tratamentos de baixa complexidade, consultas, vacinação, etc.). É a porta de entrada do SUS.

Nível intermediário: composto por hospitais e ambulatórios. Destinado a atender os casos de complexidade média.

Nível terciário: composto por grandes hospitais. Destinado a atender casos de alta complexidade.

O artigo 7º, XII, da Lei nº 8.080/90 estabelece que cada nível de assistência deve ter capacidade suficiente para atender de maneira satisfatória o paciente que apresente necessidade de tratamento de complexidade compatível com o seu campo de atuação. Ou seja, um cidadão que apresenta doença que demanda tratamento de baixa complexidade deve ser atendido integralmente em unidade de saúde de nível primário, não se justificando a atuação, ainda que complementar, de unidade de saúde de nível intermediário.

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

Mais uma vez, considerando que os recursos financeiros e humanos do SUS são limitados, deve-se evitar a instituição de mais de um meio para se chegar a um mesmo fim, o que não impede, por si só, a previsão de tratamentos alternativos no âmbito do SUS, uma vez que esses devem ser aplicados quando, diante de um caso concreto, o tratamento padrão não possa ser aplicado e, portanto, seja incapaz de atingir a sua finalidade.

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.

Quanto ao tema, prevê a Lei nº 12.845/2013:



Art. 1º Os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social.

Art. 2º Considera-se violência sexual, para os efeitos desta Lei, qualquer forma de atividade sexual não consentida.

Art. 3º O atendimento imediato, obrigatório em todos os hospitais integrantes da rede do SUS, compreende os seguintes serviços:

I - diagnóstico e tratamento das lesões físicas no aparelho genital e nas demais áreas afetadas;

II - amparo médico, psicológico e social imediatos;

III - facilitação do registro da ocorrência e encaminhamento ao órgão de medicina legal e às delegacias especializadas com informações que possam ser úteis à identificação do agressor e à comprovação da violência sexual;

IV - profilaxia da gravidez;

V - profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST;

VI - coleta de material para realização do exame de HIV para posterior acompanhamento e terapia;

VII - fornecimento de informações às vítimas sobre os direitos legais e sobre todos os serviços sanitários disponíveis.

§ 1º Os serviços de que trata esta Lei são prestados de forma gratuita aos que deles necessitarem.

§ 2º No tratamento das lesões, caberá ao médico preservar materiais que possam ser coletados no exame médico legal.

§ 3º Cabe ao órgão de medicina legal o exame de DNA para identificação do agressor.

ORGANIZAÇÃO, DIREÇÃO, GESTÃO E COMPETÊNCIA

Necessária a leitura da literalidade dos dispositivos da Lei nº 8.080/90, referentes à organização, direção e gestão do SUS, bem como daqueles pertinentes à competência dos entes federativos em matéria de saúde pública:

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. 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)

§ 1º 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. (Renumerado do parágrafo único pela Lei nº 14.141, de 2021)

§ 2º Em situações epidemiológicas que caracterizem emergência em saúde pública, poderá ser adotado procedimento simplificado para a remessa de patrimônio genético ao exterior, na forma do regulamento. (Incluído pela Lei nº 14.141, de 2021)

§ 3º Os benefícios resultantes da exploração econômica de produto acabado ou material reprodutivo oriundo de acesso ao patrimônio genético de que trata o § 2º deste artigo serão repartidos nos termos da Lei nº 13.123, de 20 de maio de 2015. 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.

Conforme previsão constitucional, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único. Lauro Ribeiro explica que *“a concepção de uma rede regionalizada e hierarquizada decorre da necessidade de tornar o sistema o mais amplo e acessível em razão das dimensões continentais de nosso país, sem perder de vista as peculiaridades de cada região.”*¹¹

ESCLARECENDO!



A ideia é que o usuário, ao precisar de um serviço de saúde que não seja de emergência, procure uma unidade básica de saúde (UBS), localizada no Município onde mora, competente para atender casos de baixa complexidade (assistência primária). Caso esse indivíduo necessite de um serviço de média ou alta complexidade, a unidade básica de saúde fará o encaminhamento a uma unidade de média (assistência secundária) ou alta complexidade (assistência terciária), a depender do caso. Outrossim, cabe o atendimento direto em unidade de saúde de assistência secundária em caso de atendimento de urgência, hipótese em que o serviço será prestado em uma unidade de pronto atendimento (UPA).

Ou seja, 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.

Nessa linha, o Decreto nº 7.508/2011 define que são portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas redes de atenção à saúde os serviços:

I - de atenção primária;

II - de atenção de urgência e emergência;

III - de atenção psicossocial; e

¹¹ Interesses difusos e coletivos. volume 2. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2020. p. 922.

IV - especiais de acesso aberto (serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial).

Mediante justificativa técnica e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, os entes federativos poderão criar novas Portas de Entrada às ações e serviços de saúde, considerando as características da Região de Saúde.

Nos termos do artigo 10 do Decreto nº 7.508/2011, os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica, serão referenciados pelas Portas de Entrada. O artigo 11 complementa que o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente. **Em outras palavras, cabe ao serviço de atenção primária fazer a triagem do paciente e encaminhá-lo, observados os critérios cronológico e de gravidade do risco individual e coletivo, aos serviços de atenção hospitalar e aos ambulatoriais especializados, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica.**

Quanto à competência, a organização do SUS estabelece que cabe: a) aos Municípios a execução dos serviços básicos de saúde (atendimento primário); b) aos Estados identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional; c) à União definir e coordenar os sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade. O Distrito Federal acumula as competências dos Municípios e dos Estados.

Ademais, dentro do contexto da descentralização dos serviços, o Decreto nº 7.508/2011 prevê a figura da “Região de Saúde”, espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. As Regiões de Saúde serão referência para as transferências de recursos entre os entes federativos. Exemplo: no caso da vacinação preventiva da COVID-19, o Ministério da Saúde adquire as vacinas e repassa às Secretarias Estaduais de Saúde, as quais, por sua vez, repassam os lotes das vacinas às Regiões de Saúde, a quem, por fim, compete organizar a distribuição local.

As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores.

Poderão ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados em articulação com os Municípios. Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de: I - atenção primária; II - urgência e emergência; III - atenção psicossocial; IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e V - vigilância em saúde.

Enquanto a nível intermunicipal a descentralização dos serviços públicos de saúde tem por instrumento as Regiões de Saúde, a nível intramunicipal é cabível a criação de Distritos de Saúde a fim de facilitar a gestão das atividades do SUS.

Os serviços públicos de saúde poderão, ainda, ser prestados mediante gestão associada entre os entes federativos.



Quanto ao tema, José dos Santos Carvalho Filho¹² ensina que “*como o regime adotado em nossa Constituição é o federativo, que se caracteriza pelos círculos especiais de competência outorgados às entidades federativas, faz-se necessário estabelecer mecanismos de vinculação entre elas, de modo que os serviços públicos, sejam eles privativos, sejam eles concorrentes, possam ser executados com maior celeridade e eficiência em prol da coletividade, em coerência com o princípio reitor de colaboração recíproca, que deve nortear o moderno federalismo de cooperação.*”

No âmbito da saúde, os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam (consórcio público é a pessoa jurídica formada exclusivamente por entes da Federação, na forma da Lei no 11.107, de 2005, para estabelecer relações de cooperação federativa, inclusive a realização de objetivos de interesse comum, constituída como associação pública, com personalidade jurídica de direito público e natureza autárquica, ou como pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos - art. 2º, I, do Decreto nº 6.017/2007).

Outrossim, o Decreto nº 7.508/2011 prevê a figura do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde, acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde:

Art. 33. O acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde será firmado por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.

Art. 34. O objeto do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários.

Parágrafo único. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde resultará da integração dos planos de saúde dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, tendo como fundamento as pactuações estabelecidas pela CIT.

Art. 35. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

§ 1º O Ministério da Saúde definirá indicadores nacionais de garantia de acesso às ações e aos serviços de saúde no âmbito do SUS, a partir de diretrizes estabelecidas pelo Plano Nacional de Saúde.

¹² Manual de direito administrativo. 34. ed. São Paulo: Atlas, 2020. p. 373.



§ 2º O desempenho aferido a partir dos indicadores nacionais de garantia de acesso servirá como parâmetro para avaliação do desempenho da prestação das ações e dos serviços definidos no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde em todas as Regiões de Saúde, considerando-se as especificidades municipais, regionais e estaduais.

Art. 36. O Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde conterá as seguintes disposições essenciais:

- I - identificação das necessidades de saúde locais e regionais;
- II - oferta de ações e serviços de vigilância em saúde, promoção, proteção e recuperação da saúde em âmbito regional e inter-regional;
- III - responsabilidades assumidas pelos entes federativos perante a população no processo de regionalização, as quais serão estabelecidas de forma individualizada, de acordo com o perfil, a organização e a capacidade de prestação das ações e dos serviços de cada ente federativo da Região de Saúde;
- IV - indicadores e metas de saúde;
- V - estratégias para a melhoria das ações e serviços de saúde;
- VI - critérios de avaliação dos resultados e forma de monitoramento permanente;
- VII - adequação das ações e dos serviços dos entes federativos em relação às atualizações realizadas na RENASES;
- VIII - investimentos na rede de serviços e as respectivas responsabilidades; e
- IX - recursos financeiros que serão disponibilizados por cada um dos partícipes para sua execução.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde poderá instituir formas de incentivo ao cumprimento das metas de saúde e à melhoria das ações e serviços de saúde.

Art. 37. O Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde observará as seguintes diretrizes básicas para fins de garantia da gestão participativa:

- I - estabelecimento de estratégias que incorporem a avaliação do usuário das ações e dos serviços, como ferramenta de sua melhoria;
- II - apuração permanente das necessidades e interesses do usuário; e
- III - publicidade dos direitos e deveres do usuário na saúde em todas as unidades de saúde do SUS, inclusive nas unidades privadas que dele participem de forma complementar.

Art. 38. A humanização do atendimento do usuário será fator determinante para o estabelecimento das metas de saúde previstas no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde.

Art. 39. As normas de elaboração e fluxos do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde serão pactuados pelo CIT, cabendo à Secretaria de Saúde Estadual coordenar a sua implementação.

Art. 40. O Sistema Nacional de Auditoria e Avaliação do SUS, por meio de serviço especializado, fará o controle e a fiscalização do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde.



§ 1º O Relatório de Gestão a que se refere o inciso IV do art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, conterá seção específica relativa aos compromissos assumidos no âmbito do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde.

§ 2º O disposto neste artigo será implementado em conformidade com as demais formas de controle e fiscalização previstas em Lei.

Art. 41. Aos partícipes caberá monitorar e avaliar a execução do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde, em relação ao cumprimento das metas estabelecidas, ao seu desempenho e à aplicação dos recursos disponibilizados.

Parágrafo único. Os partícipes incluirão dados sobre o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde no sistema de informações em saúde organizado pelo Ministério da Saúde e os encaminhará ao respectivo Conselho de Saúde para monitoramento.

COMISSÕES

No Sistema Único de Saúde são previstas três espécies de comissões: as comissões intersetoriais, as comissões permanentes de integração e as comissões intergestores.

As comissões intersetoriais de âmbito nacional são subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil e têm por finalidade articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o que abrange especialmente 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.

Lembre-se! Um dos princípios do SUS é a integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico. As Comissões Intersetoriais têm papel relevante na efetivação desse princípio.

As comissões permanentes de integração visam manter o diálogo entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, propondo 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.



As comissões intergestores são instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS. Subdividem-se em:

a) comissão intergestores tripartite (CIT) – nível federal: composto paritariamente por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

b) comissão intergestores bipartite (CIB) – nível estadual: composto paritariamente por representantes do Conselho Estadual de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde, indicados pelo COSEMS.

O Decreto nº 7.508/2011 prevê também a figura a Comissão Intergestores Regional – CIR: composto por representantes do Estado e por todos os secretários municipais de saúde abrangidos pela região de saúde.

A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo:

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;

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;

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.

As Comissões Intergestores pactuarão:

I - aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde;

II - diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;

III - diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos;

IV - responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias; e



V - referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência.

São de competência exclusiva da CIT a pactuação:

I - das diretrizes gerais para a composição da RENASES;

II - dos critérios para o planejamento integrado das ações e serviços de saúde da Região de Saúde, em razão do compartilhamento da gestão; e

III - das diretrizes nacionais, do financiamento e das questões operacionais das Regiões de Saúde situadas em fronteiras com outros países, respeitadas, em todos os casos, as normas que regem as relações internacionais.

CONASS, CONASEMS E COSEMS

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.

§ 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.

§ 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.

Não confunda o Conasems com o Cosems. Embora ambos sejam compostos por representantes das Secretarias Municipais de Saúde, o Conasems atua em âmbito nacional, ao passo que o Cosems atua em âmbito estadual.

SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA

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.

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.

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.



Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País.

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações.

§ 1º A União instituirá mecanismo de financiamento específico para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, sempre que houver necessidade de atenção secundária e terciária fora dos territórios indígenas.

§ 2º Em situações emergenciais e de calamidade pública:

I - a União deverá assegurar aporte adicional de recursos não previstos nos planos de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dseis) ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;

II - deverá ser garantida a inclusão dos povos indígenas nos planos emergenciais para atendimento dos pacientes graves das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, explicitados os fluxos e as referências para o atendimento em tempo oportuno.

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.

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado.

§ 1º-A. A rede do SUS deverá obrigatoriamente fazer o registro e a notificação da declaração de raça ou cor, garantindo a identificação de todos os indígenas atendidos nos sistemas públicos de saúde.

§ 1º-B. A União deverá integrar os sistemas de informação da rede do SUS com os dados do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

§ 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.

§ 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.

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.

Considerando as especificidades da população indígena, o legislador achou por bem criar um subsistema dentro do SUS especializado no atendimento dos índios, levando em consideração aspectos de eficiência e o princípio da isonomia material. Nesse sentido, a lei impõe a necessidade de se levar em consideração na prestação de serviços públicos de saúde 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.

Tendo em vista que o subsistema de atendimento à saúde dos indígenas pode não ter estrutura suficiente para absorver toda a demanda, 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.

Pergunta: Quem é considerado índio? Conforme ensina José Afonso da Silva¹³, “o sentimento de pertinência a uma comunidade indígena é que identifica o índio. A dizer, é índio quem se sente índio. Essa autoidentificação, que se funda no sentimento de pertinência a uma comunidade indígena, e a manutenção dessa identidade étnica, fundada na continuidade histórica do passado pré-colombiano que reproduz a mesma cultura, constituem o critério fundamental para a identificação do índio brasileiro.”



Portanto, tem o direito de ser atendido no subsistema de atenção à saúde indígena todo índio, viva ele em aldeias situadas em terras homologadas, não homologadas, ou até mesmo na área urbana. Todavia, considerando questões meramente práticas, o Plenário do Supremo Tribunal Federal, em decisão cautelar na ADPF 709, decidiu que, no que diz respeito aos serviços públicos de saúde prestados em razão da pandemia da COVID-19, os indígenas não aldeados devem utilizar o Subsistema de Saúde Indígena somente na falta de disponibilidade do SUS geral. Isso porque o atendimento dos indígenas aldeados já tem aptidão para esgotar a capacidade de atendimento do subsistema de saúde indígena:

Ementa: Direitos fundamentais. Povos Indígenas. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental. Tutela do direito à vida e à saúde face à pandemia da COVID-19. Cautelares parcialmente deferidas.

1. Ação que tem por objeto falhas e omissões do Poder Público no combate à pandemia da COVID-19 entre os Povos Indígenas, com alto risco de contágio e mesmo de extermínio de etnias.
2. A Articulação dos Povos Indígenas do Brasil - APIB possui legitimidade ativa para propor ação direta perante o Supremo Tribunal Federal e, bem assim, os partidos políticos que assinam a petição inicial. Premissas da decisão
3. Os Povos Indígenas são especialmente vulneráveis a doenças infectocontagiosas, para as quais apresentam baixa imunidade e taxa de mortalidade superior à média nacional. Há indícios de expansão acelerada do contágio da COVID-19 entre seus membros e alegação de insuficiência das ações promovidas pela União para sua contenção.
4. Os Povos Indígenas têm o direito de participar da formulação e execução das ações de saúde que lhes são destinadas. Trata-se de direito assegurado pela Constituição de 1988 e pela Convenção 169 da OIT, que é norma interna no Brasil.

¹³ Curso de direito constitucional positivo. 43. ed. São Paulo: Malheiros, 2020. p. 872

5. A análise aqui desenvolvida observou três diretrizes: (i) os princípios da precaução e da prevenção, no que respeita à proteção à vida e à saúde; (ii) a necessidade de diálogo institucional entre o Judiciário e o Poder Executivo, em matéria de políticas públicas decorrentes da Constituição; e (iii) a imprescindibilidade de diálogo intercultural, em toda questão que envolva os direitos de povos indígenas. Pedidos formulados

6. Na ação são formulados pedidos específicos em relação aos povos indígenas em isolamento ou de contato recente, bem como pedidos que se destinam aos povos indígenas em geral. Tais pretensões incluem a criação de barreiras sanitárias, a instalação de sala de situação, a retirada de invasores das terras indígenas, o acesso de todos os indígenas ao Subsistema Indígena de Saúde e a elaboração de plano para enfrentamento e monitoramento da COVID-19.

7. Todos os pedidos são relevantes e pertinentes. Infelizmente, nem todos podem ser integralmente acolhidos no âmbito precário de uma decisão cautelar e, mais que tudo, nem todos podem ser satisfeitos por simples ato de vontade, caneta e tinta. Exigem, ao revés, planejamento adequado e diálogo institucional entre os Poderes. Decisão cautelar Quanto aos pedidos dos povos indígenas em isolamento e de contato recente

8. Determinação de criação de barreiras sanitárias, conforme plano a ser apresentado pela União, ouvidos os membros da Sala de Situação, no prazo de 10 dias, contados da ciência desta decisão.

9. Determinação de instalação da Sala de Situação, como previsto em norma vigente, para gestão de ações de combate à pandemia quanto aos povos indígenas em isolamento e de contato recente, com participação de representantes das comunidades indígenas, da Procuradoria-Geral da República e da Defensoria Pública da União, observados os prazos e especificações detalhados na decisão. Quanto aos povos indígenas em geral

10. A retirada de invasores das terras indígenas é medida imperativa e imprescindível. Todavia, não se trata de questão nova e associada à pandemia da COVID-19. A remoção de dezenas de milhares de pessoas deve considerar: a) o risco de conflitos; e b) a necessidade de ingresso nas terras indígenas de forças policiais e militares, agravando o perigo de contaminação. Assim sendo, sem prejuízo do dever da União de equacionar o problema e desenvolver um plano de desintrusão, fica determinado, por ora, que seja incluído no Plano de Enfrentamento e Monitoramento da COVID-19 para os Povos Indígenas, referido adiante, medida emergencial de contenção e isolamento dos invasores em relação às comunidades indígenas ou providência alternativa apta a evitar o contato.

11. Determinação de que os serviços do Subsistema Indígena de Saúde sejam acessíveis a todos os indígenas aldeados, independentemente de suas terras estarem ou não homologadas. Quanto aos não aldeados, por ora, a utilização do Subsistema de Saúde Indígena se dará somente na falta de disponibilidade do SUS geral.

12. Determinação de elaboração e monitoramento de um Plano de Enfrentamento da COVID-19 para os Povos Indígenas Brasileiros, de comum acordo, pela União e pelo Conselho Nacional de Direitos Humanos, com a participação das comunidades indígenas, observados os prazos e condições especificados na decisão.

13. Voto pela ratificação da cautelar parcialmente deferida.

(ADPF 709 MC-Ref, Relator(a): ROBERTO BARROSO, Tribunal Pleno, julgado em 05/08/2020, PROCESSO ELETRÔNICO DJe-244 DIVULG 06-10-2020 PUBLIC 07-10-2020)



SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar.

§ 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.

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família.

O Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) é regulamentado pela Portaria nº 825/2016 do Ministério da Saúde e é definido como o serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).

O SAD tem como objetivos:

- I - redução da demanda por atendimento hospitalar;
- II - redução do período de permanência de usuários internados;
- III - humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários; e
- IV - a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da rede de atenção à saúde.

A atenção domiciliar é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador. É organizada em 3 modalidades:

a) Atenção Domiciliar 1 (AD 1): Considera-se elegível, na modalidade AD 1, o usuário que, tendo indicação de AD, requeira cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, uma vez que se pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores. A prestação da assistência à saúde na modalidade AD 1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, por meio de acompanhamento regular em domicílio, de acordo com as especificidades de cada caso.



b) Atenção Domiciliar 2 (AD 2): Considera-se elegível na modalidade AD 2 o usuário que, tendo indicação de AD, e com o fim de abreviar ou evitar hospitalização, apresente: I - afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação; II - afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal; III - necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário; ou IV - prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal. O atendimento aos usuários elegíveis na modalidade AD 2 é de responsabilidade do SAD.

c) Atenção Domiciliar 3 (AD 3): Considera-se elegível, na modalidade AD 3, usuário com qualquer das situações listadas na modalidade AD 2, quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar. O atendimento aos usuários elegíveis na modalidade AD 3 é de responsabilidade do SAD.

É inelegível para a AD o usuário que apresentar pelo menos uma das seguintes situações:

I - necessidade de monitorização contínua;

II - necessidade de assistência contínua de enfermagem;

III - necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência;

IV - necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência; ou

V - necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva, nos casos em que a equipe não estiver apta a realizar tal procedimento.

SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO

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.

§ 1o O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.

§ 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.

§ 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.



SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

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 permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos:

I - doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos;

II - pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar:

a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e

b) ações e pesquisas de planejamento familiar;

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

IV - demais casos previstos em legislação específica.

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.



§ 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).

Conforme já exposto, é perfeitamente possível a criação de clínicas e hospitais privados para a prestação de serviços de saúde com finalidade lucrativa (fora do âmbito do SUS). Todavia, é incabível a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas que visam ao lucro (art. 199, § 2º, da CRFB/88).

Também é possível que as instituições privadas participem, de forma complementar, do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. Por exemplo, se o ente verificar que os hospitais de sua titularidade são insuficientes para atender à saúde da população, poderá firmar contrato ou convênio com instituições privadas de saúde para que estas complementem os serviços públicos de saúde.

A participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde é regulamentada pela Portaria nº 2.567/2016, do Ministério da Saúde. De acordo com referido ato normativo, a participação complementar das instituições privadas de assistência à saúde no SUS será formalizada mediante a celebração de contrato ou convênio com o ente público, observando-se os termos da Lei nº 8.666, de 1993, e da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, de acordo com os seguintes critérios:

- I - convênio: firmado entre ente público e a instituição privada sem fins lucrativos, quando houver interesse comum em firmar parceria em prol da prestação de serviços assistenciais à saúde; e
- II - contrato administrativo: firmado entre ente público e instituições privadas com ou sem fins lucrativos, quando o objeto do contrato for a compra de serviços de saúde.

Assegurada a preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos e ainda persistindo a necessidade quantitativa dos serviços demandados, o ente público recorrerá às entidades com fins lucrativos. As entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos deixarão de ter preferência na contratação com o SUS, e concorrerão em igualdade de condições com as entidades privadas lucrativas, no respectivo processo de licitação, caso não cumpram os requisitos fixados na legislação vigente.

Para efeito de remuneração, os serviços contratados deverão utilizar como referência a Tabela de Procedimentos do SUS.

A instituição privada com a qual a Administração Pública celebrará contrato deve:

- I - estar registrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- II - submeter-se a avaliações sistemáticas pela gestão do SUS;
- III - submeter-se à regulação instituída pelo gestor;



IV - obrigar-se a apresentar, sempre que solicitado, relatórios de atividade que demonstrem, quantitativa e qualitativamente, o atendimento do objeto pactuado com o ente federativo contratante;

V - submeter-se ao Sistema Nacional de Auditoria (SNA) e seus componentes, no âmbito do SUS, apresentando toda documentação necessária, quando solicitado;

VI - assegurar a veracidade das informações prestadas ao SUS;

VII - cumprir todas as normas relativas à preservação do meio ambiente; e

VIII - preencher os campos referentes ao contrato no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Desde que justificado pelo gestor competente, é admitido o credenciamento formal das entidades privadas nas hipóteses em que houver necessidade de um maior número de prestadores para o mesmo objeto e a competição entre eles for inviável. Nesse caso, serão aplicadas as regras da inexigibilidade de licitação, nos termos do art. 25, "caput", da Lei^o 8.666, de 1993.

O credenciamento das entidades privadas prestadoras de serviços de saúde obedece às seguintes etapas:

I - chamamento público, com a publicação de edital e respectivo regulamento;

II - inscrição;

III - cadastro (Certificado de Registro Cadastral - CRC) das entidades interessadas;

IV - habilitação;

V - assinatura do termo contratual; e

VI - publicação do extrato do contrato no Diário Oficial do ente contratante ou jornal local de grande circulação.

Os requisitos para o credenciamento devem estar previstos no respectivo regulamento, garantindo-se isonomia entre os interessados dispostos a contratar pelos valores definidos pelo SUS, constantes, obrigatoriamente, no edital.

De acordo com o artigo 18, X, da Lei nº 8.080/90, compete à direção municipal do Sistema de Saúde celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução. Em razão disso, a Primeira Seção do Superior Tribunal de Justiça definiu que a União Federal não é parte legítima para figurar no polo passivo de ação ajuizada para o ressarcimento de danos decorrentes de erro médico praticado em hospital privado credenciado pelo SUS:

PROCESSO CIVIL. EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA. RESPONSABILIDADE CIVIL. ERRO MÉDICO OCORRIDO EM HOSPITAL PRIVADO CREDENCIADO PELO SUS. ILEGITIMIDADE PASSIVA DA



UNIÃO. COMPETÊNCIA ATRIBUÍDA AO MUNICÍPIO PARA CELEBRAR E CONTROLAR A EXECUÇÃO DE CONTRATOS E CONVÊNIOS COM ENTIDADES PRIVADAS PRESTADORAS DO SERVIÇO DE SAÚDE.

1. A União Federal não é parte legítima para figurar no polo passivo de ação ajuizada para o ressarcimento de danos decorrentes de erro médico praticado em hospital privado credenciado pelo SUS. Isso porque, de acordo com o art. 18, inciso X, da Lei n. 8.080/90, compete ao município celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução. Precedentes: AgRg no CC 109.549/MT, Rel. Min.

Herman Benjamin, Primeira Seção, DJe 30/06/2010; REsp 992.265/RS, Rel. Min. Denise Arruda, Primeira Turma, DJe 05/08/2009; REsp 1.162.669/PR, Rel. Min. Herman Benjamin, Segunda Turma, DJe 06/04/2010.

2. Não se deve confundir a obrigação solidária dos entes federativos em assegurar o direito à saúde e garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, com a responsabilidade civil do Estado pelos danos causados a terceiros. Nessa última, o interessado busca uma reparação econômica pelos prejuízos sofridos, de modo que a obrigação de indenizar sujeita-se à comprovação da conduta, do dano e do respectivo nexo de causalidade entre eles.

3. No caso, não há qualquer elemento que autorize a responsabilização da União Federal, seja porque a conduta não foi por ela praticada, seja em razão da impossibilidade de aferir-se a existência de culpa in eligendo ou culpa in vigilando na espécie, porquanto cumpre à direção municipal realizar o credenciamento, controlar e fiscalizar as entidades privadas prestadoras de serviços de saúde no âmbito do SUS.

4. Embargos de divergência a que se dá provimento.

(REsp 1388822/RN, Rel. Ministro OG FERNANDES, PRIMEIRA SEÇÃO, julgado em 13/05/2015, DJe 03/06/2015)

Nessas situações, o STJ entende que há responsabilidade solidária entre o hospital privado conveniado ao SUS e o Município:

CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. RESPONSABILIDADE CIVIL. ERRO MÉDICO. HOSPITAL PRIVADO CONVENIADO AO SUS. RESPONSABILIDADE MUNICIPAL. LEGITIMIDADE PASSIVA AD CAUSAM. SOLIDARIEDADE. REQUISITOS DA RESPONSABILIDADE CIVIL. REEXAME DO CONTEXTO FÁTICO-PROBATÓRIO. SÚMULA 7/STJ.

1. In casu, o acórdão vergastado está em conformidade com a orientação do Superior Tribunal de Justiça de que o município possui legitimidade passiva nas ações de indenização por falha em atendimento médico ocorrida em hospital privado credenciado ao SUS, sendo a responsabilidade, nesses casos, solidária.

2. Outrossim, extrai-se do acórdão vergastado e das razões dos Recursos Especiais que o acolhimento das pretensões recursais demanda reexame do contexto fático-probatório, mormente de laudos periciais, para certificar a presença dos requisitos configuradores da responsabilidade civil, quais sejam conduta, nexo de causalidade e dano, o que não se admite ante o óbice da Súmula 7/STJ.

3. Agravos conhecidos para não se conhecer dos Recursos Especiais.



(AREsp 1594099/SP, Rel. Ministro HERMAN BENJAMIN, SEGUNDA TURMA, julgado em 10/03/2020, DJe 20/08/2020)

Cabe esclarecer que tanto os serviços públicos de saúde (prestados diretamente pelo Estado ou, mediante convênio, por pessoas jurídicas de direito privado) quanto os serviços privados de saúde tem relevância pública, de modo que ambos devem ser regulamentados, fiscalizados e controlados pelo Poder Público.

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;

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. 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.

Nos termos do artigo 37, XVI, da CRFB/88, é vedada a acumulação remunerada de cargos públicos, exceto, quando houver compatibilidade de horários: a) a de dois cargos de professor; b) a de um cargo de professor com outro técnico ou científico; c) a de dois cargos ou empregos privativos de **profissionais de saúde** (não apenas médicos), com profissões regulamentadas.

Pergunta: Pode a lei impor limite de jornada semanal de trabalho para fins de acumulação de cargos? Por exemplo: pode a lei permitir a acumulação de cargos apenas se a soma das jornadas de trabalho dos cargos ocupados não excederem a 60 horas semanais? Conforme entendimento do Supremo Tribunal Federal, não pode a legislação infraconstitucional impor limite de horas para o acúmulo de cargos, uma vez que a Constituição Federal exige apenas compatibilidade de horários:



AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO EXTRAORDINÁRIO. ADMINISTRATIVO. CONSTITUCIONAL. SERVIDOR PÚBLICO. ACUMULAÇÃO DE CARGOS. EXISTÊNCIA DE NORMA INFRACONSTITUCIONAL QUE LIMITA A JORNADA SEMANAL DOS CARGOS A SEREM ACUMULADOS. PREVISÃO QUE NÃO PODE SER OPOSTA COMO IMPEDITIVA AO RECONHECIMENTO DO DIREITO À ACUMULAÇÃO. COMPATIBILIDADE DE HORÁRIOS RECONHECIDA PELA CORTE DE ORIGEM. REEXAME DO CONJUNTO FÁTICO-PROBATÓRIO. IMPOSSIBILIDADE. AGRAVO IMPROVIDO. I - A existência de norma infraconstitucional que estipula limitação de jornada semanal não constitui óbice ao reconhecimento do direito à acumulação prevista no art. 37, XVI, c, da Constituição, desde que haja compatibilidade de horários para o exercício dos cargos a serem acumulados. II – Para se chegar à conclusão contrária à adotada pelo acórdão recorrido quanto à compatibilidade de horários entre os cargos a serem acumulados, necessário seria o reexame do conjunto fático-probatório constante dos autos, o que atrai a incidência da Súmula 279 do STF. III - Agravo regimental improvido. (RE 633298 AgR, Relator(a): Min. RICARDO LEWANDOWSKI, Segunda Turma, julgado em 13/12/2011, ACÓRDÃO ELETRÔNICO DJe-032 DIVULG 13-02-2012 PUBLIC 14-02-2012)

Pergunta: A impossibilidade de limitação de carga horária semanal no caso de acumulação de cargos não pode comprometer a qualidade do serviço prestado pelo servidor público? Eventual desempenho insatisfatório do servidor no cumprimento de suas atividades em razão do excesso de trabalho decorrente da acumulação de cargos deve ser apurado em avaliação periódica de desempenho e poderá gerar punição. Todavia, conforme entendimento do STF, não se pode presumir que a prestação de serviços será ineficiente apenas com base no número de horas de trabalho semanal.

Importante destacar que a Suprema Corte entende que, se o servidor que acumula indevidamente dois cargos públicos opta por um deles assim que é notificado para tal fim, não há que se falar em restituição dos valores recebidos, porquanto há na hipótese presunção de boa-fé:

EMENTA: MANDADO DE SEGURANÇA. ATO DO TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO QUE CONSIDEROU ILEGAL APOSENTADORIA E DETERMINOU A RESTITUIÇÃO DE VALORES. ACUMULAÇÃO ILEGAL DE CARGOS DE PROFESSOR. AUSÊNCIA DE COMPATIBILIDADE DE HORÁRIOS. UTILIZAÇÃO DE TEMPO DE SERVIÇO PARA OBTENÇÃO DE VANTAGENS EM DUPLICIDADE (ARTS. 62 E 193 DA LEI N. 8.112/90). MÁ-FÉ NÃO CONFIGURADA. DESNECESSIDADE DE RESTITUIÇÃO DOS VALORES PERCEBIDOS. INOCORRÊNCIA DE DESRESPEITO AO DEVIDO PROCESSO LEGAL E AO DIREITO ADQUIRIDO.

[...]

3. O reconhecimento da ilegalidade da cumulação de vantagens não determina, automaticamente, a restituição ao erário dos valores recebidos, salvo se comprovada a má-fé do servidor, o que não foi demonstrado nos autos.

4. A jurisprudência do Supremo Tribunal Federal tem-se firmado no sentido de que, no exercício da competência que lhe foi atribuída pelo art. 71, inc. III, da Constituição da República, o Tribunal de Contas da União cumpre os princípios do contraditório, da ampla defesa e do devido processo legal quando garante ao interessado - como se deu na espécie - os recursos inerentes à sua defesa plena.



5. Ato administrativo complexo, a aposentadoria do servidor, somente se torna ato perfeito e acabado após seu exame e registro pelo Tribunal de Contas da União. 6. Segurança parcialmente concedida.

(MS 26085, Relator(a): Min. CÁRMEN LÚCIA, Tribunal Pleno, julgado em 07/04/2008, DJe-107 DIVULG 12-06-2008 PUBLIC 13-06-2008 EMENT VOL-02323-02 PP-00269 RTJ VOL-00204-03 PP-01165)

EMENTA: RECURSO ORDINÁRIO EM MANDADO DE SEGURANÇA. ACÓRDÃO PROFERIDO PELA TERCEIRA SEÇÃO DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA, QUE DENEGOU MANDADO DE SEGURANÇA IMPETRADO CONTRA ATO DO MINISTRO DE ESTADO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. DEMISSÃO DO CARGO DE MÉDICO DO QUADRO DE PESSOAL DO INSS. ACUMULAÇÃO ILEGAL DE EMPREGO PÚBLICO EM TRÊS CARGOS. PRESUNÇÃO DE MÁ-FÉ, APÓS REGULAR NOTIFICAÇÃO. RECURSO IMPROVIDO

I. O acórdão recorrido entendeu que o servidor público que exerce três cargos ou empregos públicos de médico - um no INSS, outro na Secretaria Estadual de Saúde e Meio Ambiente e outro junto a hospital controlado pela União, incorre em acumulação ilegal de cargos.

II. O Supremo Tribunal Federal tem reconhecido a presunção de má-fe do servidor que, embora notificado, não faz a opção que lhe compete. I

II. Demissão do recorrente que se assentou em processo administrativo regular, verificada a ocorrência dos requisitos do art. 133, § 6º, da Lei 8.112/90. IV. Precedentes desta Corte em situações semelhantes: RMS 24.249/DF, Rel. Min. Eros Grau e MS 25.538/DF, Rel. Min. Cezar Peluso. V. Recurso improvido.

(RMS 23917, Relator(a): Min. RICARDO LEWANDOWSKI, Primeira Turma, julgado em 02/09/2008, DJe-177 DIVULG 18-09-2008 PUBLIC 19-09-2008 EMENT VOL-02333-01 PP-00139)

INDO MAIS
FUNDO!



Acrescente-se que há precedentes do STJ no sentido de que é descabida a devolução de valores em caso de acumulação indevida de cargos públicos quando todas as atividades foram efetivamente prestadas, sob pena de enriquecimento ilícito da Administração:

PROCESSUAL CIVIL E ADMINISTRATIVO. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. CUMULAÇÃO ILÍCITA DE FUNÇÕES PÚBLICAS. ASSESSOR JURÍDICO EM DOIS MUNICÍPIOS. IMPOSSIBILIDADE DE CONDENAÇÃO POR ATO DE IMPROBIDADE. PEDIDO INICIAL. RESSARCIMENTO. DESCABIMENTO. COMPATIBILIDADE DE HORÁRIOS. CONTRAPRESTAÇÃO DE SERVIÇOS. CONDENAÇÃO EM HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. MÁ-FÉ NÃO DEMONSTRADA. IMPOSSIBILIDADE.

1. Inviável o acolhimento de pedido formulado pelo Ministério Público em recurso especial, pela condenação por ato de improbidade tipificado no art. 11 da LIA, não constante da exordial, sob pena de ofensa ao art. 460 do CPC (decisão extra petita).

2. É descabida a devolução dos valores percebidos pelo agente, mesmo nos casos de cumulação ilícita de funções ou cargos, quando efetivamente houve contraprestação dos serviços, em compatibilidade de horários, para não se configurar enriquecimento ilícito da Administração. Precedente da Corte Especial.



3. É pacífica a jurisprudência de que, nas ações civis públicas, não se impõe ao Ministério Público a condenação em honorários advocatícios ou custas, ressalvados os casos em que o autor for considerado litigante de má-fé. Precedentes.

5. Recurso especial parcialmente provido.

(REsp 565.548/SP, Rel. Ministra ELIANA CALMON, SEGUNDA TURMA, julgado em 13/08/2013, DJe 20/08/2013)

Quanto ao tema, cabe destacar que o profissional de saúde que trabalha para hospital ou clínica contratada ou conveniada do SUS, quando presta serviços a usuários do serviço público de saúde, é considerado agente público para fins penais e está sujeito à lei de improbidade administrativa. Nesse sentido, a jurisprudência do STJ:

ADMINISTRATIVO. LEI DE IMPROBIDADE. CONCEITO E ABRANGÊNCIA DA EXPRESSÃO "AGENTES PÚBLICOS". HOSPITAL PARTICULAR CONVENIADO AO SUS (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE). FUNÇÃO DELEGADA.

1. São sujeitos ativos dos atos de improbidade administrativa, não só os servidores públicos, mas todos aqueles que estejam abrangidos no conceito de agente público, insculpido no art. 2º, da Lei n.º 8.429/92.

2. Deveras, a Lei Federal n.º 8.429/92 dedicou científica atenção na atribuição da sujeição do dever de probidade administrativa ao agente público, que se reflete internamente na relação estabelecida entre ele e a Administração Pública, superando a noção de servidor público, com uma visão mais dilatada do que o conceito do funcionário público contido no Código Penal (art. 327).

3. Hospitais e médicos conveniados ao SUS que além de exercerem função pública delegada, administram verbas públicas, são sujeitos ativos dos atos de improbidade administrativa.

4. Imperioso ressaltar que o âmbito de cognição do STJ, nas hipóteses em que se infirma a qualidade, em tese, de agente público passível de enquadramento na Lei de Improbidade Administrativa, limita-se a aferir a exegese da legislação com o escopo de verificar se houve ofensa ao ordenamento.

5. Ademais, a efetiva ocorrência do periculum in mora e do fumus boni juris são condições de procedência do mérito cautelar, sindicável pela instância de origem também com respaldo na Súmula 07.

6. Em conseqüência dessa limitação, a comprovação da ocorrência ou não do ato improprio é matéria fática que esbarra na interdição erigida pela Súmula 07, do STJ.

7. Recursos parcialmente providos, apenas, para reconhecer a legitimidade passiva dos recorridos para se submeterem às sanções da Lei de Improbidade Administrativa, acaso comprovadas as transgressões na instância local.

(REsp 495.933/RS, Rel. Ministro LUIZ FUX, PRIMEIRA TURMA, julgado em 16/03/2004, DJ 19/04/2004, p. 155)

Todavia, cuidado! Não comete ato de improbidade administrativa o médico que cobra honorários por procedimento realizado em hospital privado que também seja conveniado à rede pública de saúde, desde que o atendimento não seja custeado pelo próprio sistema público de saúde. Isso porque, nessa situação,



o médico não age na qualidade de agente público e, conseqüentemente, a cobrança não se enquadra como ato de improbidade.:

DIREITO ADMINISTRATIVO. AÇÃO POR ATO DE IMPROBIDADE ADMINISTRATIVA. Não comete ato de improbidade administrativa o médico que cobre honorários por procedimento realizado em hospital privado que também seja conveniado à rede pública de saúde, desde que o atendimento não seja custeado pelo próprio sistema público de saúde. Isso porque, nessa situação, o médico não age na qualidade de agente público e, conseqüentemente, a cobrança não se enquadra como ato de improbidade. Com efeito, para o recebimento de ação por ato de improbidade administrativa, deve-se focar em dois aspectos, quais sejam, se a conduta investigada foi praticada por agente público ou por pessoa a ele equiparada, no exercício do munus publico, e se o ato é realmente um ato de improbidade administrativa. Quanto à qualidade de agente público, o art. 2º da Lei 8.429/1992 o define como sendo "todo aquele que exerce, ainda que transitoriamente ou sem remuneração, por eleição, nomeação, designação, contratação ou qualquer outra forma de investidura ou vínculo, mandato, cargo, emprego ou função nas entidades mencionadas no artigo anterior". Vale destacar, na apreciação desse ponto, que é plenamente possível a realização de atendimento particular em hospital privado que seja conveniado ao Sistema Único de Saúde - SUS. Assim, é possível que o serviço médico seja prestado a requerimento de atendimento particular e a contraprestação ao hospital seja custeada pelo próprio paciente - suportado pelo seu plano de saúde ou por recursos próprios. Na hipótese em análise, deve-se observar que não há atendimento pelo próprio SUS e não há como sustentar que o médico tenha prestado os serviços na qualidade de agente público, pois a mencionada qualificação somente restaria configurada se o serviço tivesse sido custeado pelos cofres públicos. Por conseqüência, se o ato não foi praticado por agente público ou por pessoa a ele equiparada, não há falar em ato de improbidade administrativa. (REsp 1.414.669-SP, Rel. Min. Napoleão Nunes Maia Filho, julgado em 20/2/2014.)

RESUMO

Constituição Federal

↳ A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

↳ Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

- I - universalidade da cobertura e do atendimento;
- II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;



V - eqüidade na forma de participação no custeio;

VI - diversidade da base de financiamento, identificando-se, em rubricas contábeis específicas para cada área, as receitas e as despesas vinculadas a ações de saúde, previdência e assistência social, preservado o caráter contributivo da previdência social;

VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.

↳ 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.

↳ São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

↳ As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

↳ A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

↳ As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

↳ É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

↳ É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

↳ A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

↳ Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:



- I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; (Redação dada pela Emenda Constitucional n^o 85, de 2015)
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Sistema Único de Saúde – SUS

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

↳ 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.

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

↳ 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).

↳ 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 dever do Estado de garantir a saúde;
- 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.



↳ 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.

↳ 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 n^o 12.845, de 1^o de agosto de 2013.

↳ 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.

LISTA DE QUESTÕES COM COMENTÁRIOS

1. (MP-PR/Promotor de Justiça Substituto/2018-adaptada) Analise as assertivas abaixo e assinale a alternativa incorreta:

a) Entende-se por saúde do trabalhador 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.

b) Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou



coletiva com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle de doenças ou agravos.

c) 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, atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

d) É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos casos de serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.

Comentários:

A assertiva A está correta. Trata-se da previsão do artigo 6º, § 3º, da Lei nº 8.080/90.

A assertiva B está incorreta. 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 (artigo 6º, §1º, da Lei nº 8.080/90).

A assertiva C está correta. Trata-se da previsão do artigo 3º da Lei nº 8.080/90.

A assertiva D está correta. Trata-se da previsão do artigo 23, III, da Lei nº 8.080/90.

2. (MP-PR/Promotor de Justiça Substituto/2018) Analise as assertivas e assinale a alternativa correta:

a) O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde será descendente, do nível federal até o local, ouvidos seus órgãos deliberativos, assessorados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, compatibilizando-se as necessidades da política da saúde com a disponibilidade de recursos.

b) A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite tem por objetivo decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do Sistema Único de Saúde, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos Conselhos de Saúde.

c) A Comissão Intergestora Bipartite é reconhecida como entidade representativa dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarada de utilidade pública e de relevante função social.

d) A atuação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde tem por objetivo 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.

e) O Conselho Nacional de Secretários de Saúde e os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde são reconhecidos como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde.

Comentários:



A assertiva A está incorreta. 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 (art. 36 da Lei nº 8.080/90).

A assertiva B está correta. Trata-se da previsão do artigo 14-A, parágrafo único, I, da Lei nº 8.080/90.

A assertiva C está incorreta. 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), nos termos do caput do artigo 14-A da Lei nº 8.080/90). 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 (art. 14-B).

A assertiva D está incorreta. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo 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 (artigo 14-A, parágrafo único, III, da Lei nº 8.080/90).

A assertiva E está incorreta. 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 (art. 14-B da Lei nº 8.080/90).

3. (MP-PR/Promotor de Justiça Substituto/2016) Assinale a alternativa incorreta:

- a) O conjunto de atividades que se destinam, através de ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, a ser desenvolvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), não abrange a participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde nas instituições e empresas privadas;
- b) A assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional ou do trabalho está abrangida no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS);
- c) A avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde está abrangida no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS);
- d) Revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais está abrangida no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS);
- e) Estão incluídos no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) a execução de ações de saúde do trabalhador.

Comentários:

A assertiva A está incorreta. O conjunto de atividades que se destinam, através de ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, a ser desenvolvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), abrange a participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde nas instituições e empresas privadas (art. 6º, § 3º, VI, da Lei nº 8.080/90).

A assertiva B está correta. Trata-se da previsão do artigo 6º, § 3º, I, da Lei nº 8.080/90.



A assertiva C está correta. Trata-se da previsão do artigo 6º, § 3º, IV, da Lei nº 8.080/90.

A assertiva D está correta. Trata-se da previsão do artigo 6º, § 3º, VII, da Lei nº 8.080/90.

A assertiva E está correta. Trata-se da previsão do artigo 6º, I, c, da Lei nº 8.080/90.

4. (MP-PR/Promotor de Justiça Substituto/2016) Assinale a alternativa incorreta:

a) O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo 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;

b) A participação da iniciativa privada no Sistema Único de Saúde (SUS) se dá em caráter obrigatório;

c) A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde é um dos objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS);

d) A universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, e a participação da comunidade compõem alguns dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS);

e) 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.

Comentários:

A assertiva A está correta. Trata-se da previsão do artigo 4º da Lei nº 8.080/90.

A assertiva B está incorreta. A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar (art. 4º, § 2º, da Lei nº 8.080/90).

A assertiva C está correta. Trata-se da previsão do artigo 5º, I, da Lei nº 8.080/90.

A assertiva D está correta. Trata-se da previsão do artigo 7º, I, IV e VIII da Lei nº 8.080/90.

A assertiva E está correta. Trata-se da previsão do artigo 8º da Lei nº 8.080/90.

5. (MP-PR/Promotor de Justiça Substituto/2014) Analise as assertivas abaixo e responda:

I. O estabelecimento de normas e a execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras são de competência exclusiva da direção nacional do Sistema Único de Saúde;

II. Compete à direção nacional do SUS identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade de referência estadual e regional;

III. Compete à direção estadual do SUS identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

IV. Compete à direção estadual do SUS formar consórcios administrativos intermunicipais, os quais obedecerão ao princípio da direção única, a ser definida no ato constitutivo da entidade, que ficará sujeita às mesmas normas de observância obrigatória às distintas pessoas jurídicas integrantes do SUS.

a) Apenas as assertivas I e II são corretas;



- b) Apenas as assertivas III e IV são corretas;
- c) Apenas as assertivas I e IV são corretas;
- d) Todas as assertivas são corretas;
- e) Nenhuma das assertivas é correta.

Comentários:

A assertiva I está incorreta. Compete à direção nacional do SUS estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios (art. 16, VII, da Lei nº 8.080/90).

A assertiva II está incorreta. Compete à direção estadual do SUS identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional (art. 17, IX, da Lei nº 8.080/90).

A assertiva III está incorreta. Compete à direção nacional do SUS identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde (art. 16, XI, da Lei nº 8.080/90).

A assertiva IV está incorreta. Compete à direção municipal do SUS formar consórcios administrativos intermunicipais (art. 18, VII, da Lei nº 8.080/90).

Resposta: E

LISTA DE QUESTÕES SEM COMENTÁRIOS

1. (MP-PR/Promotor de Justiça Substituto/2018-adaptada) Analise as assertivas abaixo e assinale a alternativa incorreta:

- a) Entende-se por saúde do trabalhador 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.
- b) Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle de doenças ou agravos.
- c) 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, atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.
- d) É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos casos de serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.

2. (MP-PR/Promotor de Justiça Substituto/2018) Analise as assertivas e assinale a alternativa correta:



- a) O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde será descendente, do nível federal até o local, ouvidos seus órgãos deliberativos, assessorados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, compatibilizando-se as necessidades da política da saúde com a disponibilidade de recursos.
- b) A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite tem por objetivo decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do Sistema Único de Saúde, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos Conselhos de Saúde.
- c) A Comissão Intergestora Bipartite é reconhecida como entidade representativa dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarada de utilidade pública e de relevante função social.
- d) A atuação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde tem por objetivo 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.
- e) O Conselho Nacional de Secretários de Saúde e os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde são reconhecidos como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde.

3. (MP-PR/Promotor de Justiça Substituto/2016) Assinale a alternativa incorreta:

- a) O conjunto de atividades que se destinam, através de ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, a ser desenvolvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), não abrange a participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde nas instituições e empresas privadas;
- b) A assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional ou do trabalho está abrangida no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS);
- c) A avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde está abrangida no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS);
- d) Revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais está abrangida no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS);
- e) Estão incluídos no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) a execução de ações de saúde do trabalhador.

4. (MP-PR/Promotor de Justiça Substituto/2016) Assinale a alternativa incorreta:

- a) O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo 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;
- b) A participação da iniciativa privada no Sistema Único de Saúde (SUS) se dá em caráter obrigatório;
- c) A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde é um dos objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS);



d) A universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, e a participação da comunidade compõem alguns dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS);

e) 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.

5. (MP-PR/Promotor de Justiça Substituto/2014) Analise as assertivas abaixo e responda:

I. O estabelecimento de normas e a execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras são de competência exclusiva da direção nacional do Sistema Único de Saúde;

II. Compete à direção nacional do SUS identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade de referência estadual e regional;

III. Compete à direção estadual do SUS identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

IV. Compete à direção estadual do SUS formar consórcios administrativos intermunicipais, os quais obedecerão ao princípio da direção única, a ser definida no ato constitutivo da entidade, que ficará sujeita às mesmas normas de observância obrigatória às distintas pessoas jurídicas integrantes do SUS.

a) Apenas as assertivas I e II são corretas;

b) Apenas as assertivas III e IV são corretas;

c) Apenas as assertivas I e IV são corretas;

d) Todas as assertivas são corretas;

e) Nenhuma das assertivas é correta.

GABARITO

1. B

2. B

3. A

4. B

5. E



ESSA LEI TODO MUNDO CONHECE: PIRATARIA É CRIME.

Mas é sempre bom revisar o porquê e como você pode ser prejudicado com essa prática.



1 Professor investe seu tempo para elaborar os cursos e o site os coloca à venda.



2 Pirata divulga ilicitamente (grupos de rateio), utilizando-se do anonimato, nomes falsos ou laranjas (geralmente o pirata se anuncia como formador de "grupos solidários" de rateio que não visam lucro).



3 Pirata cria alunos fake praticando falsidade ideológica, comprando cursos do site em nome de pessoas aleatórias (usando nome, CPF, endereço e telefone de terceiros sem autorização).



4 Pirata compra, muitas vezes, clonando cartões de crédito (por vezes o sistema anti-fraude não consegue identificar o golpe a tempo).



5 Pirata fere os Termos de Uso, adultera as aulas e retira a identificação dos arquivos PDF (justamente porque a atividade é ilegal e ele não quer que seus fakes sejam identificados).



6 Pirata revende as aulas protegidas por direitos autorais, praticando concorrência desleal e em flagrante desrespeito à Lei de Direitos Autorais (Lei 9.610/98).



7 Concurseiro(a) desinformado participa de rateio, achando que nada disso está acontecendo e esperando se tornar servidor público para exigir o cumprimento das leis.



8 O professor que elaborou o curso não ganha nada, o site não recebe nada, e a pessoa que praticou todos os ilícitos anteriores (pirata) fica com o lucro.



Deixando de lado esse mar de sujeira, aproveitamos para agradecer a todos que adquirem os cursos honestamente e permitem que o site continue existindo.