



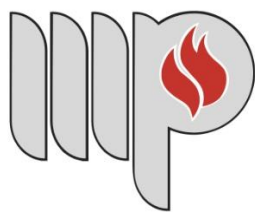
COLETÂNEA DE TEMAS

Atuação Funcional na Defesa da Saúde

Defesa da
Saúde



MINISTÉRIO PÚBLICO
DO ESTADO DA BAHIA



**MINISTÉRIO PÚBLICO
DO ESTADO DA BAHIA**

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

COLETÂNEA DE TEMAS

Atuação Funcional na Defesa da Saúde

|1ª Edição|

Salvador/BA

2021

APRESENTAÇÃO

A presente Coletânea se propõe a apresentar informações com o objetivo de auxiliar os órgãos de execução com atribuição na defesa da saúde em sua atuação finalística.

Para isso, congrega explicações a respeito dos aspectos principais e mais comumente identificados na temática de garantia da saúde pública e coletiva, explicitando as características e o modo de funcionamento dos diferentes elementos que compõem o Sistema Único de Saúde.

Além disso, a Coletânea de Temas para Atuação Funcional na Defesa da Saúde ainda fornece subsídios e sugestões de atuação aos órgãos ministeriais, concentrando informações pertinentes às atividades práticas e corriqueiras dos órgãos de execução, visando dirimir eventuais dúvidas a respeito da área temática e municiar os Promotores de Justiça com elementos informativos para o exercício esclarecido de suas funções.

Ao longo do documento, os materiais referenciados podem ser acessados mediante os títulos **destacados**, que redirecionam o usuário aos links desejados.

Sem dúvidas, a presente Coletânea não pretende, sob qualquer hipótese, esgotar a matéria e apresentar todos os aspectos decisivos na atuação das Promotorias com atribuição em saúde. Sua finalidade é servir como um mero guia de consulta relativamente aos casos mais comumente enfrentados nesta área temática, facilitando o dia a dia da atuação funcional dos membros do Ministério Público do Estado da Bahia.

ÍNDICE

I - ATRIBUIÇÕES DAS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA PARA A DEFESA DA SAÚDE.....	7
CONFLITOS DE ATRIBUIÇÃO.....	12
II - VISÃO GERAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	13
LEGISLAÇÃO BÁSICA DO SUS	13
PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	15
UNIVERSALIDADE.....	17
EQUIDADE	17
INTEGRALIDADE	17
DESCENTRALIZAÇÃO.....	18
REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO.....	18
PARTICIPAÇÃO POPULAR.....	20
III - NOÇÕES GERAIS DE ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	21
ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	21
ATENÇÃO ESPECIALIZADA (MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADES)	23
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	24
REGULAÇÃO.....	27
TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO.....	32
IV - GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	34
COMISSÕES INTERGESTORES	34
COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE.....	36
COMISSÕES INTERGESTORES BIPARTITE	36
COMISSÕES INTERGESTORES REGIONAIS.....	37
NÚCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE.....	37
FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	38
TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS.....	39
FUNDOS DE SAÚDE	42
GESTÃO PLENA OU COMANDO ÚNICO	43
INSTRUMENTOS DE GESTÃO E PLANEJAMENTO DO SUS.....	44
PLANO DE SAÚDE E PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE	44
RELATÓRIO DE GESTÃO.....	45

PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE – PPI..46	
FISCALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....48	
CONSELHOS DE SAÚDE.....49	
AUDITORIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....51	
TRIBUNAIS DE CONTAS.....52	
SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.....53	
V - DEFININDO COMPETÊNCIAS EM DEMANDAS PRESTACIONAIS DE SAÚDE..... 56	
DEMANDAS GERAIS.....56	
DEMANDAS DE MEDICAMENTOS.....58	
PROCEDIMENTO DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS.....58	
SÍNTESE DA REPARTIÇÃO DE COMPETÊNCIAS EM DEMANDAS DE MEDICAMENTOS.....62	
VI – FLUXOGRAMAS – ATUAÇÃO EM DEMANDAS INDIVIDUAIS DE SAÚDE..... 71	
REGULAÇÃO.....72	
TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO.....73	
PROCEDIMENTOS ELETIVOS.....74	
FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS.....75	
VII – ATUAÇÃO DO CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DE DEFESA DA SAÚDE..... 76	
APOIO TÉCNICO DO CESAU.....77	
Notas Técnicas.....77	
Orientações Técnicas.....77	
Materiais de Apoio.....78	
MEIOS DE CONTATO COM O CESAU – ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO.....79	
ATENDIMENTO AO PÚBLICO PELO CESAU.....80	
PROJETOS DO CESAU.....81	
Projeto Cegonha: Efetivando a Dignidade.....81	
Projeto Saúde + Educação: Transformando o Novo Milênio.....82	
VIII - CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO E A DEFESA DA SAÚDE..... 84	
IX - ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DA BAHIA NA PANDEMIA DA COVID-19..... 86	

1.	<i>Diligências iniciais</i>	86
2.	<i>Instituição de medidas de enfrentamento à pandemia de COVID-19 no município</i> 87	
3.	<i>Dever de transparência do Município</i>	91
4.	<i>Cumprimento do plano de contingências</i>	93
5.	<i>Restrição integral de acesso ao território municipal</i>	93
6.	<i>Demandas Individuais de saúde relacionadas à pandemia</i>	94
	VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19	94
	REFERÊNCIAS	97
	EXPEDIENTE	104

I - ATRIBUIÇÕES DAS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA PARA A DEFESA DA SAÚDE

No âmbito do Ministério Público do Estado da Bahia, as atribuições das Promotorias de Justiça são fixadas por Resoluções do Órgão Especial do Colégio de Procuradores de Justiça.

Para as promotorias da Capital, vige atualmente a Resolução nº 21, de 23 de novembro de 2020, a qual define as atribuições da Promotoria de Justiça de Saúde em seu art. 1º, LXXII, *in verbis*:

Art. 1º Ficam redimensionadas as Promotorias de Justiça da Capital, redistribuindo-se entre estas todos os atuais duzentos e seis cargos de Promotor de Justiça destinados à Capital do Estado, e fixadas suas respectivas denominações e atribuições, na forma seguinte:

LXXII - Promotoria de Justiça de Saúde, com oito cargos de Promotor de Justiça e as seguintes atribuições: Atuação judicial e extrajudicial na área de Defesa da Saúde, inclusive, mental, especialmente dos interesses difusos e coletivos (Cível e Criminal), Atuação nos feitos relativos a crimes imputados a profissionais de saúde, praticados no exercício de suas funções e Central de Inquéritos, Saúde Pública, e crimes contra a saúde pública e Atendimento ao público;

Veja-se que atuação das Promotorias de Justiça da Saúde da Capital abrange não apenas a esfera cível da área temática – incluindo-se, inclusive, a defesa da saúde mental –, mas também compreende a criminal, nos feitos relativos a crimes imputados a profissionais de saúde, praticados no exercício de suas funções, bem como crimes contra a saúde pública.

No âmbito do interior do Estado, as atribuições das Promotorias de Justiça de defesa da saúde derivam das deliberações ocorridas nos autos do Procedimento Administrativo nº 001/2011. Suas disposições espelham diretamente os termos do voto do relator, cujo conteúdo fora homologado inteiramente e à unanimidade, e discorre de forma extensiva a respeito dos limites da atuação de cada atribuição fixada.

Importa destacar que a defesa do direito à saúde, de acordo com a configuração vigente, não se esgota nas Promotorias de Justiça com atribuição para a tutela da saúde. Em outras palavras, demais Promotorias de Justiça, com atuação em áreas diversas, podem exercer suas funções na tutela deste direito.

Seria o caso, por exemplo, da defesa da saúde da criança e do adolescente, da pessoa idosa ou da pessoa com deficiência. As Promotorias de Justiça com atribuição para a tutela dos direitos específicos destes grupos sociais, de acordo com o supramencionado voto, detêm atribuição para a defesa de todos os direitos e garantias constitucionais destes segmentos da sociedade, incluindo-se aí a saúde.

Salienta-se, de outro giro, que o mister das Promotorias que atuam na defesa da saúde não corresponde somente à fiscalização do emprego de recursos financeiros pelo Poder Público, mas inclui, sobretudo, a efetiva tutela deste direito fundamental, tanto individualmente – tendo em vista tratar-se de direito indisponível – quanto coletivamente.

A atuação na defesa da saúde, por sua própria natureza, não se centra *a posteriori*, visando mitigar as consequências do atuar estatal, mas se focaliza *a priori*, sob orientação, dentre outros, dos princípios da prevenção e da precaução, para que a concretização do interesse público e do direito fundamental à saúde ocorra ao máximo dos limites impostos pelas realidades locais, através das ferramentas dispostas ao membro ministerial, extrajudicial e judicialmente.

Em síntese, são estas as atribuições fixadas para a Promotoria de Justiça que atua na defesa da saúde, de acordo com o mencionado voto:

1. Garantir o efetivo respeito dos Poderes Públicos e serviços de relevância pública aos direitos assegurados nas Constituições Federal e Estadual e, notadamente, a defesa dos interesses individuais homogêneos, coletivos e difusos dos cidadãos, atuando em face de qualquer violação ou risco iminente a direitos fundamentais ou básicos sociais, por força de práticas discriminatórias que atinjam interesse público relevante.
2. Atender e receber representação ou petição de qualquer pessoa ou entidade, para a defesa dos interesses difusos, coletivos e individuais homogêneos.
3. Instaurar inquérito civil ou procedimento preparatório, requisitar informações, exames, laudos, perícias e documentos de autoridades municipais, estaduais e federais, da administração direta e indireta e de fundações e associações, bem como promover ou requisitar diligências investigatórias.
4. Promover ou intervir em ação civil pública na defesa dos interesses difusos, coletivos, individuais homogêneos e individuais indisponíveis, de forma autônoma, no âmbito de suas atribuições, ou juntamente com outro órgão de execução, se os interesses em questão recomendarem.

5. Expedir recomendações, representar à autoridade competente, realizar ou participar de audiências públicas para a adoção de providências aptas a sanar omissões ou prevenir ou corrigir deficiências ou irregularidades e para melhor compreender as demandas apresentadas pela sociedade.
6. Examinar quaisquer documentos, expedientes, fichas e procedimentos relativos a fatos investigados, podendo extrair cópias, observando e resguardando sigilo, se for o caso.
7. Requisitar a instauração de inquérito policial e de procedimentos administrativos que envolvam ilícitos penais relativos à sua área de atuação.
8. Expedir recomendação a órgãos públicos ou privados para orientá-los quanto ao cumprimento de normas relativas a direitos e deveres assegurados ou decorrentes das Constituições Federal e Estadual, bem como ao aperfeiçoamento dos serviços de relevância pública e social por eles prestados.
9. Acompanhar, quando necessário, os trabalhos de comissões técnicas em todas as esferas de Poder, apresentando sugestões para a edição ou alteração de normas, com o objetivo de melhoria dos serviços e ações prestados à coletividade e demais assuntos relacionados às suas atribuições;
10. Divulgar os trabalhos e a política institucional do Ministério Público relativamente às suas atividades, utilizando, inclusive, as ferramentas disponíveis na “Internet”, bem como outras notícias e informações de relevância pública, destinadas ao esclarecimento e à orientação da população em geral.
11. Fiscalizar o cumprimento das disposições constitucionais sobre os recursos de saúde, verificando o seu devido repasse aos gestores de saúde e a regularidade dos Fundos de Saúde.
12. Fiscalizar a adequada formalização e utilização dos Instrumentos de Gestão pelos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), como as Agendas de Saúde, os Planos de Saúde, os Relatórios de Gestão, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI).
13. Atentar para a terceirização dos serviços de saúde, efetivada por meio de repasse de verbas (auxílios, subvenções e contribuições), convênios, termos de parceria, contratos de gestão ou outro instrumento jurídico, para que não viole os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e as normas constitucionais sobre a Administração Pública.
12. Estimular a criação e o efetivo funcionamento dos Conselhos Estadual e Municipais de Saúde, bem como a realização das Conferências de Saúde, buscando, em colaboração com aqueles órgãos e com outras entidades ou

organizações empenhadas na política de saúde, resultados qualitativos e quantitativos para a garantia do direito individual e coletivo à saúde.

13. Fiscalizar e fomentar o controle social dos Conselhos de Saúde.

14. Zelar pela prevenção e reparação dos direitos difusos, coletivos e individuais homogêneos dos usuários e consumidores dos serviços e ações de saúde.

15. Intervir tanto em casos de doação de órgãos, tecidos ou partes do corpo humano, quanto em casos de disposição “post mortem”, para fins de transplante e tratamento.

16. Zelar pelos direitos dos portadores de transtornos mentais de qualquer natureza, em tratamento ambulatorial ou em regime de internação, observando o redirecionamento do modelo de assistência em saúde mental promovido pela Lei nº. 10.216/2001, em especial os direitos fundamentais enumerados no seu art. 2º, inclusive promovendo o controle das internações psiquiátricas.

17. Adotar as providências judiciais e extrajudiciais, nas esferas cível e criminal, nos casos em que houver configuração de violação ou risco iminente a direitos fundamentais ou direitos sociais básicos, por força de práticas discriminatórias que atinjam interesse público relevante.

18. Zelar e fiscalizar os serviços, programas e projetos nas áreas de segurança alimentar e assistência aos desamparados, em especial quanto às pessoas que vivem em situação de rua.

19. Fomentar e fiscalizar o incentivo a projetos de enfrentamento da pobreza, a serem assentados em mecanismos de articulação e de participação de diferentes áreas governamentais e em sistema de cooperação entre organismos governamentais, não governamentais e da sociedade civil.

20. Fiscalizar a execução dos projetos de enfrentamento da pobreza, incluindo a parceria com organizações da sociedade civil e as ações assistenciais de caráter de emergência.

21. Priorizar em sua atuação o fomento e a fiscalização:

21.1. da inclusão nas políticas públicas de desenvolvimento econômico e social.

21.2. da adoção de medidas, programas e políticas de ação afirmativa.

21.3. do acompanhamento da eliminação dos obstáculos históricos, socioculturais e institucionais que impedem a representação da diversidade étnica nas esferas pública e privada.

21.4. do estímulo, apoio e fortalecimento de iniciativas oriundas da sociedade civil direcionadas à promoção da igualdade de oportunidades e ao combate às desigualdades étnicas, inclusive mediante a implementação de incentivos e critérios de condicionamento e prioridade no acesso aos recursos públicos;

21.5. da criação e manutenção de programas de ação afirmativa destinados ao enfrentamento das desigualdades étnicas no tocante à educação, à cultura, ao esporte e lazer, à saúde, à segurança, ao trabalho, à moradia, aos meios de comunicação de massa, aos financiamentos públicos e ao acesso à terra e à Justiça, nos termos da Lei nº. 12.288/2010.

22. Prestar, quando solicitado, cooperação aos Poderes públicos municipais para a constituição dos Conselhos Comunitários.

23. Realizar vistorias periódicas nos estabelecimentos de atendimento psiquiátrico, instaurando procedimento investigatório quando detectar qualquer irregularidade, zelando para que as internações se limitem ao tempo estritamente necessário.

24. Intervir, especialmente junto aos hospitais particulares, quando da negativa de internação hospitalar.

25. Realizar vistorias periódicas nos estabelecimentos de ensino municipal e estadual, verificando as condições estruturais e de ensino.

26. Adotar providências judiciais e extrajudiciais no sentido de garantir a prestação, com qualidade, do ensino aos alunos da rede pública e privada.

27. Acompanhar a estruturação, composição e funcionamento dos Conselhos destinados à Educação, sobretudo quando relacionados ao aprimoramento desse serviço público.

28. Fiscalizar a garantia da execução dos programas suplementares de material didático, transporte e alimentação escolares.

29. Adotar providências concernentes à execução de programas educacionais de ensino aos custodiados em estabelecimentos penais.

30. Adotar medidas visando à redução do analfabetismo.

31. Promover medidas pertinentes para garantir a segurança dos estabelecimentos de ensino.

32. Verificar o cumprimento dos Planos de Educação Estadual e Municipal e da indução das políticas públicas educacionais, previstas nas normas constitucionais.

33. Participar, obrigatoriamente, das audiências dos processos de sua atribuição.
33. Comunicar ao Centro de Apoio Operacional respectivo a instauração de inquéritos civis e o ajuizamento de ações civis públicas.
34. Exercer outras atribuições conferidas em lei.

CONFLITOS DE ATRIBUIÇÃO

Em decorrência das especificidades que decorrem das atribuições especializadas da defesa da saúde, eventualmente o órgão de execução pode se deparar com situações em que estas não fiquem imediatamente claras, casos em que, discordando de eventuais remessas de procedimentos oriundos de outros órgãos de execução – entendendo não ser cabível sua atuação na espécie -, ou mesmo da distribuição de procedimentos para outros órgãos ministeriais, quando entende ser cabível a sua atuação no caso concreto, pode suscitar o conflito de atribuições.

Nestes casos, impende que se destaque que qualquer conflito que surja sobre a matéria, positivo ou negativo, será dirimido pela Procuradoria-Geral de Justiça, conforme exposto no art. 10, X da Lei nº 8.625/93 c/c art. 15, XI da LC 11/96. Vejamos:

Lei nº 8.625/93

Art. 10. Compete ao Procurador-Geral de Justiça:

X - dirimir conflitos de atribuições entre membros do Ministério Público, designando quem deva officiar no feito;

Lei Complementar nº 11/96

Art. 15 - Ao Procurador-Geral de Justiça compete:

XI - dirimir conflitos de atribuições entre membros do Ministério Público, designando quem deva officiar no feito;

Assim sendo, caberá ao órgão ministerial a suscitação do conflito de atribuições, remetendo o caso à Procuradoria-Geral de Justiça, para deliberação.

Destaca-se que o Centro de Apoio Operacional de Defesa da Saúde não possui atribuição para decidir ou esclarecer questões atinentes a conflitos desta espécie. Consultas encaminhadas ao CESAU relacionadas às atribuições das Promotorias de Justiça, ainda que em abstrato, serão encaminhadas à PGJ para deliberação, pois, conforme indicado, este é órgão a quem cabe dirimir tais conflitos.

II - VISÃO GERAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LEGISLAÇÃO BÁSICA DO SUS

A Constituição Federal de 1988 consagra a saúde como um direito social, sendo 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 indicado em seu art. 196.

Para a garantia da saúde, o art. 198 da Constituição afirma que as ações e serviços públicos nesta área integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, o que hoje se conhece como Sistema Único de Saúde, ou simplesmente SUS.

As ações e programas que efetivam o direito à saúde tomaram forma no ordenamento jurídico brasileiro através de extensa regulamentação, tanto legal quanto administrativa, das quais se destacam, como elementos fundamentais para o funcionamento do Sistema Único de Saúde, as elencadas a seguir.

- **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990** – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

É a Lei que estrutura o Sistema Único de Saúde, dispondo sobre seus objetivos, atribuições, princípios, diretrizes, organização, direção, gestão e financiamento. É o diploma legislativo que traça o “esqueleto” do SUS.

- **Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011** - Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

É o regulamento do SUS. Contém definições e dispõe sobre a organização, hierarquização, planejamento e demais tópicos estruturantes do Sistema – fundamental para o entendimento das políticas públicas em saúde.

- **Decreto Federal nº 1.651, de 28 de setembro de 1995** – Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no Âmbito do Sistema Único de Saúde.

O Sistema de Auditoria do SUS, também presente nos Estados, pode auxiliar na atuação ministerial, na medida em que detém atribuição para encaminhar relatórios específicos aos órgãos de controle interno e externo, em caso de irregularidade sujeita à sua apreciação.

No Estado da Bahia, o Sistema Estadual de Auditoria no âmbito do SUS é regulamentado pelo Decreto Estadual nº 7.884, de 27 de dezembro de 2000.

- **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990** - Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Nesta lei há disposições sobre o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, bem como sobre os recursos do Fundo Nacional de Saúde – FNS.

- **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012** - Regulamenta o §3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

- **Portaria MS nº 55, de 24 de fevereiro de 1999** - Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências.

Não obstante as normativas acima colacionadas, indica-se que a maior parte do regramento que rege o funcionamento do Sistema Único de Saúde se encontra em Portarias do Ministério da Saúde. De tão numerosos, estes atos normativos foram agregados em Portarias de Consolidação temáticas. São elas:

- **Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017** - Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde.
- **Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017** - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde.
- **Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017** - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.
- **Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017** - Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde.
- **Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017** - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.
- **Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017** - Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Concentrando a prestação de diversos serviços públicos interligados à população brasileira, o Sistema Único de Saúde se desenvolve em obediência a uma série de princípios e diretrizes fundamentais, tanto de cunho geral quanto de ordem organizacional. Estes são positivados no art. 198 da Constituição Federal de 1988, bem como no art. 7º da Lei nº 8.080/90, *in verbis*:

Constituição Federal

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.

Lei nº 8.080/90

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

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

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

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

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

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

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

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

VIII - participação da comunidade;

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

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

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

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

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

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

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

XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013.

A seguir, são brevemente delineadas as principais destas normas, que orientam não somente os gestores do SUS, mas também a atuação do MPBA na defesa da saúde.

UNIVERSALIDADE

Positivado no art. 7º, I da Lei nº 8.080/90, o princípio da *universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência* dialoga diretamente com o art. 196 da Constituição Federal, quando diz que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

Esta norma indica que os serviços de saúde devem ser disponibilizados de modo tal que todos os cidadãos, não importa cor, etnia, religião, orientação sexual, situação de emprego ou renda, ou mesmo quão afastados residam dos centros urbanos, possam acessá-los, sendo dever do Estado a garantia desta realidade.

EQUIDADE

Não positivado em texto de lei, o princípio da equidade no Sistema Único de Saúde deriva da interpretação sistemática do plexo normativo que rege o SUS.

Este princípio determina que todos possam acessar os serviços de saúde em igualdade de condições, observado o fato de que, muito embora todos sejam titulares do direito à saúde, as pessoas são desiguais entre si, e, portanto, apresentam necessidades diversas.

Visando garantir a equidade, a gestão do SUS deve tratar os cidadãos na medida de sua desigualdade, investindo mais recursos onde se demonstre maior carência.

INTEGRALIDADE

O princípio da integralidade, em conjunção ao princípio da universalidade, garante o acesso à saúde a todos integralmente, de modo a atender as necessidades reclamadas pelos usuários do Sistema Único de Saúde.

É em razão deste princípio que o SUS oferece diversos tipos de serviço, de acordo com a complexidade apresentada, bem como fornece medicamentos gratuitamente

aos cidadãos, numa atuação integrada, intersetorial e articulada em diversas frentes, e políticas públicas que impactam nas variadas áreas que configuram a saúde coletiva.

Há, entretanto, limites ao princípio da integralidade, sobretudo no que concerne à dispensação de medicamentos pelo SUS e à judicialização da saúde. Tais questões são debatidas mais detidamente no Capítulo V desta Coletânea.

DESCENTRALIZAÇÃO

O Sistema Único de Saúde é descentralizado, o que significa que sua gestão é compartilhada entre as três esferas de governo, cada qual assumindo responsabilidades de operacionalização e financiamento do Sistema, individual e conjuntamente.

Muito embora haja a descentralização dos serviços, o SUS também conta com Comando Único. Isso quer dizer, segundo o Ministério da Saúde¹, que “*cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade*”.

REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO

Além de descentralizado, o Sistema Único de Saúde é regionalizado e hierarquizado.

A regionalização diz respeito à necessidade de estabelecimento de ações de saúde em recortes territoriais delimitados, denominados Regiões de Saúde, cuja definição se extrai do art. 2º, I do Decreto nº 7.508/2011, *in verbis*:

Art. 2º Para efeito deste Decreto, considera-se:

I - 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;

¹ Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sistema-unico-de-saude-sus-estrutura-principios-e-como-funciona> Acesso em 13/09/2021.

Os critérios mínimos para a definição das regiões de saúde foram determinados pelo art. 5º do Decreto nº 7.508/2011, literal:

Art. 5º 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.

De acordo com o disposto no art. 4º do Decreto nº 7.508/11, as regiões de saúde são instituídas pelo Estado, mediante articulação com os Municípios, e em observância às diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite – CIT.

O Estado da Bahia é dividido entre 9 Macrorregiões de Saúde, que comportam 28 Regiões de Saúde, delimitações que englobam mais de um município. As Macrorregiões de Saúde do Estado da Bahia são: Centro-Leste, Centro-Norte, Extremo-Sul, Leste, Nordeste, Norte, Oeste, Sudoeste e Sul.

As Regiões de Saúde, inseridas nas Macrorregiões de Saúde, comportam mais de um município, mas levam o nome dos Municípios-sede. São totalizadas 28 Regiões de Saúde, sendo estas: Alagoinhas, Barreiras, Brumado, Camaçari, Cruz das Almas, Feira de Santana, Guanambi, Ibotirama, Ilhéus, Irecê, Itaberaba, Itabuna, Itapetinga, Jacobina, Jequié, Juazeiro, Paulo Afonso, Porto Seguro, Ribeira do Pombal, Salvador, Santa Maria da Vitória, Santo Antônio de Jesus, Seabra, Senhor do Bonfim, Serrinha, Teixeira de Freitas, Valença e Vitória da Conquista.

A consulta ao desenho territorial da regionalização em saúde do Estado da Bahia pode ser realizada através do **Observatório Baiano de Regionalização**.

A hierarquização, de outra parte, se reporta à organização do Sistema em níveis, determinados conforme as diferentes complexidades demandadas para o atendimento dos usuários, que seguem um caminho pré-determinado dentro do SUS até a resolução de seus problemas de saúde.

Juntos, então, estes princípios determinam o diálogo entre as diferentes esferas de gestão e diferentes níveis de atenção à saúde dentro do Sistema, que deve ser unificado,

de modo a se proporcionar uma cobertura ao máximo integral dentro das regiões de saúde existentes, com diferentes níveis de complexidade.

PARTICIPAÇÃO POPULAR

Desde a Atenção Primária, o funcionamento do Sistema Único de Saúde não se dá de modo unilateral, havendo, também, participação das comunidades a fim de se garantir a prestação esmerada dos serviços.

A participação popular no SUS ocorre em larga escala através dos Conselhos Municipais de Saúde e das Conferências de Saúde, organizados com o objetivo de auxiliar o Poder Público na elaboração de estratégias, além de exercer controle sobre a prestação dos serviços de saúde em determinadas comunidades.

As definições legais a respeito da participação popular no SUS são delineadas na **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**.

III - NOÇÕES GERAIS DE ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde, tendo por objetivo a assistência em saúde universal e integral da população brasileira, divide-se em diferentes níveis organizacionais, pautados pela complexidade da necessidade apresentada.

ATENÇÃO PRIMÁRIA

Também denominada atenção básica da saúde, se caracteriza, segundo o art. 2º do Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/2017, como o “*o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária*”.

Atualmente, a Atenção Básica é regida pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), delineada no Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/2017, do Ministério da Saúde.

Esta é a porta de entrada do SUS para os cidadãos, e objetiva prestar assistência para os casos apresentados com maior frequência e relevância em territórios delimitados, ao mesmo tempo em que é responsável pelas ações sanitárias locais.

Este primeiro nível do Sistema Único de Saúde opera tanto como meio para a resolução dos problemas de saúde, encaminhando os usuários aos demais níveis de atenção do SUS, por intermédio da regulação, quanto fim em si mesmo, notadamente nos casos de menor complexidade e através das medidas sanitárias preventivas, utilizando-se principalmente da Estratégia Saúde na Família (ESF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

Importa destacar que a ESF leva às comunidades ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, por intermédio de equipe composta por profissionais de diferentes categorias, que trabalham de forma articulada, denominada Equipe Saúde da Família.

As Equipes Saúde da Família ainda podem ser apoiadas pelos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), os quais se constituem enquanto equipes de apoio multidisciplinar que objetivam a ampliação da abrangência e do escopo das ações da atenção básica, de acordo com os critérios de prioridade identificados pelos gestores a partir de dados epidemiológicos, necessidades territoriais e apresentadas pelas próprias equipes que serão apoiadas pelos Núcleos.²

As ações deste nível de assistência ocorrem nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) – estabelecimentos que não possuem equipe de Saúde da Família, também conhecidos como postos de saúde – e nas Unidades de Saúde da Família (USF) – estabelecimentos com pelo menos uma equipe de Saúde da Família, com funcionamento com carga horária mínima de 40 horas semanais, no mínimo 5 dias por semana, e durante o ano inteiro.

Os principais serviços ofertados pela Atenção Primária são na área de Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia, sendo oferecidos: consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica.³

A Atenção Básica atua em âmbito comunitário, e por esta razão sua operacionalização é de responsabilidade dos Municípios, ainda que todos os entes federados cooperem para seu financiamento.

As atividades englobadas neste nível podem ser encontradas na Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS)⁴, elaborada pelo Ministério da Saúde.

² Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Núcleo Ampliado e Saúde da Família. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/nasf/perguntasfrequentes/> Acesso em 26/07/2021.

³ Ministério do Planejamento. UBS – Unidade Básica de Saúde. Disponível em: <http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/ubs-unidade-basica-de-saude> Acesso em 26/07/2021.

⁴ Ministério da Saúde. *O que é Atenção Primária?* Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/smp/smpoque> Acesso em 27/07/2021.

ATENÇÃO ESPECIALIZADA (MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADES)

Definida como o “conjunto de conhecimentos, ações, práticas e técnicas assistenciais articuladas a partir processos de trabalho de maior densidade tecnológica”⁵, a Atenção Especializada visa o atendimento de demandas complexas não comportadas no âmbito da Atenção Primária, sendo operacionalizada em articulação e em sintonia com esta, oferecendo um sistema de referência e contrarreferência que objetiva a integralidade da assistência.

A Atenção Especializada é composta, da perspectiva assistencial, por “ações e serviços da atenção secundária (serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e serviços médicos ambulatoriais), da atenção terciária (diagnose, terapia e atenção hospitalar), além da área de urgência e emergência (articulada com todos os níveis de atenção)”⁶.

O conceito de Atenção Especializada muito comumente se vincula aos serviços de saúde de complexidade intermediária, cujo financiamento, diga-se, é atrelado ao de alta complexidade, formando o Bloco de Média e Alta Complexidade, ou Bloco MAC.

Enquanto a Atenção Básica se concentra na saúde dos cidadãos numa abordagem primária, figurando como primeiro atendimento e visando a resolução dos problemas de saúde de maior habitualidade, a Atenção Especializada objetiva prestar serviços direcionados a condições e comorbidades específicas, cujo atendimento demanda elevados custos e maiores níveis de especialização profissional e tecnologia médico-hospitalar.

No âmbito desta modalidade, a Alta Complexidade se reporta àqueles procedimentos que demandam o envolvimento específico de alta tecnologia e alto custo, sendo as principais áreas que a compõem, organizadas em redes, segundo o Ministério da Saúde:⁷

⁵ SESAB. Atenção Especializada. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dae/> Acesso em 26/07/2021.

⁶ *Id.*

⁷ Ministério da Saúde. *Atenção Especializada*. Disponível em: <http://antigo.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/estrutura-do-sus/770-sistema-nacional-de-saude/40317-atencao-especializada> Acesso em 26/07/2021.

[...] assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfecta; fibrose cística e reprodução assistida.

Atualmente, o financiamento da média e alta complexidades (MAC) é realizado em grande parte pela esfera federal, através de repasses destinados aos Estados e Municípios, e organiza-se em dois componentes: Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (Limite MAC) e Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC).

Em razão dos altos custos deste nível de assistência, sua operacionalização é realizada em larga escala pelos Estados, que instituem e gerem Unidades de Saúde com capacidade para prestar serviços com alto grau de especialização. Isso não impede, entretanto, a instituição e gerenciamento destes estabelecimentos pelos Municípios ou pela União, visto que a responsabilidade pelo SUS é descentralizada e compartilhada entre os entes federados.

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde, dentre outros objetivos, tem por finalidade a oferta de medicamentos necessitados por seus usuários de modo gratuito e eficiente.

Para facilitar a organização da Assistência Farmacêutica, foram definidos blocos de financiamento e componentes, dividindo as responsabilidades entre os governos Federal, Estadual e Municipal.

Atualmente, a disponibilização e fármacos pelo SUS organiza-se em três componentes fundamentais, que também orientam o financiamento deste nível de assistência: Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) e Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica propõe-se à promoção do acesso ao cidadão insumos e medicamentos relacionados aos programas da Atenção Primária⁸ e tratamento dos principais problemas de saúde, conforme indicado pelo Ministério da Saúde.

De outro lado, o Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica, segundo o Ministério da Saúde, se reporta ao fornecimento de medicamentos e insumos “*considerados estratégicos no cuidado da saúde, também dispensados na rede básica de saúde. São medicamentos para o tratamento de Tuberculose, Hanseníase, o Combate ao Tabagismo, para a Alimentação e Nutrição e para as Endemias Focais (Ex: Malária, Leishmaniose, Dengue, dentre outras), Coagulopatias e DST/AIDS*”.⁹

Por fim, o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica tem como objetivo garantir o acesso a tratamento farmacológico ambulatorial, segundo critérios delineados em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicados pelo Ministério da Saúde. Este componente é dividido em três grupos:¹⁰

⁸ Ministério da Saúde. *Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF)*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/assistencia-farmacutica-no-sus/sobre-a-assistencia-farmacutica-1/componente-basico-da-assistencia-farmacutica> Acesso em 26/07/2021.

⁹ Ministério da Saúde. *Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF)*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/assistencia-farmacutica-no-sus/sobre-a-assistencia-farmacutica-1/componente-estrategico> Acesso em 26/07/2021.

¹⁰ Ministério da Saúde. *Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)*. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/assistencia-farmacutica/medicamentos-rename/componente-especializado-da-assistencia-farmacutica-ceaf>. Acesso em 26/07/2021.

O **Grupo 1** é aquele cujo financiamento está sob a responsabilidade exclusiva da União. É constituído por medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente, por aqueles indicados para as doenças com tratamento mais complexo, para os casos de refratariedade ou intolerância a primeira e/ou a segunda linha de tratamento, e por aqueles que se incluem em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde. Os medicamentos do Grupo 1 se dividem em:

Grupo 1A – medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e responsabilidade pelo armazenamento, distribuição e dispensação das Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal.

Grupo 1B – medicamentos adquiridos pelos Estados com transferência de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde a título de ressarcimento, na modalidade Fundo a Fundo, e responsabilidade pelo armazenamento, distribuição e dispensação das Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal.

O **Grupo 2** é constituído por medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal pelo financiamento, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação.

O **Grupo 3** é constituído por medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios para aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação e que está estabelecida em ato normativo específico que regulamenta o Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

As responsabilidades para o financiamento e aquisição dos medicamentos na Assistência Farmacêutica são, como indicado nas linhas acima, subdivididas entre os entes federados. Este tema é abordado no Capítulo V da presente coletânea, “*Definindo Competências em Demandas Prestacionais de Saúde*”.

A lista dos fármacos disponibilizados pelo SUS é elencada pela Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), atualizada periodicamente e publicada a cada dois anos pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC). Via de regra, a incorporação do medicamento é requisito necessário para o acesso de modo gratuito no âmbito deste nível de atenção à saúde.

Segundo a SESAB, “*existem no Brasil mais de 40 mil medicamentos registrados na Anvisa. O SUS seleciona os mais eficazes e seguros e elabora a Relação Nacional de*

Medicamentos Essenciais - RENAME, indicados para a maior parte dos problemas de saúde que acometem a população. Os medicamentos que constam na RENAME são distribuídos gratuitamente em farmácias das unidades básicas de saúde (postos de saúde) e farmácias de serviços especializados, ou são de uso exclusivamente hospitalar”¹¹.

REGULAÇÃO

O Sistema de Regulação, de acordo com a SESAB, foi “criado para gerir vagas hospitalares e outras necessidades de pacientes dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), utilizando critérios internacionalmente estabelecido”.¹²

Atualmente, a Regulação é regida pela Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, conjunto de normas inseridas no Anexo XXVI da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

Esta Política organiza suas ações em três dimensões de atuação, a saber: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência. Estas são definidas pelo art. 2º do referido ato normativo, que dispõe:

Art. 2º As ações de que trata a Política Nacional de Regulação do SUS estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si:

I - Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;

II - Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde: tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso

¹¹ SESAB. Assistência Farmacêutica. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/medicamentos/> Acesso em 26/07/2021.

¹² SESAB. Sistema de Regulação. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/sistema-de-regulacao/> Acesso em 13/09/2021.

à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e

III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

No âmbito da atuação ministerial, a dimensão da Política Nacional de Regulação do SUS mais presente é a Regulação do Acesso à Assistência, da qual trata a presente coletânea.

Esta é a ação responsável pelos deslocamentos dos usuários nos diferentes níveis de assistência do Sistema Único de Saúde, visto que não apenas determina os critérios de operacionalização do SUS no que diz respeito à solicitação de atendimentos nas diversas áreas disponibilizadas, mas também executa os procedimentos correlatos através de seus Complexos Regulatórios e Centrais de Regulação.

Como todo o SUS, a Regulação também se organiza de modo descentralizado, sendo de responsabilidade das três esferas de governo, e de forma regionalizada e hierárquica. É por seu intermédio que os usuários do Sistema, uma vez apresentada a necessidade de atendimento especializado, são encaminhados para as unidades de saúde adequadas e disponíveis na região para a prestação do serviço.

Na atuação do Ministério Público, as questões suscitadas para análise comumente se relacionam à necessidade de submissão dos pacientes à regulação, para que recebam o tratamento devido. Estas situações perpassam o âmbito da Regulação do Acesso à Assistência, dimensão que organiza, controla, gerencia e prioriza o acesso e os fluxos assistenciais no âmbito do SUS.

A operacionalização deste instrumento ocorre através dos Complexos Reguladores e das Centrais de Regulação, assim definidos pelo mencionado ato normativo:

Art. 7º A área técnica da regulação do acesso será estabelecida mediante estruturas denominadas Complexos Reguladores, formados por unidades

operacionais denominadas centrais de regulação, preferencialmente, descentralizadas e com um nível central de coordenação e integração.

Os Complexos Reguladores são estruturas que operacionalizam as ações da Regulação do Acesso, e podem ser implementados segundo três modelos de abrangência: estadual, regional e municipal. Vejamos:

Art. 9º O Complexo Regulador é a estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso, podendo ter abrangência e estrutura pactuadas entre gestores, conforme os seguintes modelos:

I - Complexo Regulador Estadual: gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e a referência interestadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Estado;

II - Complexo Regulador Regional:

a) gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito da região, e a referência interregional, no âmbito do Estado;

b) gestão e gerência compartilhada entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde que compõem a região, regulando o acesso da população própria e referenciada às unidades de saúde sob gestão estadual e municipal, no âmbito da região, e a referência interregional, no âmbito do Estado; e

III - Complexo Regulador Municipal: gestão e gerência da Secretaria Municipal de Saúde, regulando o acesso da população própria às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Município, e garantindo o acesso da população referenciada, conforme pactuação.

Qualquer que seja o modelo instituído pelos gestores para a implementação de seus respectivos Complexos Reguladores, importa que se destaque que estes sempre serão formados por Centrais de Regulação, unidades operacionais especializadas que atuam em limites territoriais pré-estabelecidos segundo os fluxos de atendimento previstos para três áreas centrais: consultas e exames, internações hospitalares e urgências.

Esta organização é definida no §1º do art. 9º do Anexo XXVI da Portaria de Consolidação nº 2/2017, *in verbis*:

§ 1º O Complexo Regulador será organizado em:

I - Central de Regulação de Consultas e Exames: regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais;

II - Central de Regulação de Internações Hospitalares: regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência; e

III - Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência.

§ 2º A Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade (CERAC) será integrada às centrais de regulação de consultas e exames e internações hospitalares. *[grifamos]*

Veja-se que, ainda segundo a mencionada Portaria, é a Regulação do Acesso a responsável pelo controle dos atendimentos às urgências, consultas, leitos e necessidades outras em saúde:

Art. 5º A Regulação do Acesso à Assistência efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários contempla as seguintes ações:

I - regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências;

II - controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;

III - padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e

IV - o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes. *[grifamos]*

Como sobredito, é comum que os cidadãos direcionem demandas relativas à regulação para as Promotorias de Justiça com atribuição para a defesa da saúde.

Seja para consultas, leitos ou atendimentos de urgência, a atuação nestes casos pode ser iniciada através da identificação, junto à Central de Regulação correspondente ou, conforme o caso, a Secretaria Municipal de Saúde. Esta informação pode ser encontrada na Ficha de Referência do paciente ou através do acesso ao Sistema da Central Estadual de Regulação.

Posteriormente, o órgão ministerial poderá oficiar à Central ou Secretaria solicitando a adoção de providências para o atendimento da demanda. Há **Modelo de Ofício** neste sentido, elaborado pelo CESAU.

Se for observado que uma mesma unidade de saúde tem muitos encaminhamentos de pedido de regulação que desembocam no Ministério Público, para garantir uma atuação ministerial efetiva para além do momento de urgência, sugere-se ainda verificar na unidade hospitalar local como se dá o processo de inclusão do pedido administrativo de regulação, especialmente no que se refere ao acesso aos sistemas estaduais de regulação e a atualização constante dos dados vitais e exames indispensáveis do paciente, de forma a efetivamente viabilizar o acesso à vaga/demanda em menor espaço de tempo, e garantir que o próprio serviço de saúde aperfeiçoe a sua busca por vagas perante a Central de Regulação. Há **Modelo de Ofício** neste sentido.

A depender dos fatos que forem verificados no curso do procedimento, bem como em observância à eventual urgência que o caso proclame, o órgão de execução poderá optar pela via judicial. Para auxiliá-los neste mister, o CESAU conta com modelos padronizados de peças jurídicas, elaboradas para a utilização em situações diversas. Vejamos:

Modelo de Ação Civil Pública – Leito de UTI Adulto

Ação Civil Pública com pedido de concessão de tutela de urgência em caráter liminar. Requer a transferência de paciente, com urgência, para unidade de saúde que ofereça serviço de UTI, ou, caso inexista vaga em estabelecimento público ou conveniado ao SUS, em estabelecimento privado de saúde, mediante pagamento pelo réu do valor real das despesas a ser apresentado pelo nosocômio. Também requer o traslado do paciente, bem como todo e qualquer procedimento cirúrgico clinicamente prescrito e as terapêuticas que demonstrarem necessárias.

Modelo de Ação Civil Pública – Transferência para unidade especializada em tratamento oncológico

Ação Civil Pública com pedido de concessão de tutela de urgência em caráter liminar. Requer a condenação do Município e do Estado da Bahia ao cumprimento de obrigação de fazer consistente em providenciar e custear imediatamente a transferência de paciente para unidade de saúde especializada em tratamento oncológico, pública ou privada.

Modelo de Ação Civil Pública – Regulação de Parturiente

Ação Civil Pública com pedido de concessão de tutela de urgência em caráter liminar. Requer a transferência imediata de paciente gestante para hospital público, ou, na sua falta, particular, capaz de realizar o parto com todos os recursos técnicos disponíveis para atender ao quadro de saúde do nascituro, provendo os cuidados médicos que este venha a necessitar.

Modelo de Ação Civil Pública – Regulação de Recém-Nascido

Ação Civil Pública com pedido de concessão de tutela de urgência em caráter liminar. Requer a transferência imediata do recém-nascido para um hospital com UTI neonatal, da rede pública ou privada, arcada pelo Acionado, com todo o suporte médico necessário para o tratamento de sua doença.

Modelo de Ação Civil Pública – Regulação de Leito de UTI para Pessoa Idosa

Ação Civil Pública com pedido de concessão de tutela de urgência em caráter liminar. Requer a providência e o custeio da internação de paciente em leito de UTI, ainda que o Réu tenha de adquirir vaga em unidade destinada ao atendimento privado, mesmo não conveniado ou contratado, até que surja vaga em leito com cobertura pelo SUS, providenciando, mediante a Central Estadual de Regulação, sua imediata transferência, através de UTI móvel.

TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO

O Tratamento Fora do Domicílio – TFD desenvolve-se no âmbito da Regulação. Regulamentado pela **Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999**, emitida pelo Ministério da Saúde, este benefício tem por objetivo proporcionar aos pacientes a possibilidade de atendimento adequado e especializado em unidades de saúde distantes de seu local de moradia, financiando o deslocamento e demais despesas correlatas no período em que durar o tratamento.

O TFD é concedido somente quando esgotados todos os meios de tratamento no município de origem do paciente, sendo vedado para deslocamentos inferiores a 50 km

de distância e em regiões metropolitanas. Seus benefícios incluem o custeio de transporte aéreo, terrestre e fluvial, e ainda diárias para alimentação e pernoite.

Esta política pública abarca também os custos de eventuais acompanhantes dos pacientes, desde que sua necessidade seja devidamente justificada.

Os detalhes relativos à operacionalização do TFD no Estado se encontram no **Manual de Normatização do Tratamento Fora do Domicílio – Estado da Bahia**, documento elaborado pela SESAB. Há fluxograma no Capítulo VI desta Coletânea sobre seu funcionamento.

IV - GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A gestão do Sistema Único de Saúde é realizada pelos três níveis de governo, em razão dos princípios atinentes ao SUS, notadamente os da regionalização e da hierarquização, acima mencionados. Todos os entes federados são responsáveis pelas ações e programas de saúde, na medida de suas atribuições, que são definidas e repartidas em sua maioria através de deliberações administrativas de órgãos colegiados, notadamente as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite, além das Regionais.

COMISSÕES INTERGESTORES

As Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB) do Sistema Único de Saúde são responsáveis pela pactuação, organização e funcionamento das ações e serviços de saúde a nível nacional, no caso da CIT, e estadual, no caso da CIB.

Suas principais atribuições foram delineadas na Lei Federal nº 8.080/90 e no Decreto Federal nº 7.508/2011, nos dispositivos abaixo reproduzidos:

Lei nº 8.080/90

Art. 14-A. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. 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.

Decreto nº 7.508/2011

Art. 30. As Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo:

I - a CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais;

II - a CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e

III - a Comissão Intergestores Regional - CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.

Art. 31. Nas Comissões Intergestores, os gestores públicos de saúde poderão ser representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS e pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS.

Art. 32. 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.

Parágrafo único. Serão 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.

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT), constituída em nível federal, tem por função discutir, pactuar e deliberar a respeito das diretrizes, estratégias, ações, projetos e programas de saúde em âmbito nacional.

Para isso, dispõe de 15 membros, representantes das três esferas de governo:

- ✓ Federal: 05 membros do Ministério da Saúde;
- ✓ Estadual: 05 membros do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS);
- ✓ Municipal: 05 membros do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

A representação dos Estados e Municípios se dá regionalmente, escolhido um representante para cada uma das cinco regiões do país, sendo paritária a constituição da CIT.

COMISSÕES INTERGESTORES BIPARTITE

As Comissões Intergestores Bipartite (CIB) são constituídas em nível estadual, e se consubstanciam em fóruns interfederativos que têm por função discutir, pactuar e deliberar a respeito das diretrizes, estratégias, ações, projetos e programas de saúde.

No Estado da Bahia, a composição da CIB se dá da seguinte forma:

- ✓ Estadual: 05 membros titulares e seus respectivos suplentes, indicados pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB)
- ✓ Municipal: 05 membros titulares e seus respectivos suplentes, indicados Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde da Bahia (COSEMS/BA).

As decisões da CIB são tomadas em caráter de consenso, e a Comissão ainda tem caráter consultivo face à Comissão Intergestores Tripartite, no tocante às questões que envolvem outros Estados.

Suas atribuições são delineadas na **Resolução CIB nº 011/2015**, que aprova o Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite e das Comissões Intergestores Regionais do Estado da Bahia.

COMISSÕES INTERGESTORES REGIONAIS

As Comissões Intergestores Regionais (CIR) são estabelecidas no âmbito das Regiões de Saúde, vinculadas à SESAB para efeitos administrativos e operacionais, e devem observar as diretrizes da CIB.

Estas têm por finalidade, segundo o art. 6º da Resolução CIB nº 011/2015, “*pactuar a organização e o funcionamento das ações e serviços integrados em redes de atenção à saúde para o conjunto dos municípios correspondentes às Regiões de Saúde da sua abrangência*”.

Sua composição se dá da seguinte maneira:

- ✓ Estadual: 03 representantes da SESAB, sendo dois em nível regional e um em nível central;
- ✓ Municipal: todos os municípios da Região de Saúde têm como representação a Secretaria Municipal de Saúde.

É obrigatório que um dos membros indicados pela SESAB, no nível regional, seja o Coordenador do Núcleo Regional de Saúde.

NÚCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE

Por força dos princípios da regionalização e da descentralização do SUS, a gestão do Sistema no Estado da Bahia é organizada em Regiões de Saúde.

Esta organização é determinada no **Plano Diretor de Regionalização (PDR)**, que divide o Estado territorialmente em 28 (vinte e oito) Regiões aglutinadas em 09 (nove) Macrorregiões de Saúde.

A SESAB, em atenção à regionalização da saúde no Estado, se estrutura em **09 Núcleos Regionais de Saúde (NRS)**, correspondentes às 09 Macrorregiões de Saúde, que têm por finalidade, dentre outras, o acompanhamento das atividades de regulação, vigilância sanitária e dispensação de medicamentos, objetivando a fortificação da gestão estadual junto aos Municípios.

São estes os Núcleos Regionais de Saúde e suas respectivas sedes:

1. Núcleo Regional de Saúde Leste – Salvador;
2. Núcleo Regional de Saúde Centro Leste – Feira de Santana;
3. Núcleo Regional de Saúde Nordeste – Alagoinhas;
4. Núcleo Regional de Saúde Sul – Ilhéus;
5. Núcleo Regional de Saúde Extremo Sul – Teixeira de Freitas;
6. Núcleo Regional de Saúde Norte – Juazeiro;
7. Núcleo Regional de Saúde Centro Norte – Jacobina;
8. Núcleo Regional de Saúde Sudoeste – Vitória da Conquista;
9. Núcleo Regional de Saúde Oeste – Barreiras;

O Mapa das Regiões de Saúde e dos Núcleos Regionais de Saúde do Estado da Bahia pode ser encontrado **[neste link](#)**.

FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Assim como a gestão do Sistema Único de Saúde, seu financiamento também se dá de maneira compartilhada entre os entes federados, no modelo tripartite.

A Lei nº 8.080/90, em seu art. 36, trata do financiamento do SUS explicitando que *“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”*.

Por determinação constitucional e legal (LC 141/12), os entes federados devem reservar em seus orçamentos recursos mínimos para aplicação nas ações e serviços públicos de saúde, observando as seguintes diretrizes:

- ✓ União: por força da EC 95/2016, a partir do exercício 2018 a aplicação mínima dos recursos federais para o SUS corresponderá, por 20 anos, ao valor do limite referente ao exercício imediatamente anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA (art. 107, §1º, II do ADCT);

- ✓ Estados e Distrito Federal: mínimo anual de 12% da arrecadação dos impostos indicados no art. 155 e dos recursos que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios (art. 6º da LC 141/12);
- ✓ Municípios e Distrito Federal: mínimo anual de 15% da arrecadação dos impostos indicados no art. 156 e dos recursos que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I e o §3º do art. 159, todos da Constituição Federal. (art. 7º da LC 141/12).

Por certo, face ao regime tributário vigente e a organização constitucional dada às receitas dos entes federados, percebe-se que a União congrega o maior volume arrecadatório dentre os três níveis de governo. O ordenamento jurídico, por esta razão, estabelece que o ente federal deve repassar valores aos Estados e aos Municípios para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, que devem, para isso, cumprir certos requisitos de habilitação, previstos em leis e atos normativos.

Atualmente, este repasse de recursos é organizado em Blocos de Financiamento, e ocorre mediante a transferência entre fundos e contas estatais específicas. Vejamos.

TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS

No âmbito da saúde, os principais meios de repasse de recursos federais aos demais níveis de governo são: Convênios, Contratos de Repasse e Transferências Fundo a Fundo. Esta última ocorre por força de lei ou determinação constitucional, enquanto as duas primeiras decorrem de manifestação de vontade da Administração Pública Federal, através de pactuações.

CONVÊNIOS

O convênio fora definido, no art. 1º, §1º, XI da **Portaria Interministerial nº 424, de 30 de dezembro de 2016**, do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, como o *“instrumento que disciplina a transferência de recursos financeiros de órgãos ou entidades da Administração Pública Federal, direta ou indireta, para órgãos ou entidades da Administração Pública Estadual, Distrital ou Municipal, direta ou indireta, consórcios públicos, ou ainda, entidades privadas sem fins lucrativos, visando*

à execução de projeto ou atividade de interesse recíproco, em regime de mútua cooperação”.

Como indicado, o convênio pode ser pactuado não apenas com os entes públicos, mas também com entidades privadas sem fins lucrativos, e tem por finalidade a execução de projeto ou atividade de interesse compartilhado entre o convenente e o conveniado, no qual ambos concorrem para a consecução dos objetivos ajustados.

A atuação ministerial, quanto a estes instrumentos de gestão da saúde pública, consiste na fiscalização e controle dos atos do Poder Público, notadamente quanto às obrigações assumidas em decorrência do pacto firmado, e do emprego dos recursos eventualmente recebidos – ou porventura repassados pelo ente público, nos casos de convênios firmados pelos Estados e Municípios enquanto convenentes –, e sua correspondência com a finalidade encartada nos ajustes.

Tal fiscalização, entretanto, comumente recai às Promotorias de Justiça com atribuição para a defesa do patrimônio público, restando àquelas com atribuição para a defesa da saúde a atuação no tocante aos aspectos materiais da questão, relativamente à saúde pública e coletiva.

Ressalta-se, ademais, que os convênios firmados com o ente federal se consubstanciam em transferências voluntárias, fazendo surgir, em certos casos, o interesse da União em compor eventual lide relativa ao instrumento, o que suscita a atribuição do Ministério Público Federal para atuar no caso concreto.

CONTRATOS DE REPASSE

De acordo com o art. 1º, §1º, VI da Portaria Interministerial nº 424, de 30 de dezembro de 2016, contrato de repasse é o *“instrumento administrativo, de interesse recíproco, por meio do qual a transferência dos recursos financeiros se processa por intermédio de instituição ou agente financeiro público federal, que atua como mandatário da União”.*

Assemelhado ao convênio, o contrato de repasse deste se diferencia relativamente à constituição das agências financeiras oficiais, como a Caixa Econômica Federal, enquanto mandatárias da União, para o exercício da fiscalização e da execução das transferências aos demais entes.

Por se consubstanciarem em transferências voluntárias de recursos, a atribuição para a fiscalização dos contratos de repasse geralmente recai sobre o Ministério Público Federal. Isto porque, em se tratando de instrumento firmado para a consecução de objetivos recíprocos, exsurge o interesse da União em compor eventuais lides que envolvam a aplicação dos recursos pactuados.

Sugere-se, portanto, que, deparando-se com caso prático envolvendo contratos de repasse, o órgão ministerial analise a situação sob o prisma das atribuições do Ministério Público e, se for o caso, decline da atribuição para o MPF ou para a Promotoria de Justiça de proteção da moralidade administrativa e do patrimônio público.

TRANSFERÊNCIAS FUNDO A FUNDO

No que diz respeito ao financiamento do SUS pela União, as Transferências Fundo a Fundo configuram-se enquanto repasses de recursos financeiros do ente federal aos estados, Distrito Federal ou municípios sem o ajuste de convênios, acordos, contratos ou quaisquer outros instrumentos de manifestação da vontade. Podem ser utilizadas para veicular transferências constitucionais e legais.

Estas ocorrem, como indica sua denominação, diretamente entre fundos, originando-se dos fundos federais e destinando-se aos fundos dos demais entes federados. No âmbito do SUS, são utilizadas para o custeio da grande maioria das ações e dos serviços financiados pela União, sendo disciplinadas pela Lei nº 8.142/90 e regulamentadas pelo Decreto nº 1.232/94.

Há discussão a respeito da natureza dos recursos repassados através das transferências fundo a fundo, havendo quem entenda que, ao serem remetidos, tais valores não perdem sua natureza federal, já que se destinam aos fundos vinculados aos entes federados, e não a estes propriamente ditos. Outros, no entanto, afirmam que tais valores mudam de titularidade a partir do momento em que são transferidos, já que, chegando ao destinatário, seriam incorporados a seu patrimônio.

Ambas as interpretações, entretanto, convergem no sentido de que, para processar e julgar questões relativas à execução dos valores, que não impliquem em sua malversação, mas no descumprimento de deveres e obrigações assumidos pelo Poder Público perante a lei, a competência é da Justiça Estadual, restando ao Ministério Público do Estado a atribuição para atuar nestes casos.

A **Nota Técnica nº 11/2020**, emitida pelo Conselho Nacional de Procuradores-Gerais de Justiça dos Ministérios Públicos dos Estados e da União enfrenta o tema extensivamente, ao tratar a respeito da fiscalização pelo Ministério Público Brasileiro dos recursos públicos transferidos pela União a estados e municípios, para prevenção e combate à COVID-19.

Ressalta-se, ademais, que transferências dos estados para os municípios também podem ocorrer na modalidade fundo a fundo.

FUNDOS DE SAÚDE

Segundo o art. 4º da Lei nº 8.142/90, é requisito para a recepção dos recursos federais de financiamento do SUS a constituição de fundos de saúde nos estados, Distrito Federal e Municípios.

Os fundos de saúde são criados por lei e têm por objetivo a função de recepcionar e congregar em uma só fonte todos os recursos destinados às ações e serviços de saúde em cada esfera de governo, independentemente da origem dos valores.

De acordo com o CONASS¹³ a função primordial dos fundos seria a otimização dos recursos destinados às ações e serviços de saúde, mediante:

- ✓ O cumprimento do preceito constitucional no que se refere à aplicação dos recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde por intermédio de fundos de saúde.
- ✓ A implementação do planejamento orçamentário e financeiro na aplicação dos recursos destinados às ações e serviços de saúde.
- ✓ O aperfeiçoamento da gestão orçamentária, financeira e contábil realizada pelos gestores estaduais e municipais.
- ✓ A produção, disponibilização e utilização de informações gerenciais sobre a gestão dos recursos do SUS.
- ✓ A melhoria dos indicadores de saúde populacional, do sistema e da rede de serviços, com a indução de equilíbrio inter-regional.
- ✓ A avaliação da efetividade da aplicação dos recursos.

¹³ Gestão dos Fundos de Saúde. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/gestao-dos-fundos-de-saude/> Acesso em 26/07/2021.

São fundos de saúde:

- ✓ Fundo Nacional de Saúde (FNS): instituído pelo Decreto nº 64.867/1969. É o gestor financeiro dos recursos do SUS no nível federal. Os recursos alocados no FNS são utilizados para financiar a atuação do Ministério da Saúde, com suas despesas correntes e de capital, e também para financiar as ações e serviços em saúde realizadas nos estados, Distrito Federal e municípios, de natureza corrente e de capital. É o principal meio de transferência de recursos federais do SUS.
- ✓ Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC): fundo de natureza federal. Também utilizado para o custeio de despesas correntes e de capital das ações e serviços em saúde nos Estados, Distrito Federal e municípios. Se diferencia do FNS por tratar de ações e serviços específicos, estratégicos, delineados em normativas esparsas mas conjugados na Portaria de Consolidação nº 6/2017. Repassa seus recursos através da modalidade de transferência fundo a fundo.
- ✓ Fundos Estaduais de Saúde: constituídos por lei, destinam-se à gestão dos recursos de saúde no âmbito dos Estados.
- ✓ Fundos Municipais de Saúde: constituídos por lei, destinam-se à gestão dos recursos de saúde no âmbito dos Municípios.

GESTÃO PLENA OU COMANDO ÚNICO

Como é sabido, a gestão do Sistema Único de Saúde é realizada num modelo tripartite, hierarquizado e regionalizado, pelo qual todas as esferas de governo repartem responsabilidades e, a um só tempo, respondem por todo o funcionamento do Sistema.

A descentralização da gestão e das políticas de saúde no país, ante aos princípios constitucionais e legais atinentes ao SUS, consagrou o compartilhamento de responsabilidades também pelos municípios, que passaram a prestar papel de maior destaque no gerenciamento local da saúde.

É a partir deste contexto que surge o conceito de gestão plena ou comando único do Sistema Único de Saúde, o qual afirma, em linhas gerais, que cada nível de gestão, incluindo-se o municipal, é autônomo para gerir a saúde de acordo com suas necessidades e capacidades, observando, por óbvio, os limites constitucionais e legais aplicáveis, e em diálogo com as demais esferas de governo.

Sendo assim, todos os municípios que atuem em gestão plena do SUS devem providenciar o acesso integral e universal às ações e serviços de saúde a seus munícipes, ainda que não disponham de todo o aparato técnico para o atendimento às necessidades surgidas no âmbito sanitário.

Estes devem fornecer serviços em todos os níveis de assistência, e, quando não dispuserem de meios próprios para determinado atendimento, devem atuar coordenadamente com as regiões de saúde em que estão localizados e custear as despesas para o adequado tratamento dos cidadãos onde este for disponibilizado.

Ao assumir o comando único, os municípios gozam de plena autonomia para gerir os recursos da saúde em suas localidades, o que, conseqüentemente, acompanha todas as responsabilidades atribuíveis às demais esferas de governo, a exemplo da necessidade de prestar contas e de providenciar, ao máximo de suas capacidades, a assistência multinível do Sistema Único de Saúde.

Este conceito se revela de utilidade na atuação das Promotorias de Justiça com atribuição na defesa da saúde quando se questiona se o ente municipal tem a obrigação de fornecer determinado serviço. Caso este detenha a gestão plena do SUS, a resposta será sempre positiva: ainda que não ofereça o serviço específico nas unidades de saúde sob sua responsabilidade, deve envidar esforços para que o atendimento seja realizado integralmente onde for disponibilizado.

Para ter conhecimento se o município detém o comando único do SUS, o órgão ministerial pode consultar a lista de **Municípios com Comando Único do Observatório Baiano de Regionalização**, disponível no portal eletrônico da SESAB.

INSTRUMENTOS DE GESTÃO E PLANEJAMENTO DO SUS

PLANO DE SAÚDE E PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE

O Plano de Saúde figura como um dos principais instrumentos da gestão do Sistema Único de Saúde. Este documento reflete o planejamento gerencial em períodos de quatro anos – alinhados com o Plano Plurianual –, e tem por objetivo a orientação das políticas públicas no âmbito da saúde neste recorte temporal.

O Plano de Saúde é elaborado a partir da análise situacional da saúde no ente federado, levando em consideração as necessidades da população nesta área e as peculiaridades de cada ente, e é impositivo também aos Municípios, conforme disposto no art. 36 da Lei nº 8.080/90, art. 4º da Lei nº 8.142/90, art. 15 do Decreto nº 7.508/2011.

Neste instrumento são definidos compromissos, iniciativas, ações, metas e indicadores a serem alcançados no período de sua vigência, de modo que este se configura como base, norte para a execução, acompanhamento e avaliação da gestão do SUS em cada esfera de governo.

O Plano de Saúde, de vigência quadrienal, é complementado pela Programação Anual da Saúde, que, de acordo com o art. 97º da Portaria de Consolidação nº 1/2017, pode ser definido como o “*instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados*”.

A Programação Anual da Saúde deve indicar as definições das ações que objetivam a garantia do cumprimento dos objetivos e metas do Plano de Saúde, bem como identificar os indicadores a serem utilizados para seu próprio monitoramento e a previsão da alocação dos recursos orçamentários.

Sugere-se ao Promotor de Justiça com atribuição na defesa da saúde que busque, de início, conhecer o plano de saúde de seu município, onde deverão estar mencionados seus principais indicadores epidemiológicos, desafios e metas a serem alcançadas ao longo de quatro anos.

O Plano Estadual de Saúde da Bahia (PES) pode ser consultado [neste link](#).

A Programação Anual de Saúde da Bahia (PAS) pode ser consultada [neste link](#).

RELATÓRIO DE GESTÃO

Elaborado anualmente, o Relatório de Gestão é o instrumento que veicula os resultados alcançados pela Programação Anual de Saúde, bem como orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde, conforme indicado no art. 99 da Portaria de Consolidação nº 1/2017.

Este documento deverá contemplar, ainda de acordo com o referido dispositivo:

- ✓ As diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde;

- ✓ As metas da PAS previstas e executadas;
- ✓ A análise da execução orçamentária;
- ✓ As recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde.

Os Relatórios de Gestão devem ser encaminhados aos respectivos Conselhos de Saúde até a data de 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, sendo responsabilidade do Conselho, de acordo com o §3º do art. 99 da Portaria de Consolidação nº 1/2017 c/c art. 36, §1º da Lei Complementar nº 141/2012, emitir parecer conclusivo sobre seu conteúdo.

Este documento é elaborado com o apoio do Relatório quadrimestral previsto no art. 36 da Lei Complementar nº 141/2012, o qual contém informações sobre: (i) o montante e fonte dos recursos aplicados no SUS; (ii) as auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações; e (iii) a oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejados tais dados com os indicadores de saúde da população no âmbito de atuação do gestor.

Ambos os relatórios se prestam a promover a divulgação dos resultados alcançados na gestão do Sistema Único de Saúde e, a partir dos dados obtidos, redirecionar o planejamento futuro na respectiva esfera de gestão.

Os Relatórios de Gestão podem ser consultados através do **SargSUS – Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão.**

PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE – PPI

Face ao modelo tripartite de gestão assumido pelo Sistema Único de Saúde, que consagra a repartição de responsabilidade, encargos e atribuições entre os três níveis de governo, o Poder Público viu-se desafiado a adotar mecanismos eficazes de planejamento, racionalização e organização para, a um só tempo, garantir a eficácia do modelo adotado e atender as diretrizes e princípios atinentes ao Sistema. É neste contexto que surge a Programação Pactuada e Integrada de Assistência à Saúde (PPI).

Instituída pela **Portaria nº 1.097, de 22 de maio de 2006**, do Ministério da Saúde, a PPI é conceituada, em seu art. 1º, como um “*processo instituído no âmbito do*

Sistema Único de Saúde (SUS) onde, em consonância com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde”.

Em termos simples, por meio do processo da PPI os gestores do SUS estabelecem pactos entre si, com o objetivo de garantir à população o acesso integral, hierarquizado e regionalizado aos serviços de saúde. Os municípios, sob a coordenação do Estado, deliberam, em conformidade com o seu planejamento, quais e quantas ações e serviços de saúde irão contratualizar entre si. As contratações com outros municípios de ações e serviços de saúde se dão através da PPI.

A PPI define e quantifica as ações descritas no Plano de Saúde para a população residente em cada território, englobando a pactuação realizada intergestores para organizar a rede de oferta de ações e serviços. Este instrumento elenca e traduz as responsabilidades determinadas e assumidas por cada gestor do Sistema, dá transparência aos fluxos existentes e define os limites e parâmetros financeiros da assistência, de acordo com critérios também pactuados.

A Programação, por sua natureza, leva em consideração diversas áreas da atenção à saúde, observa a oferta das ações e serviços em nível local, regional e estadual, considerando o conteúdo do Plano de Saúde e os limites e possibilidades técnicas dos entes municipais. O procedimento para a definição da PPI ainda analisa a situação corrente da saúde nas localidades e realiza a estimativa das necessidades populacionais para definir as prioridades e programações das políticas de saúde em cada esfera de gestão, visando sempre a regionalização e a integralidade da oferta da assistência.

De acordo com o documento **Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde**, elaborado pelo Ministério da Saúde, são objetivos da PPI:

- ✓ Buscar a equidade de acesso da população brasileira às ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade;
- ✓ Orientar a alocação dos recursos financeiros de custeio da assistência à saúde pela lógica de atendimento às necessidades de saúde da população;
- ✓ Definir que os limites financeiros para a assistência de média e alta complexidade de todos os municípios serão compostos por parcela destinada ao atendimento da população do próprio município em seu território e pela parcela correspondente à programação das referências de outros municípios;

- ✓ Possibilitar a visualização da parcela dos recursos federais, estaduais e municipais, destinados ao custeio de ações de assistência à saúde;
- ✓ Fornecer subsídios para os processos de regulação do acesso aos serviços de saúde;
- ✓ Contribuir para a organização das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde;
- ✓ Possibilitar a transparência dos pactos intergestores resultantes do processo de programação pactuada e integrada da assistência e assegurar que estejam explicitados no Termo de Compromisso para Garantia de Acesso, conforme anexo1 da portaria GM nº 1097 de 22 de maio de 2006.

Através de consulta à PPI o órgão ministerial pode ter conhecimento dos procedimentos oferecidos pelo Município e dos recursos alocados para cada ação e serviço em saúde. Esta ferramenta é de grande utilidade para se instruir procedimentos extrajudiciais e processos judiciais, na medida em que serve para dar conhecimento ao órgão de execução das possibilidades técnicas e financeiras do ente federado relativamente aos elementos ali delineados.

Para ter acesso às informações da PPI no Estado da Bahia, os órgãos de execução podem expedir solicitação ao Centro de Apoio Operacional de Defesa da Saúde, através do e-mail indicado no início desta Coletânea, indicando o ente alvo da consulta e a ação ou serviço de saúde que desejam pesquisar. A consulta também pode ser feita diretamente através do **Observatório Baiano de Regionalização**.

A Programação Pactuada e Integrada do Estado da Bahia fora homologada pela Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/BA) nº 141/2010 e pela Portaria SAS/MS nº 280/2010. Esta, entretanto, fora recentemente repactuada pelas Resoluções CIB nº 008/2019 e 34/2019, bem como pela Portaria SAS/MS nº 290/2019, vigentes atualmente.

FISCALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

São funções constitucionalmente asseguradas ao Ministério Público a fiscalização e o controle dos atos do Poder Público, visando, dentre outros objetivos, a efetivação dos princípios atinentes à Administração Pública e dos direitos fundamentais.

A gestão em saúde, enquanto administração de recursos públicos, não é exceção a tais objetivos, e está submetida à atividade fiscalizatória de certos órgãos e entidades

para além do Ministério Público, e que podem auxiliá-lo em suas funções. Cita-se, nas linhas abaixo, os Conselhos de Saúde, a Autoria do SUS e os Tribunais de Contas.

CONSELHOS DE SAÚDE

De acordo com a Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho de Saúde é *“uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei no 8.142/90”*.

Estes conselhos têm por finalidade a atuação da sociedade junto aos gestores de saúde na proposição de estratégias e na fiscalização e controle da execução das ações, programas e políticas de saúde nas esferas em que atuam, inclusive relativamente aos seus aspectos econômicos e financeiros.

Neste sentido, cabe menção à terceira diretriz para a instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos conselhos de saúde, consagrada na Resolução CNS nº 453/2012, na qual se lê: *“a participação da sociedade organizada, garantida na legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros”*.

A atuação dos conselhos, então, consagra o princípio da participação popular no SUS, na medida em que sua composição, de modo geral, conta não apenas com representantes dos gestores de saúde, mas também com usuários do Sistema e entidades profissionais da área sanitária. As vagas são distribuídas da seguinte forma:

- ✓ 50% para entidades e movimentos representativos de usuários;
- ✓ 25% para entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde;
- ✓ 25% para representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

Os Conselhos de Saúde servem como instâncias de controle e fiscalização do SUS nas diferentes esferas de governo, e podem atuar junto ao Ministério Público na busca da efetivação dos interesses sociais. Suas atribuições foram regulamentadas, dentre

outras normas, pela Lei nº 8.142/90 e pela Resolução nº 453/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

São conselhos de saúde:

1. Conselho Nacional de Saúde (CNS)

- ✓ Âmbito Federal;
- ✓ Integra a estrutura organizacional do Ministério da Saúde.

2. Conselho Estadual de Saúde (CES)

- ✓ Órgão deliberativo e fiscalizador em âmbito estadual;
- ✓ Tem por finalidade o auxílio à Secretaria Estadual de Saúde na elaboração do Plano de Saúde, bem como na fixação de diretrizes para a operacionalização e funcionamento do SUS no âmbito estadual;
- ✓ É o órgão que discute e aprova o Plano Estadual de Saúde;
- ✓ Fiscaliza o cumprimento das normas que regem o SUS.

3. Conselhos Municipais de Saúde

- ✓ Fazem parte da estrutura das Secretarias Municipais de Saúde;
- ✓ Órgãos colegiados, deliberativos e permanentes do SUS na esfera da gestão municipal de saúde;
- ✓ Atua como fiscal do cumprimento das normas do SUS nos Municípios.

4. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)

- ✓ Constitui-se como associação civil sem fins lucrativos;
- ✓ Representa as Secretarias Estaduais de Saúde nas instâncias do SUS;
- ✓ Presta assessoramento técnico às Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal

5. Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS)

- ✓ Constituído como associação civil sem fins lucrativos;
- ✓ Representam as Secretarias Municipais de Saúde nas instâncias do SUS;
- ✓ Prestam apoio aos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde nos Estados (COSEMS);

6. Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia (COSEMS/BA)

- ✓ Constituído como associação civil sem fins lucrativos;
- ✓ Vinculado institucionalmente ao Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).
- ✓ Participa ativamente dos espaços de estudo, controle, avaliação e/ou deliberação do SUS;
- ✓ Atua junto ao Conselho Estadual de Saúde (CES), discutindo e deliberando sobre a política estadual e municipal de saúde.

AUDITORIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Nacional de Auditoria (SNA) no âmbito do Sistema Único de Saúde é previsto no art. 16, XIX da Lei nº 8.080/90, pelo art. 6º da Lei nº 8.689/93, e regulamentado pelo **Decreto Federal nº 1.651, de 28 de setembro de 1995**.

De acordo com o referido ato normativo, são atribuições do SNA, relativamente ao SUS:

- ✓ Controle da execução, para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento;
- ✓ Avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade;
- ✓ Auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial.

As atividades exercidas pelo SNA são delineadas pormenorizadamente no art. 3º do referido Decreto, das quais se destaca, como forma de auxílio à atuação funcional do MP, a prevista em seu inciso III, de encaminhar relatórios específicos ao Ministério Público se verificada a prática de crime, e aos órgãos de controle interno e externo, se constatadas eventuais irregularidades:

Art. 3º Para o cumprimento do disposto no artigo anterior, o SNA, nos seus diferentes níveis de competência, procederá: [...]

III - ao encaminhamento de relatórios específicos aos órgãos de controle interno e externo, em caso de irregularidade sujeita a sua apreciação, ao Ministério Público, se verificada a prática de crime, e o chefe do órgão em que tiver ocorrido infração disciplinar, praticada por servidor público, que afete as ações e serviços de saúde.

No Estado da Bahia, aponta-se para a Auditoria do Sistema Estadual de Saúde, órgão que, segundo a SESAB, é o “*responsável pela averiguação sistemática e cuidadosa das atividades do Sistema Único de Saúde*”¹⁴, analisando as ações e serviços do SUS para determinar se estes se coadunam com o planejamento do Sistema e a legislação que o rege.

Segundo o art. 13 do **Decreto Estadual nº 10.139/2006**, que aprova o Regimento da SESAB, a Auditoria do SUS/BA tem como atribuições, dentre outras, “*planejar, programar e auditar os Sistemas Municipais de Saúde*”, por meio da Coordenação de Auditoria de Sistemas de Saúde.

A Auditoria é o órgão que se incumbe de fiscalizar a gestão do SUS internamente, e pode ser solicitada pelos Promotores de Justiça da saúde para avaliar e auditar qualquer processo/rotina inerente ao SUS nos Municípios, procedendo à avaliação qualitativa e quantitativa da assistência à saúde ou da gestão da saúde como um todo.

Há modelo de quesitação à Auditoria do SUS na Bahia, que pode ser acessado **neste link**.

TRIBUNAIS DE CONTAS

Enquanto órgãos de controle que têm por função a fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial dos entes que compõem o Poder Público, os Tribunais de Contas da União, do Estado e dos Municípios se encarregam também da análise dos recursos empregados na gestão da saúde.

Importante que se atente, entretanto, para a competência que possuem as Cortes de Contas para a fiscalização dos valores utilizados pelos entes federados para as ações e serviços de saúde, visto que a origem de tais recursos varia de acordo com a normativa pertinente e a pactuação estabelecida entre os gestores do SUS.

Cita-se, por oportuno, o entendimento pacífico do Tribunal de Contas da União, segundo o qual os recursos do SUS repassados aos entes federados na modalidade de

¹⁴ SESAB. Auditoria do SUS na Bahia. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/auditoriasusbahia/>
Acesso em 26/07/2021.

transferência fundo a fundo, ainda que incorporados ao patrimônio do destinatário, constituem matéria de atuação dos órgãos de controle federal:

44. Primeiramente, cabe considerar a titularidade, pela União, dos recursos repassados na modalidade fundo a fundo aos Estados, DF e Municípios. Com efeito, é pacífica a jurisprudência deste Tribunal quanto ao fato de que os recursos do SUS repassados aos entes federados na modalidade de transferência fundo a fundo, ainda que incorporados ao fundo destinatário, constituem recursos originários da União, conforme inteligência dos arts. 23, inciso II, e 198, §§ 1º, 2º e 3º da Constituição Federal, justificando a atuação dos órgãos de controle federal. (TCU. Acórdão 1045/2020 – Plenário. Tomada de Contas Especial 005.366/2019-4. Min. Rel. BENJAMIN ZYMLER. Data da Sessão: 29/04/2020)

Impende que se atente, então, a este fato na atuação relativa ao emprego de recursos referentes à saúde pública, ainda que tal atribuição recaia, ordinariamente, aos órgãos de execução de defesa do patrimônio público.

Não sem razão, é prática comum a atuação integrada entre o Ministério Público e os Tribunais de Contas quando verificadas irregularidades financeiras na atuação do Poder Público. Ambos os entes podem dialogar entre si, encaminhando documentos, procedimentos e conclusões um ao outro para o auxílio no exercício das funções que lhes cabem, respectivamente, sendo esta uma possibilidade de grande valia para a atuação funcional do MPBA como um todo.

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Os Sistemas de Informação em Saúde são definidos pelo Ministério da Saúde como “*instrumentos padronizados de monitoramento e coleta de dados, que têm como objetivo o fornecimento de informações para análise e melhor compreensão de importantes problemas de saúde da população, subsidiando a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal*”.¹⁵

¹⁵ Vigilância em Saúde. Sistemas de Informação. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/svs/inf_sist_informacao.php Acesso em 27/07/2021.

Estes sistemas se constituem como ferramentas imprescindíveis para a tomada de decisão administrativa no que se refere à gestão da saúde pública, e, ao mesmo passo, revelam-se como parâmetros importantes, confiáveis e aptos ao apoio da atuação ministerial na defesa da saúde, tanto preventiva quanto repressiva.

A confiabilidade destes sistemas deriva, em grande parte, da obrigação, prevista em lei e em diversos atos normativos, que têm os estabelecimentos e unidades de saúde em alimentá-los com dados pertinentes à prestação deste serviço público periodicamente.

Os órgãos ministeriais podem e devem fazer uso destas plataformas para colher informações eventualmente necessárias para a instrução de procedimentos extrajudiciais e processos judiciais na área da saúde, bem como para avaliar o histórico de diversos indicadores em seus municípios, também balizadores dos planejamentos da gestão do SUS, e basear sua atuação a partir dos resultados apresentados.

Podem ser de muita utilidade para a atuação diária das promotorias de justiça com atribuição para a defesa da saúde:

- ✓ SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade, que reúne informações categorizadas a respeito dos óbitos em todo o país;
- ✓ SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos, que agrega dados relativos à natalidade;
- ✓ SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação, que reúne dados, principalmente, a respeito das doenças de notificação compulsória;
- ✓ SIH – Sistema de Informações Hospitalares, que congrega informações financeiras relativas aos internamentos realizados em território nacional;
- ✓ SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais, que reúne dados referentes ao financiamento do atendimento ambulatorial.
- ✓ CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde que fornece dados sobre as unidades de saúde e os profissionais de saúde que atuam nos municípios.
- ✓ SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS que reúne todos as ações, serviços, procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e ações complementares do SUS. Também denominada de Tabela SUS.

Existem muitos outros Sistemas de Informação em saúde e, atualmente, sua maior parte está integrada ao **Portal Eletrônico do DATASUS**, o departamento de informática do SUS, órgão do Ministério da Saúde, onde os dados pertinentes podem ser consultados.

V - DEFININDO COMPETÊNCIAS EM DEMANDAS PRESTACIONAIS DE SAÚDE

DEMANDAS GERAIS

A Constituição Federal de 1988, em seu art. 198, ao tratar sobre a organização da prestação estatal do direito à saúde, determina que as ações e serviços públicos direcionados a este fim integram uma rede regionalizada e hierarquizada, tendo por diretriz a descentralização, com direção única em cada esfera de governo.

Este modelo organizacional significa, em síntese, que a operacionalização do Sistema Único de Saúde se dá de forma tripartite, pela União, Estados e Municípios, sendo todos responsáveis pela prestação do direito à saúde, na medida de suas atribuições.

Face a este modelo de gestão tripartite, é comum o surgimento de dúvidas a respeito de qual ente federado responsabilizar pela ausência ou pela má prestação de serviços em saúde, visto que todos devem contribuir de algum modo para o funcionamento do SUS, em estruturas integradas que por vezes demonstram-se complexas.

Em se tratando da busca de responsabilização do Estado pela via judicial, informa-se que a legitimidade *ad causam* dos entes públicos para compor o polo passivo de ações visando a efetivação do direito constitucional à saúde já foi pauta de julgamento com Repercussão Geral reconhecida pelo Supremo Tribunal Federal.

No julgamento do Recurso Extraordinário nº 855.178/SE, o Supremo fixou o Tema de Repercussão Geral nº 793, o qual indica, em síntese, ser solidária a responsabilidade dos entes federados para a garantia de demandas prestacionais na área de saúde, tendo em vista a competência comum para dispor sobre o tema e as características do Sistema, cuja direção é descentralizada, regionalizada e hierarquizada. A tese fixada fora a seguinte:

Os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde, e diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro.

Veja-se que, para além da responsabilização dos entes federados, a tese também firma entendimento sobre a possibilidade de o magistrado direcionar o cumprimento da obrigação conforme as regras de repartição de competências, determinando o ressarcimento de quem eventualmente venha a suportar o ônus financeiro da condenação.

Este aspecto do mencionado Tema de Repercussão Geral fora mais profundamente explorado no acórdão expedido em sede de embargos declaratórios no supracitado Recurso Extraordinário, cuja ementa, além de ratificar o entendimento prevalente a respeito da responsabilidade solidária, esclarece que o direcionamento oportunizado pelo magistrado tem por objetivo a otimização da compensação entre os entes:

CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO EM RECURSO EXTRAORDINÁRIO COM REPERCUSSÃO GERAL RECONHECIDA. AUSÊNCIA DE OMISSÃO, CONTRADIÇÃO OU OBSCURIDADE. DESENVOLVIMENTO DO PROCEDENTE. POSSIBILIDADE. RESPONSABILIDADE DE SOLIDÁRIA NAS DEMANDAS PRESTACIONAIS NA ÁREA DA SAÚDE. DESPROVIMENTO DOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. 1. É da jurisprudência do Supremo Tribunal Federal que o tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado, porquanto responsabilidade solidária dos entes federados. **O polo passivo pode ser composto por qualquer um deles, isoladamente, ou conjuntamente**. 2. A fim de otimizar a compensação entre os entes federados, compete à autoridade judicial, diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, direcionar, caso a caso, o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro. 3. As ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA deverão necessariamente ser propostas em face da União. Precedente específico: RE 657.718, Rel. Min. Alexandre de Moraes. 4. Embargos de declaração desprovidos. (STF. Emb.Decl. no RE 855.178/SE. Relator: Min, LUIZ FUX. Plenário. DJe 16/04/2020) [*grifamos*]

A solidariedade, entretanto, conquanto instrumento de grande relevância para o acesso à justiça pelo cidadão usuário do SUS – que não é obrigado a ter conhecimento da repartição administrativa de responsabilidades entre os entes públicos para demandar seus direitos e vê-los efetivados – deve ser observada com cautela pelo Ministério Público, instituição que carrega o dever de conhecer a normativa organizacional do Sistema Único de Saúde para o exercício de sua função precípua de proteção dos interesses coletivos.

A questão aqui analisada, portanto, dá-se em relação ao direcionamento a ser definido para a demanda judicial, influenciado pelas obrigações determinadas ou assumidas pelos entes públicos na operacionalização do SUS e do Sistema de Regulação.

Neste tema, ressalta-se que a inclusão do Município, do Estado ou da União no polo passivo de demandas prestacionais em saúde é realizada mediante análise casuística dos fatos, levando-se em consideração o(s) ente(s) efetivamente responsável(eis) pela prestação do serviço que se requer judicialmente.

O órgão ministerial, para tanto, pode observar as pactuações realizadas pelo Estado e pelos municípios, identificar se as municipalidades detêm gestão plena do SUS, e, em certos casos, analisar a origem dos recursos, face ao potencial interesse da União para compor a lide, o que deslocaria a competência para a Justiça Federal.

DEMANDAS DE MEDICAMENTOS

PROCEDIMENTO DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS

Em se tratando de demandas prestacionais em saúde para a dispensação de medicamentos, a competência para o ajuizamento de ações e, em reflexo, a atribuição dos ramos do Ministério Público para atuar nestes casos, varia de acordo com critérios diversos.

Por esta razão, importa que se realize uma contextualização do funcionamento deste aspecto da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, indicando o papel dos entes públicos envolvidos nos procedimentos correlatos e o atual entendimento jurisprudencial sobre o tema.

Para que ocorra a dispensação de medicamentos pelo Sistema Único de Saúde, é preciso que, dentre outros requisitos, este tenha passado por análise e aprovação de duas entidades principais: a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC).

De início, a ANVISA deve proceder ao registro do fármaco, indicando, dentre outros fatores, seus usos aprovados. Este é requisito básico e primordial não apenas para o prosseguimento da análise a respeito da possibilidade de este ser fornecido pelo SUS, mas também, como se verá, para que se pleiteie seu fornecimento judicialmente.

Para saber se determinado medicamento ou tecnologia foram registrados, o órgão de execução pode acessar o **Portal de Consultas da ANVISA**.

Havendo o registro do medicamento e de seus usos autorizados pela ANVISA, este torna-se passível de análise para incorporação pelo Sistema Único de Saúde, procedimento realizado pela CONITEC.

O Decreto Federal nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011, dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde¹⁶ pelo SUS.

No que diz respeito à inclusão das tecnologias em saúde, o referido ato normativo comina uma série de requisitos para a solicitação que deflagra o processo administrativo correlato, que envolve não apenas a incorporação das tecnologias, mas também a constituição e alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Vejamos:

Art. 15. A incorporação, a exclusão e a alteração pelo SUS de tecnologias em saúde e a constituição ou alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas serão precedidas de processo administrativo.

§ 1º O requerimento de instauração do processo administrativo para a incorporação e a alteração pelo SUS de tecnologias em saúde e a constituição ou alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas deverá ser protocolado pelo interessado na Secretaria-Executiva da CONITEC, devendo ser acompanhado de:

I - formulário integralmente preenchido, de acordo com o modelo estabelecido pela CONITEC;

II - número e validade do registro da tecnologia em saúde na ANVISA;

III - evidência científica que demonstre que a tecnologia pautada é, no mínimo, tão eficaz e segura quanto aquelas disponíveis no SUS para determinada indicação;

¹⁶ Tecnologias em saúde são definidas pelo art. 1º, V do Decreto nº 7.646/2011 como “*medicamentos, produtos e procedimentos por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde devam ser prestados à população, tais como vacinas, produtos para diagnóstico de uso in vitro, equipamentos, procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte, programas e protocolos assistenciais*”.

IV - estudo de avaliação econômica comparando a tecnologia pautada com as tecnologias em saúde disponibilizadas no SUS;

V - amostras de produtos, se cabível para o atendimento do disposto no §2º do art. 19-Q, nos termos do regimento interno; e

VI - o preço fixado pela CMED, no caso de medicamentos.

Uma vez solicitada a incorporação, e passados determinados trâmites previstos no mencionado ato normativo, a CONITEC, após deliberação, deve formular um relatório que contenha suas conclusões a respeito da tecnologia, incluindo parecer recomendando ou não a sua incorporação, cujo objetivo é orientar a tomada de decisão da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, como disposto no mencionado Decreto:

Art. 17. As deliberações do Plenário da CONITEC para cada processo serão convertidas em registros, separados por tipo de recomendação, numerados correlativamente e subscritos pelos membros presentes na reunião, na forma de relatório.

Art. 18. O relatório de que trata o art. 17 levará em consideração:

I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso;

II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível; e

III - o impacto da incorporação da tecnologia no SUS.

Art. 20. Concluído o relatório da CONITEC, o processo será encaminhado pela Secretaria-Executiva da CONITEC ao Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde para decisão.

Concluído o processo, caso se decida pela incorporação da tecnologia, o respectivo ato decisório deve ser publicado. Realizada a publicação, as áreas técnicas do Poder Público dispõem de no máximo 180 (cento e oitenta) dias para efetivar a oferta pelo Sistema Único de Saúde, conforme disposto no art. 25 do Decreto em comento:

Art. 25. A partir da publicação da decisão de incorporar tecnologia em saúde, ou protocolo clínico e diretriz terapêutica, as áreas técnicas terão prazo máximo de cento e oitenta dias para efetivar a oferta ao SUS.

Especificamente em relação aos medicamentos, a incorporação pelo SUS implica a inclusão na edição subsequente da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que, de acordo com o art. 25 do Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, *compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.*

Importa destacar que esta inclusão é realizada a cada dois anos pelo Ministério da Saúde, Pasta também responsável pela determinação dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas a serem adotadas no SUS, como previsto no Decreto nº 7.508/2011:

Art. 26. O Ministério da Saúde é o órgão competente para dispor sobre a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT.

Parágrafo único. A cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENAME, do respectivo FTN e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Neste tema, cumpre mencionar as diretrizes para o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica apontadas pelo referido ato normativo. Vejamos:

Art. 28. O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente:

I - estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;

II - ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;

III - estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e

IV - ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.

Registra-se, por oportuno, que desde o início do processo de incorporação, é solicitada a disponibilização das tecnologias em saúde para tratamentos e usos específicos, cabendo à CONITEC a análise, dentre outros fatores, da eficácia e segurança dos fármacos relativamente à terapêutica apontada no processo, e não a todas as aplicações possíveis das tecnologias.

Em outras palavras, ainda que determinado medicamento tenha por finalidade registrada na ANVISA o tratamento de patologias diferentes, sua dispensação pelo SUS

obedecerá às indicações da RENAME e dos Protocolos e Diretrizes Terapêuticas, que podem limitar sua prescrição no Sistema para apenas uma delas, notadamente em reflexo à análise realizada pela CONITEC.

SÍNTESE DA REPARTIÇÃO DE COMPETÊNCIAS EM DEMANDAS DE MEDICAMENTOS

Uma vez entendido como se dá o processo de incorporação de medicamentos no SUS, impende que sejam delineados os principais critérios para a definição de competências para a judicialização de demandas prestacionais.

Estes critérios variam conforme o status de incorporação dos medicamentos, e derivam da normativa vigente sobre o assunto e dos entendimentos jurisprudenciais exarados pelos Tribunais Superiores.

Destaca-se, por oportuno, que as orientações abaixo descritas também se encontram na **Nota Técnica nº 003/2019 – CESAU**, cuja leitura se sugere para a visualização da análise aprofundada das informações sintetizadas a seguir.

PARA MEDICAMENTOS INCORPORADOS

Competência da União

I. Vacinas, soros ou medicamentos dos Componentes Estratégico e Especializado dos Grupos 1A e 1B, neste último caso apenas nas hipóteses de irregularidade no financiamento, conforme regra expressamente fixada no art. 49, I, do ANEXO XXVIII, da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 (Componente Especializado, Grupo 1), e ANEXO II da RENAME, Portaria GM/MS nº 3.733, de 22 de novembro de 2018 (Componente Estratégico);

II. Insulina humana NPH14, insulina humana regular e medicamentos que compõem o Programa Saúde da Mulher: contraceptivos e injetáveis, dispositivo intrauterino (DIU) e diafragma, nos termos do arts. 35 e 36 do ANEXO XXVIII, da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

Competência dos Estados

I. Medicamentos integrantes do Grupo 2 do CEAF, e corresponsável pelos relacionados no Grupo 3, nas hipóteses de descumprimento da pactuação firmada na Comissão Intergestores Bipartite (Resolução CIB/BA nº 49/2015);

II. Medicamentos do Grupo 1, desde que a parcela do financiamento federal tenha sido adimplida (Grupo 1B) e a desassistência tenha decorrido de falha na aquisição (apenas Grupo 1B) e na programação, armazenamento, distribuição e dispensação (Grupos 1A e 1B).

Competência dos Municípios

I. Medicamentos e insumos integrantes do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) relacionados sob a responsabilidade do ente municipal no ajuste interfederativo pactuado na Comissão Intergestores Bipartite, no caso do Estado da Bahia, a Resolução CIB/BA nº 49/2015;

II. Excepcionalmente, medicamentos que, embora não tenham sido contemplados no ajuste interfederativo pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (Resolução CIB nº 49/2015), integrem o componente CBAF (RENAME, Anexos I e IV).

PARA MEDICAMENTOS INCORPORADOS PARA PATOLOGIA DIVERSA DA APRESENTADA *IN CASU*

Como sobredito, os fármacos são incorporados para usos específicos, segundo as linhas de cuidado definidas no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas.

Ipsa facto, quando a solicitação for de medicamento que eventualmente integre as listas oficiais, mas a prescrição ocorre para patologia diversa da que consta do PCDT, o tratamento jurídico a ser dado é o mesmo dos medicamentos não incorporados, visto que, efetivamente, este não fora incorporado para o tratamento que se pleiteia no caso apresentado.

PARA MEDICAMENTOS NÃO INCORPORADOS

Se o medicamento não fora incorporado pelo SUS, não há repartição normativa de competências a respeito de seu gerenciamento, muito menos Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas relativamente ao seu fornecimento.

Constatando-se a necessidade, entretanto, de dispensação de fármacos em tais situações, há de ser observado o Tema 106 do STJ, do Recurso Especial nº 1.657.156. A tese firmada define os critérios a serem observados em tais demandas prestacionais, estabelecendo o seguinte:

TESE FIRMADA

A concessão dos medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS exige a presença cumulativa dos seguintes requisitos:

- i) Comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS;
- ii) incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito;
- iii) existência de registro do medicamento na ANVISA, observados os usos autorizados pela agência.

Este é o entendimento prevalente na atualidade que guia a concessão de pedidos de medicamentos não incorporados no âmbito do Poder Judiciário. A definição de competências para a veiculação destes pedidos, entretanto, ainda não fora estabelecida em definitivo, sendo um dos objetos do Recurso Extraordinário nº 566.471/RN, que tramita no Supremo Tribunal Federal.

Em que pese o Recurso Extraordinário tenha sido julgado na data de 11/03/2020, vencendo a tese segundo a qual “*nos casos de remédios de alto custo não disponíveis no sistema, o Estado pode ser obrigado a fornecê-los, desde que comprovadas a extrema necessidade do medicamento e a incapacidade financeira do paciente e de sua família para sua aquisição*”¹⁷, ressalvados os casos dos medicamentos não registrados pela

¹⁷ STF. Estado não é obrigado a fornecer medicamentos de alto custo não registrados na lista do SUS. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=439095&ori=1>
Acesso em 27/07/2021.

ANVISA, o Tribunal deliberou fixar a tese de repercussão geral em assentada posterior, ainda em trâmite. Até a data de fechamento da presente Coletânea, o processo encontra-se suspenso em razão de pedido de vista.

Na decisão que suspende o processo, entretanto, consta a síntese das propostas de Tese de Repercussão geral emitidas por alguns Ministros, as quais ratificam, até o momento, o entendimento a respeito da competência da Justiça Federal para julgar questões relacionadas à dispensação de medicamentos não incorporados pelo SUS. Vejamos:

Decisão: Após o voto do **Ministro Marco Aurélio (Relator)**, que fixava a seguinte tese (tema 6 da repercussão geral): "O reconhecimento do direito individual ao fornecimento, pelo Estado, de medicamento de alto custo, não incluído em Política Nacional de Medicamentos ou em Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional, depende da comprovação da imprescindibilidade – adequação e necessidade –, da impossibilidade de substituição do fármaco e da incapacidade financeira do enfermo e dos membros da família solidária, respeitadas as disposições sobre alimentos dos artigos 1.694 a 1.710 do Código Civil"; do voto do **Ministro Alexandre de Moraes**, que fixava tese no seguinte sentido: “Na hipótese de pleito judicial de medicamentos não previstos em listas oficiais e/ou Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT’s), **independentemente de seu alto custo**, a tutela judicial será excepcional e exigirá previamente - inclusive da análise da tutela de urgência -, o cumprimento dos seguintes requisitos, **para determinar o fornecimento ou ressarcimento pela União**: (a) comprovação de hipossuficiência financeira do requerente para o custeio; (b) existência de laudo médico comprovando a necessidade do medicamento, elaborado pelo perito de confiança do magistrado e fundamentado na medicina baseada em evidências; (c) certificação, pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC), tanto da inexistência de indeferimento da incorporação do medicamento pleiteado, quanto da inexistência de substituto terapêutico incorporado pelo SUS; (d) atestado emitido pelo CONITEC, que afirme a eficácia segurança e efetividade do medicamento para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde do requerente, no prazo máximo de 180 dias. Atendidas essas exigências, não será necessária a análise do binômio custo-efetividade, por não se tratar de incorporação genérica do medicamento"; e do voto do **Ministro Roberto Barroso**, que fixava a seguinte tese: “O Estado não pode ser obrigado por decisão judicial a fornecer medicamento não incorporado pelo SUS, independentemente de custo, salvo hipóteses excepcionais, em que preenchidos cinco requisitos: (i) a incapacidade financeira de arcar com o custo correspondente; (ii) a demonstração de que a não incorporação do medicamento não resultou de decisão expressa dos órgãos competentes; (iii) a inexistência de substituto

terapêutico incorporado pelo SUS; (iv) a comprovação de eficácia do medicamento pleiteado à luz da medicina baseada em evidências; e (v) **a propositura da demanda necessariamente em face da União, que é a entidade estatal competente para a incorporação de novos medicamentos ao sistema.** Ademais, deve-se observar um parâmetro procedimental: a realização de diálogo interinstitucional entre o Poder Judiciário e entes ou pessoas com expertise técnica na área da saúde tanto para aferir a presença dos requisitos de dispensação do medicamento, quanto, no caso de deferimento judicial do fármaco, para determinar que os órgãos competentes avaliem a possibilidade de sua incorporação no âmbito do SUS”, pediu vista dos autos o Ministro Gilmar Mendes. Plenário, Sessão Virtual de 21.8.2020 a 28.8.2020. *[grifamos]*

Tal entendimento vem sendo exarado em diversas decisões pelo Supremo Tribunal Federal, como se pode verificar do quadro abaixo colacionado:

TEMA 793: DECISÕES DO STF			
<p><u>Min. Luiz Fux</u> <u>23.04.2021</u></p> <p>O Juízo de origem observou o Tema 793 ao determinar a inclusão da União, com deslocamento da competência à Justiça Federal, considerando o elevado valor do medicamento pleiteado. (STP 773 MC/MG)</p>	<p><u>Min. Dias Toffoli</u> <u>19.04.2021</u></p> <p>A União deve compor o polo passivo da lide, em que se pretende o fornecimento de medicamento de alto custo, que, apesar de registrado na ANVISA, não se encontra padronizado pelo SUS. (RE 1.298.536 AGR/PR).</p>	<p><u>Min. Cármen Lúcia</u> <u>19.03.2021</u></p> <p>Ao determinar a inclusão da União no polo passivo da demanda, com a consequente remessa dos autos à Justiça Federal, o Tribunal de origem seguiu a tese firmada no Tema 793. (RE 1307921/PR)</p>	<p><u>Min. Gilmar Mendes</u> <u>17.03.2021</u></p> <p>A responsabilidade solidária nas prestações de saúde não afasta o dever de cada ente de responder por prestações específicas, que devem ser observadas na composição do polo passivo. Deu provimento para remeter o feito à Justiça Federal. (ARE 1285333/PR)</p>
<p><u>Min. Alexandre de Moraes</u> <u>08.03.2021</u></p> <p>Ao determinar a inclusão da União no polo passivo da demanda, com a consequente remessa dos autos à Justiça Federal, o Tribunal de origem seguiu a tese de repercussão geral. (RE 1299773/PR – Primeira Turma).</p>	<p><u>Min. Edson Fachin</u> <u>12.02.2021</u></p> <p>A instância de origem, ao concluir pela remessa dos autos à Justiça Federal para a inclusão da União na lide, decidiu a questão em conformidade com a tese fixada no Tema 793. (ARE 1298325/PR)</p>	<p><u>Min. Luís Roberto Barroso</u> <u>11.02.2021</u></p> <p>O acórdão recorrido não divergiu da tese firmada no Tema 793, ao decidir que, quando o medicamento não for padronizado, a União deve compor o polo passivo da lide. (RE 1303165/PR)</p>	<p><u>Min. Gilmar Mendes</u> <u>04.10.2021</u></p> <p>O acórdão indica que a União deve necessariamente compor o polo passivo em demandas de fornecimento de medicamento não incluído nas políticas públicas. Menciona “aplicação correta do Tema 793”. (RCL 48760 AgR/SC)</p>

Complementarmente, informa-se que também o Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) possui entendimento no sentido de haver interesse da União nas demandas prestacionais de tecnologias em saúde não incorporadas no SUS, o que, por via reflexa, fixa para o MPF a atribuição para atuar nestes casos. Vejamos:

PEDIDO DE PROVIDÊNCIAS. CONFLITO NEGATIVO DE ATRIBUIÇÕES. MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA. NOTÍCIA DE FATO.

APURAÇÃO DE AUSÊNCIA DE FORNECIMENTO PELO SUS DE EXAME NÃO PADRONIZADO COM REGISTRO NA ANVISA. PEDIDO DE PROCEDIMENTO NÃO INCLUÍDO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS (EM TODAS AS SUAS HIPÓTESES). A UNIÃO NECESSARIAMENTE COMPORÁ O POLO PASSIVO. LEADING CASE DO STF NO RE 855.178 ED. ATRIBUIÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. I – Conflito Negativo de Atribuições entre o Ministério Público Federal e o Ministério Público do Estado de Santa Catarina que tem por objeto a atribuição para a apurar relato de ausência de fornecimento de exame não padronizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). II – Consoante estabelecido pelo STF no RE 855.178 ED (Tema nº 793), a responsabilidade solidária dos entes em matéria de saúde não exclui o dever que possui cada ente de responder por prestações específicas, delimitadas na Constituição Federal e na legislação infraconstitucional vigente. III – **Se a pretensão veicular pedido de tratamento, procedimento, material ou medicamento não incluído nas políticas públicas (em todas as suas hipóteses), a União necessariamente comporá o polo passivo, considerando que o Ministério da Saúde detém competência para a incorporação, a exclusão ou a alteração de novos medicamentos, produtos, procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica** (art. 19-Q, Lei 8.080/1990), de modo que recai sobre ela o dever de indicar o motivo da não padronização e eventualmente iniciar o procedimento de análise de inclusão, nos termos da fundamentação. IV – Pedido julgado improcedente. **Conflito de Atribuições conhecido e resolvido para declarar a atribuição do Ministério Público Federal**, com a remessa dos autos ao Parquet federal. (CNMP. Pedido de providências nº 1.00242/2021-62. Rel. Sebastião Caixeta)

[grifamos]

À vista dos entendimentos acima colacionados, e considerando que as regras de atribuição ministerial se refletem naquelas de competência jurisdicional, percebe-se a possibilidade de atuação do Ministério Público Federal visando a dispensação de medicamentos não incorporados pelo Sistema Único de Saúde.

Salienta-se que tal entendimento está pendente de aprovação pelo Plenário do Supremo. A todo modo, ante aos entendimentos aqui delineados, já se pode admitir certa força no argumento de que, nas demandas prestacionais de saúde em que se pleiteia a dispensação de medicamentos não incorporados pelo SUS, a União deve ser incluída no polo passivo, visto ser o ente federado responsável pela incorporação de medicamentos no Sistema Único de Saúde.

PARA MEDICAMENTOS NÃO REGISTRADOS NA ANVISA

Caso a prescrição seja para indicação terapêutica diversa das constantes do registro do fármaco na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, ou mesmo não haja este registro no âmbito da Agência – portanto para uso *off-label* – **cita-se o entendimento firmado pelo STJ, no Recurso Especial nº 1.657.156, que veda o deferimento de tais pedidos (Tema 106 STJ).**

O Supremo Tribunal Federal, entretanto, reviu a possibilidade de deferimento de medicamento sem registro na ANVISA, fixando condições para tanto, conforme a tese firmada do Tema de Repercussão Geral nº 500, *in verbis*:

1. O Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais. 2. A ausência de registro na ANVISA impede, como regra geral, o fornecimento de medicamento por decisão judicial. 3. É possível, excepcionalmente, a concessão judicial de medicamento sem registro sanitário, em caso de mora irrazoável da ANVISA em apreciar o pedido (prazo superior ao previsto na Lei nº 13.411/2016), quando preenchidos três requisitos: (i) a existência de pedido de registro do medicamento no Brasil (salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras);(ii) a existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior; e (iii) a inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil. 4. As ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA deverão necessariamente ser propostas em face da União.

Isso significa que tais tecnologias podem ser deferidas apenas nos casos de mora irrazoável na apreciação do pedido de registro, e observados os seguintes requisitos:

- I - A existência de pedido de registro do medicamento no Brasil (salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras);
- II - A existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior; e
- III - A inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil.

Destaca-se, entretanto, que as ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA deverão necessariamente ser propostas em face da União, facultada ao órgão ministerial a parceria com o MPF, para atuação conjunta, ou mesmo o declínio da atribuição para o Ministério Público Federal.

PARA MEDICAMENTOS NÃO REGISTRADOS NA ANVISA COM IMPORTAÇÃO AUTORIZADA PELA AGÊNCIA

Há casos de medicamentos que ainda não possuem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária, mas tem sua importação excepcionalmente autorizada pela Agência, para uso exclusivo.

É o caso, por exemplo, dos medicamentos à base de Cannabis, como o óleo de canabidiol, que, mesmo não registrados, podem ser importados mediante a observação dos requisitos indicados na **RDC nº 327/2019**.

Debruçando-se sobre a eventual responsabilidade do Poder Público em financiar a importação de fármacos nestas situações, o Supremo Tribunal Federal, no julgamento do RE 1.165.959, emitiu a Tese de Repercussão Geral nº 1161, in verbis:

Cabe ao Estado fornecer, em termos excepcionais, medicamento que, embora não possua registro na ANVISA, tem a sua importação autorizada pela agência de vigilância sanitária, desde que comprovada a incapacidade econômica do paciente, a imprescindibilidade clínica do tratamento, e a impossibilidade de substituição por outro similar constante das listas oficiais de dispensação de medicamentos e os protocolos de intervenção terapêutica do SUS.

Vê-se, pois, que para a concessão judicial de pleitos desse tipo devem ser observados os seguintes requisitos:

- I. Importação do medicamento autorizada pela ANVISA;
- II. Comprovação da incapacidade econômica do paciente;
- III. Comprovação da imprescindibilidade clínica do tratamento;
- IV. Comprovação da impossibilidade de substituição por outro medicamento similar disponibilizado pelo SUS.

Considerando que, mesmo com a importação autorizada, não há o registro do medicamento na ANVISA, pode-se argumentar pela incidência da parte final do Tema 500, acima reproduzido, que determina o ajuizamento da demanda necessariamente face à União. Esse entendimento é extraído do acórdão de julgamento do RE 1.165.959, que exige a presença dos requisitos apontados no Tema 6 e no Tema 500:

CONSTITUCIONAL. DIREITO À SAÚDE. FORNECIMENTO EXCEPCIONAL DE MEDICAMENTO SEM REGISTRO NA ANVISA, MAS COM IMPORTAÇÃO AUTORIZADA PELA AGÊNCIA. POSSIBILIDADE DESDE QUE HAJA COMPROVAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA. DESPROVIMENTO DO RECURSO EXTRAORDINÁRIO.

1. Em regra, o Poder Público não pode ser obrigado, por decisão judicial, a fornecer medicamentos não registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), tendo em vista que o registro representa medida necessária para assegurar que o fármaco é seguro, eficaz e de qualidade.

2. Possibilidade, em caráter de excepcionalidade, de fornecimento gratuito do Medicamento “Hemp Oil Paste RSHO”, à base de canabidiol, sem registro na ANVISA, mas com importação autorizada por pessoa física, para uso próprio, mediante prescrição de profissional legalmente habilitado, para tratamento de saúde, desde que demonstrada a hipossuficiência econômica do requerente.

3. Excepcionalidade na assistência terapêutica gratuita pelo Poder Público, presentes os requisitos apontados pelo Plenário do SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, sob a sistemática da repercussão geral: RE 566.471 (Tema 6) e RE 657.718 (Tema 500).

4. Recurso Extraordinário a que se nega provimento, com a fixação da seguinte tese de repercussão geral para o Tema 1161: *“Cabe ao Estado fornecer, em termos excepcionais, medicamento que, embora não possua registro na ANVISA, tem a sua importação autorizada pela agência de vigilância sanitária, desde que comprovada a incapacidade econômica do paciente, a imprescindibilidade clínica do tratamento, e a impossibilidade de substituição por outro similar constante das listas oficiais de dispensação de medicamentos e os protocolos de intervenção terapêutica do SUS”.* **[grifamos]**

Por tais razões, admite-se, também por via reflexa e nas mesmas condições acima indicadas, a atribuição do Ministério Público Federal para atuar nestes casos.

VI – FLUXOGRAMAS – ATUAÇÃO EM DEMANDAS INDIVIDUAIS DE SAÚDE

Em sua função precípua de zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos fundamentais, notadamente o direito à saúde, o Ministério Público é diuturnamente instado a atuar em demandas prestacionais e individuais de saúde.

Observando-se as demandas recepcionadas pelo Ministério Público neste sentido, e considerando a prática jurídica diária das Promotorias de Justiça com atribuição para a defesa da saúde, verificou-se que estas se concentram nos seguintes eixos temáticos:

- ✓ Regulação;
- ✓ Tratamento Fora do Domicílio;
- ✓ Procedimentos Eletivos (consultas, exames e cirurgias agendados, sem caráter de urgência ou emergência);
- ✓ Dispensação de Medicamentos.

Visando facilitar a atuação ministerial nestes casos, que tendem à repetição nas manifestações e denúncias provenientes da população baiana, o Centro de Apoio Operacional de Defesa da Saúde elaborou fluxos de atuação que podem servir de guia à atividade funcional dos órgãos ministeriais nestas demandas, expostos nas páginas a seguir.

Obs.: No fluxo de regulação, sugerimos acrescentar um ofício à unidade de saúde solicitante para que adote providências para otimização da captação das vagas. Há modelo neste sentido, que pode ser acessado [neste link](#).

Obs.: No fluxo de procedimentos eletivos, observar que os municípios de gestão plena também acessam lista única do Estado e tem pactuações com outros municípios.

**FLUXOGRAMA DE ATUAÇÃO
PARA CASOS DE REGULAÇÃO DE LEITOS**

**Demanda do cidadão por
Regulação de leito**

Oficiar à Central Estadual de Regulação (CER) e à Superintendência de Regulação (SUREG) solicitando as informações acerca do caso, visando à adoção das providências cabíveis por essa Coordenação, obedecendo-se os critérios técnicos para isso.

Obs. 1: Em caso de UTI, prazo de 24 horas; Em caso de retaguarda de emergência, prazo de 5 dias.

Obs. 2: Em caso de TFD Interestadual, incluir no ofício inicial à SUREG.

Em caso de **negativa**
da CER

A depender da Urgência e Complexidade do caso, a Promotoria pode avaliar a possibilidade de propor medida judicial.

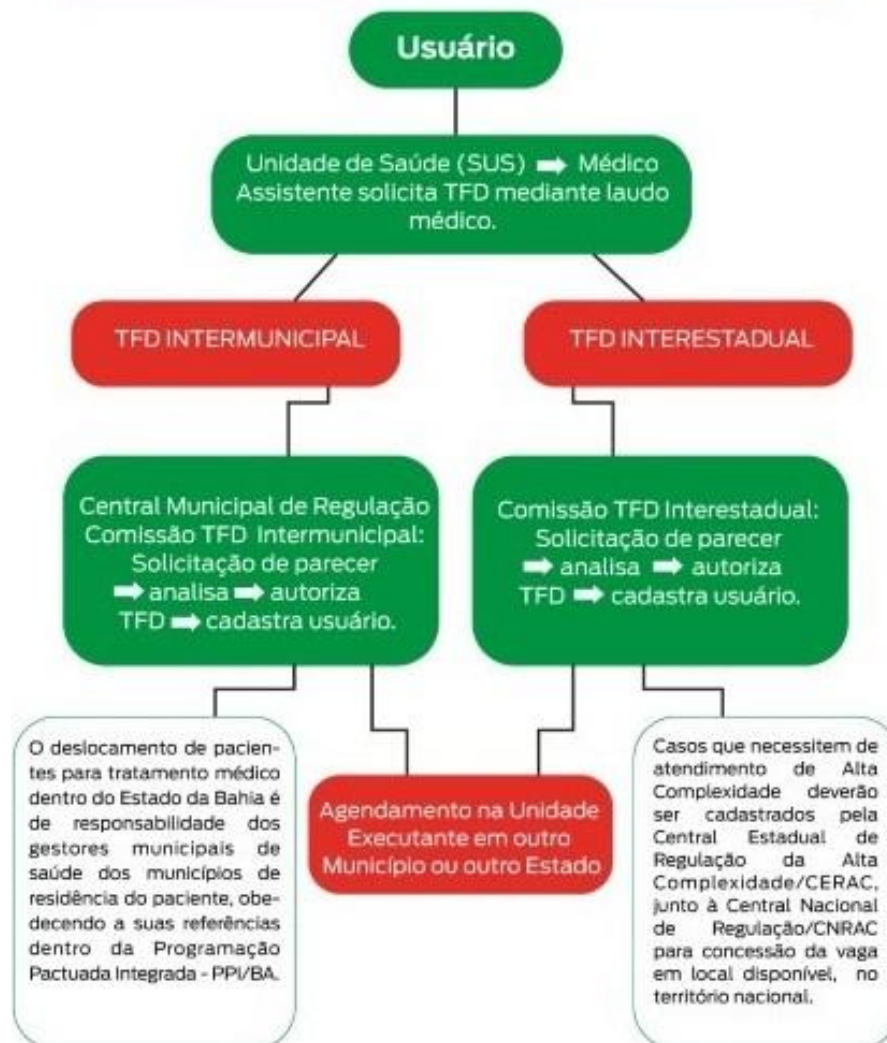
Obs.: Existência de Ação Coletiva (0397483-22.2012 – 8ª Vara da Fazenda Pública).

FLUXOGRAMA DE ATUAÇÃO PARA TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO (TFD)

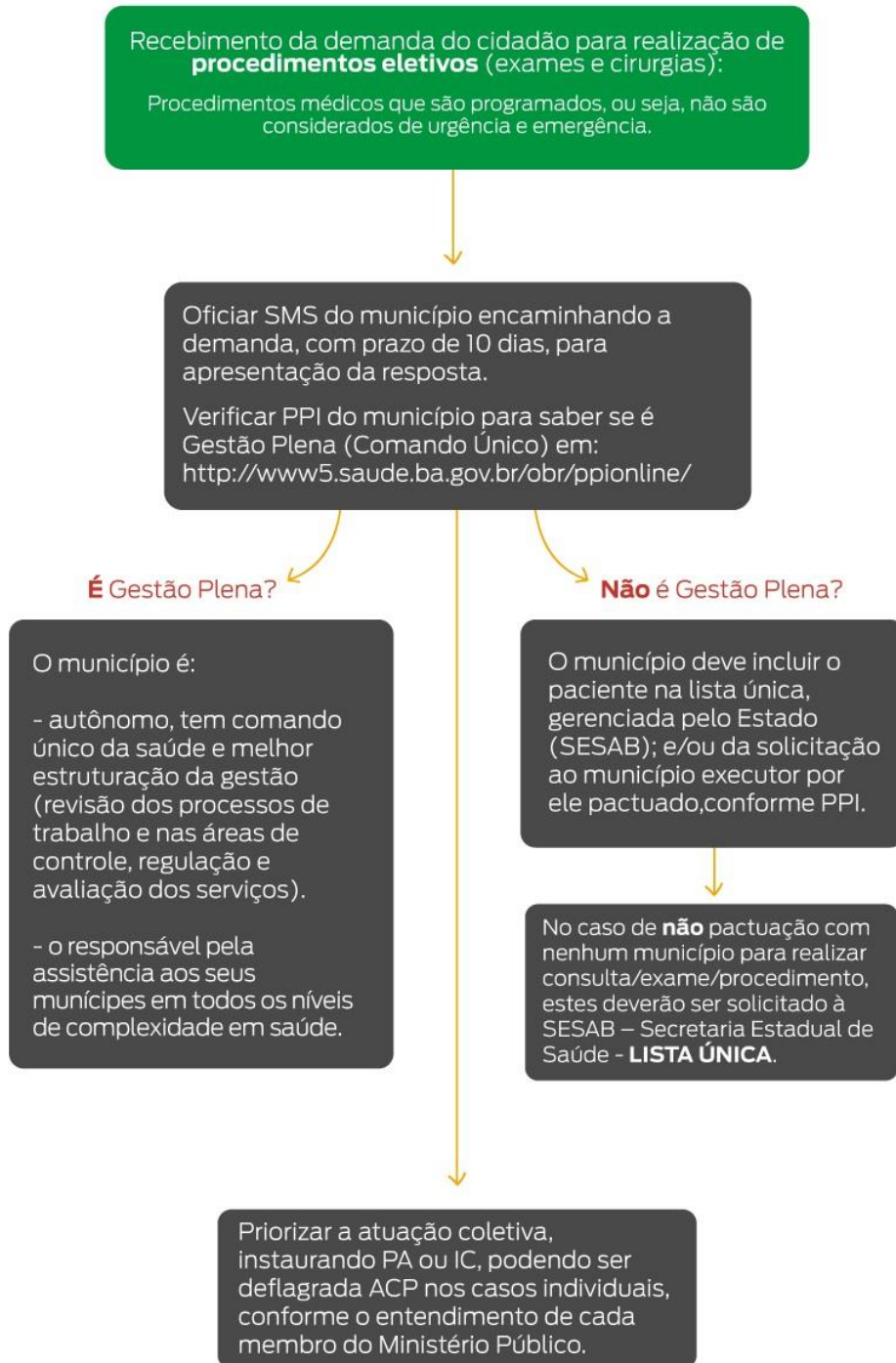
O QUE É: Instrumento legal que visa garantir tratamento médico especializado em média e alta complexidade a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem por falta de condições técnicas

- BENEFÍCIOS:**
- Passagem;
 - Ajuda de custo para deslocamento;
 - Ajuda de custo para alimentação;
 - Ajuda de custo para pernoite.
 - ➔ Também para acompanhante (se houver indicação médica)

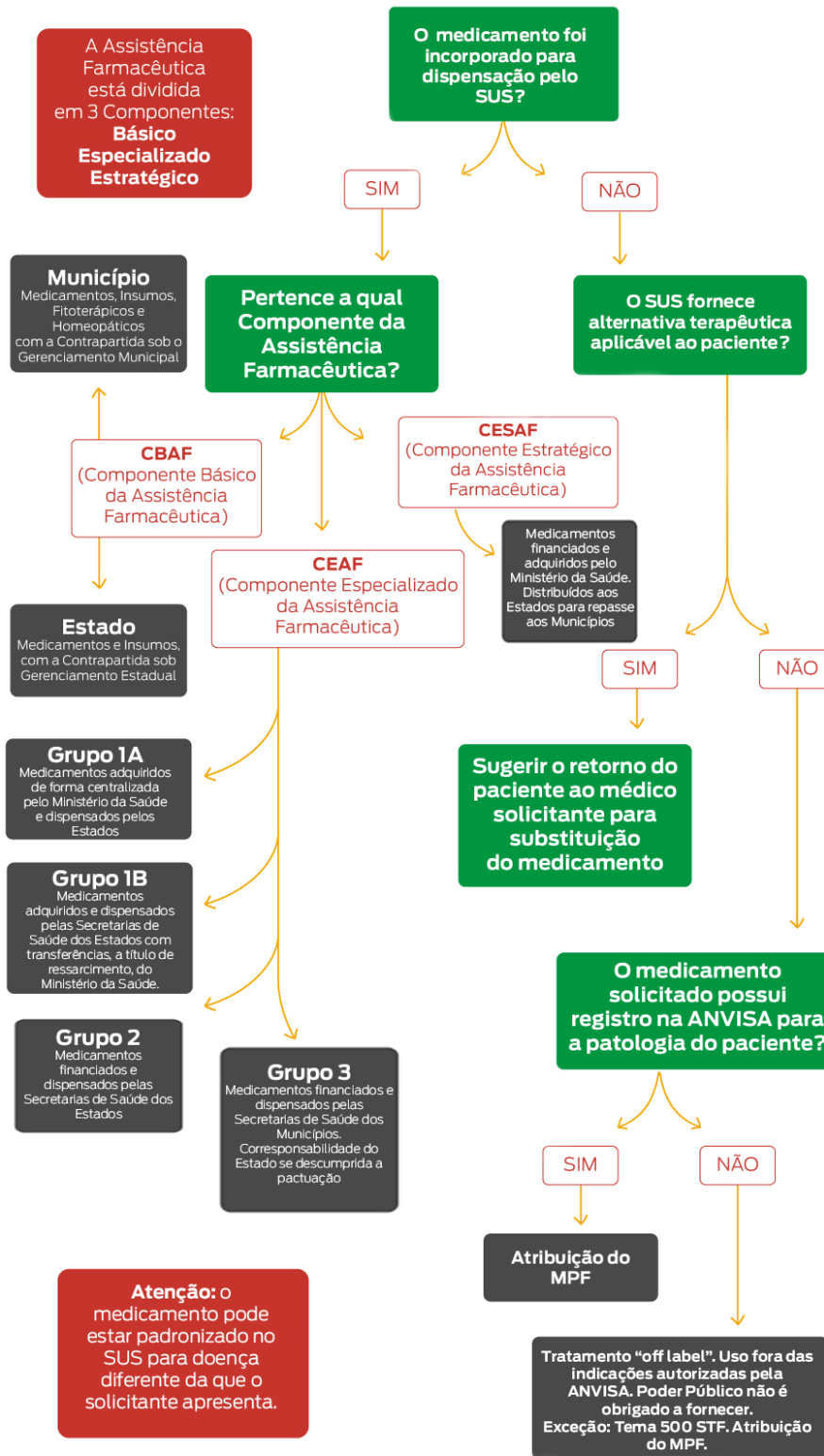
Os benefícios somente serão concedidos quando esgotados todos os meios de tratamento na Rede Pública ou Conveniadas ao SUS no Estado/Município, desde que haja possibilidade de cura total ou parcial. São limitados ao período estritamente necessário ao tratamento, para deslocamentos maiores que 50 km, e não valem para procedimentos assistenciais contidos no Piso de Atenção Básica (PAB) assim como tratamentos experimentais.



FLUXOGRAMA DE ATUAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS ELETIVOS



FLUXOGRAMA DE ATUAÇÃO PARA CASOS DE DEMANDAS DE MEDICAMENTOS



VII – ATUAÇÃO DO CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DE DEFESA DA SAÚDE

O Centro de Apoio Operacional de Defesa da Saúde (CESAU), instituído pelo Ato nº 120, de 11 de março de 2011, alterado pelo **Ato nº 593, de 16 de novembro de 2020**, é o órgão auxiliar do Ministério Público do Estado da Bahia, integrante do Gabinete da Procuradoria-Geral de Justiça, dedicado a estimular, integrar e promover o intercâmbio entre os órgãos de execução que atuam na área de proteção e defesa da saúde pública e coletiva. Suas atribuições derivam da Lei nº 8.625/93, da Lei Complementar nº 11/96 e dos mencionados Atos nº 120/2011 e nº 593/2020.

Enquanto órgão auxiliar do MPBA, ao CESAU é vedado o exercício de qualquer atividade finalística atinente aos órgãos de execução, sendo seu papel o desenvolvimento de atividades técnicas, administrativas e jurídicas, nos limites de suas atribuições, que objetivam zelar pela efetiva garantia do direito à saúde pelo Poder Público e pelos serviços de relevância pública.

Neste sentido, cumpre ao Centro, no exercício de suas funções de apoio aos órgãos ministeriais:

- ✓ Estimular a integração e o intercâmbio entre órgãos de execução que atuem na mesma área de atividade e que tenham atribuições comuns;
- ✓ Remeter informações técnico-jurídicas, sem caráter vinculativo, aos órgãos ligados à sua atividade;
- ✓ Estabelecer intercâmbio permanente com entidades ou órgãos públicos ou privados que atuem em áreas afins;
- ✓ Prestar auxílio aos órgãos de execução do Ministério Público na instrução de inquéritos civis ou na preparação e proposição de medidas processuais;
- ✓ Elaborar, coordenar, acompanhar e avaliar programas, projetos e atividades institucionais relativas às atividades de saúde;
- ✓ Disseminar inovações, orientações jurisprudenciais, teses doutrinárias, eventos jurídicos e outros subsídios técnicos e jurídicos que contribuam para a atuação dos órgãos de execução do Ministério Público;
- ✓ Promover, por iniciativa própria ou a pedido dos órgãos de execução do Ministério Público, pesquisas sobre assuntos e consultas formuladas;

- ✓ Promover ações voltadas ao aprimoramento técnico e operacional das atividades dos órgãos de execução que atuam na área de saúde;

Informa-se que, no desenvolver das atribuições relativas ao auxílio dos órgãos de execução, dependendo da solicitação encaminhada, o Centro poderá elaborar e remeter Notas Técnicas, Orientações Técnicas e demais subsídios técnico-jurídicos que contribuam para a atuação dos órgãos ministeriais, como teses doutrinárias, orientações jurisprudenciais e modelos de peças. Seguem abaixo breves explicações a respeito dos materiais elaborados pelo CESAU.

APOIO TÉCNICO DO CESAU

Notas Técnicas – Similar aos pareceres em estrutura, as Notas Técnicas diferenciam-se destes por não emitirem juízos de opinião a respeito dos temas que abordam.

São documentos técnicos – no caso do CESAU, jurídicos – que enfrentam os questionamentos encaminhados pelos órgãos de execução abordando tantas perspectivas quanto houver sobre os temas, tendo por objetivo a apresentação de elementos informativos suficientes para municiar os órgãos ministeriais e propiciar o exercício esclarecido de suas funções.

Para tanto, as Notas Técnicas apresentam subsídios legais, normativos, doutrinários e jurisprudenciais para consideração dos órgãos consulentes, bem como, eventualmente, podem também congregam sugestões de diligências em situações procedimentais postas para análise.

Todo o seu conteúdo, entretanto, é desprovido de qualquer caráter vinculante, devendo ser observado pelos órgãos ministeriais no exercício da independência funcional garantida a todos os membros do Ministério Público.

Orientações Técnicas – São documentos técnicos, elaborados pela equipe técnica do CESAU, que buscam reunir informações isentas e de qualidade técnico-científica relacionados à área da saúde. De modo geral, assim como as Notas Técnicas, seu objetivo principal é o esclarecimento de questionamentos encaminhados pelos órgãos ministeriais, focando, entretanto, nos aspectos técnicos relativos à saúde, na área médica e farmacêutica.

As OTs reúnem informações importantes para subsidiar a atuação dos órgãos de execução nas demandas de saúde, sobretudo ante à necessidade do operador do direito de reunir elementos informativos de áreas que extrapolam sua gama de conhecimentos e necessitam da expertise de outros profissionais para a instrução de procedimentos, e, eventualmente, processos judiciais.

Tratando-se de solicitações na área médica, as Orientações Técnicas podem abordar aspectos, por exemplo, de questões clínicas; procedimentos médicos; exames; funcionamento do SUS; responsabilidades dos entes estatais na prestação de serviços; atribuições de profissionais de saúde; dentre outros diversos temas.

Já na área farmacêutica, as Orientações Técnicas podem situar os órgãos ministeriais quanto à indicação e registro de medicamentos na ANVISA; avaliação de fármacos pela CONITEC; disponibilidade de medicações pelo SUS; indicações para a condição do cidadão demandante; existência de protocolos clínicos que contemplem a utilização de determinados medicamentos; competência de fornecimento; o ente público responsável pelo financiamento; aquisição e distribuição do fármaco pelo SUS; custo do medicamento conforme regulamentado na tabela CMED/ANVISA; dentre outros.

Nesta área, as OTs auxiliam os órgãos de execução fornecendo informações pertinentes à avaliação e direcionamento da demanda, a fim de promover o acesso, segurança e uso adequado do medicamento pelo paciente, da maneira mais célere possível. Estas ampliam o conhecimento dos consulentes sobre os medicamentos, sendo estes insumos fundamentais para a promoção da saúde.

Materiais de Apoio – Os materiais de apoio são, em termos gerais, subsídios jurídicos que podem ser encaminhados aos órgãos de execução a fim de facilitar sua atuação em casos determinados. Mediante solicitação, o CESAU pode remeter aos órgãos ministeriais: modelos de peças jurídicas e procedimentais, como portarias de instauração, recomendações, termos de ajustamento de conduta, ofícios, petições iniciais e recursos; extratos de decisões judiciais e entendimentos jurisprudenciais; notas e informações técnicas; e demais documentos afins. Os materiais de apoio encaminhados pelo CESAU não se limitam às produções do Ministério Público do Estado da Bahia, podendo englobar também elementos de outros MPs ou de órgãos diversos.

Para ter acesso a tais materiais, os órgãos de execução podem não apenas solicitar diretamente ao Centro de Apoio, mas também consultar sua Biblioteca Virtual, dentro da qual se incluem múltiplos subsídios para atuação. Seguem, abaixo, links para ferramentas de utilidade aos órgãos ministeriais neste sentido.

Biblioteca Virtual do Centro de Apoio Operacional de Defesa da Saúde – Geral.
Reúne materiais de apoio relacionados a temas diversos na área da saúde.

Coronavírus – Material Técnico – Reúne materiais de apoio relacionados exclusivamente à atuação ministerial face ao novo coronavírus e à pandemia de COVID-19.

Boletim Informativo Complementar Coronavírus – COVID-19 – Reúne atualizações legislativas e normativas, notícias da atuação do MPBA e materiais de apoio exclusivamente a respeito da pandemia de COVID-19.

LUPA MPBA – Sistema de buscas do Ministério Público do Estado da Bahia que localiza modelos de peças e publicações no Diário Eletrônico da Justiça de acordo com os termos pesquisados.

MEIOS DE CONTATO COM O CESAU – ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO

Para entrar em contato com o Centro de Apoio Operacional de Defesa da Saúde e realizar as solicitações mencionadas na presente Coletânea, os órgãos de execução podem se valer dos seguintes meios:

- 1) **Contato Telefônico, através do (71) 3103-6436 e (71) 3103-6506;**
- 2) **E-mail: cesau@mpba.mp.br;**
- 3) **Microsoft Teams;**
- 4) **Aplicativos de mensagens;**

5) Através dos sistemas integrados instituídos no âmbito do MPBA, como IDEA, SIMP e SEI, se aplicável à demanda.

ATENDIMENTO AO PÚBLICO PELO CESAU

Além das atribuições de apoio aos órgãos de execução, o CESAU também presta atendimento ao público. Quando recebe manifestações, o CAO as encaminha às Secretarias Processuais pertinentes, para distribuição.

A recepção das manifestações dos cidadãos pelo Centro de Apoio ocorre da seguinte forma:

- 1) **Contato Telefônico/Meio Eletrônico** – Quando identificado que a matéria da solicitação guarda interesse com a atuação do MPBA, o cidadão é orientado a registrar sua demanda através do canal oficial da instituição de **Atendimento ao Cidadão**. As demandas são encaminhadas para a Secretaria Processual, para distribuição. Além disso, as demandas também podem ser recepcionadas pela **Ouvidoria**.
- 2) **Presencialmente** – Eventualmente (quando não incidentes medidas restritivas de acesso às dependências do MPBA), o MPBA pode receber o cidadão diretamente na Unidade, oportunidade em que os servidores o orientam a respeito dos mais variados tipos de demandas - sejam de natureza interna da atuação do MP ou de outros órgãos públicos e privados, procedendo aos registros e encaminhamentos necessários.

PROJETOS DO CESAU

Projeto Cegonha: Efetivando a Dignidade

O Projeto Cegonha: Efetivando a Dignidade tem por objetivo “*induzir a redução da morbimortalidade materna e infantil, no Estado da Bahia, por meio do acompanhamento, pelo Ministério Público, da efetivação da assistência à saúde de qualidade voltada às gestantes, parturientes e recém-nascidos*”¹⁸.

O Cegonha atua visando efetivar o direito à saúde relativamente ao recorte temático da gestação, envidando esforços para garantir a efetiva e adequada assistência de gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos, ao mesmo tempo em que objetiva a redução dos índices de mortalidade destes mesmos grupos.

Instituído no âmbito do CESAU, o Projeto Cegonha tem por fundamento ultrapassar os desafios que se impõem à qualidade na prestação de serviços assistenciais relacionados à gestação e ao puerpério, atuando, para isso, em vistas à estruturação de uma atuação ministerial uniforme e articulada, na busca do cumprimento da legislação aplicável ao tema e na melhoria desta rede de atendimento.

Dentre suas iniciativas, inclui-se o Observatório de Maternidades do MPBA, iniciativa que se propõe ao acompanhamento das ações e serviços de saúde prestados nas unidades de assistência às gestantes e puérperas, notadamente em relação à sua qualidade e a adequação.

Ao apresentar as justificativas para sua instituição¹⁹, o Projeto delinea os seguintes fundamentos:

O Projeto fundamenta-se em vencer os desafios de melhoria da qualidade na prestação de serviços, falhas quanto à cobertura no pré-natal, captação precoce da gestante com realização da primeira consulta de pré-natal em até 120 dias e acolhimento com classificação de risco, realização de, no mínimo, 06 consultas de pré-natal, garantia dos exames de pré-natal de risco habitual e de Alto Risco, realização de testes rápidos para diagnósticos de HIV, sífilis e outros agravos, vinculação UBS à maternidade, acompanhante na hora do pré-parto, parto e

¹⁸ Ficha Técnica do Projeto Cegonha: Efetivando a Dignidade. Disponível em: <https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/projetos/documentos/ficha-tecnica-cegonha.pdf>. Acesso em 27/07/2021.

¹⁹ Id.

pós-parto, como também fortalecer a Rede Cegonha, tendo em vista o entendimento de que é a melhoria da qualidade da assistência na gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida que podem desempenhar um papel importante na redução da mortalidade materna e infantil, evitando os óbitos maternos, além de evidenciar outros benefícios à saúde materna e infantil.

Importante destacar que o Projeto Cegonha realiza reuniões periódicas para tratar de temas significativos no âmbito de sua atuação, e dispõe de banco de dados, podendo auxiliar os órgãos ministeriais com atribuição para defesa da saúde no que diz respeito ao atuar ministerial frente ao recorte temático proposto.

Para conhecer mais do Projeto, indica-se o acesso:

Portal Eletrônico do Projeto Cegonha: Efetivando a dignidade

Página do Projeto Cegonha no Portal do MPBA

Para aderir ao Projeto, instruções disponíveis [neste link](#).

Projeto Saúde + Educação: Transformando o Novo Milênio

Iniciado com o programa “O MP e os objetivos do milênio: saúde e educação de qualidade para todos”, idealizado no ano de 2008, o Projeto Saúde + Educação: Transformando o Novo Milênio, também conhecido como Projeto Milênio, concentra a atuação do Ministério Público do Estado da Bahia nas áreas da saúde e da educação, tendo por estratégia *“contribuir para o exercício do papel ministerial de fiscalização de dois setores vitais da sociedade, a fim de efetivar os direitos de cidadania de crianças, adolescentes e enfermos, contribuindo para a prestação de serviços públicos de qualidade nas áreas de educação e saúde”*²⁰.

Este Projeto visa a efetivação destes direitos fundamentais principalmente no que diz respeito às crianças e adolescentes, sobretudo face aos indicadores que atestam a má qualidade na prestação dos serviços públicos de saúde e de educação e em

²⁰ Ficha Técnica do Projeto Saúde + Educação – Transformando o Novo Milênio. Disponível em: <https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/projetos/documentos/ficha-tecnica-saude-educacao.pdf>.

Acesso em 27/07/2021.

consideração às metas fixadas pela Organização das Nações Unidas nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

Para a consecução de seus objetivos, o Projeto delineou a seguinte metodologia de trabalho:

- 1) visitação das unidades de saúde e de educação por equipe multidisciplinar e multiinstitucional, formada de conselheiros de controle social, representantes de sindicatos, igrejas, órgãos de classe, profissionais liberais, instituições públicas, universidade e do próprio poder público;
- 2) preenchimento de formulários de monitoramento da qualidade com registro das observações; documentação dos problemas em fotografias, filmagens e relatos de usuários-cidadãos sobre a qualidade do serviço prestado
- 3) devolutiva das informações coletadas para o gestor da unidade visitada em data posterior aquela da visita com a de busca de soluções negociadas, assinatura de termo de compromisso;
- 4) outras providências extrajudiciais cabíveis para situações que não competem ao gestor;
- 5) revisita no prazo médio de 30 a 60 dias para verificação das melhorias realizadas conforme ajustamento de conduta proposto em reunião;
- 6) adoção de medidas judiciais em caso de persistência dos problemas.

De ver-se, então, que este Projeto pode auxiliar os órgãos de execução no que diz respeito, principalmente, à atuação ministerial fiscalizatória face aos estabelecimentos de saúde e unidades educacionais.

Para conhecer mais sobre o Projeto, indica-se o acesso:

[Portal Eletrônico do Projeto Saúde + Educação: Transformando o Novo Milênio](#)

[Página do Projeto Milênio no Portal Eletrônico do MPBA](#)

Para adesão ao projeto, instruções disponíveis [neste link](#).

VIII - CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO E A DEFESA DA SAÚDE

Enquanto órgão de controle e fiscalização do Ministério Público, o CNMP também envida esforços para orientar a atuação dos órgãos de execução e das unidades do MP Brasileiro a respeito da defesa da saúde.

Não sem razão, fora instituída a Comissão da Saúde do Conselho Nacional do Ministério Público, que tem por objetivo “*fortalecer e aprimorar a atuação dos órgãos do Ministério Público na tutela do direito à saúde, com a finalidade de facilitar a integração e o desenvolvimento do Ministério Público brasileiro nessa tutela, particularmente buscando: I – auxiliar nas ações do Ministério Público que visem à ampliação e à garantia da oferta de serviços de saúde a toda a população; II – colaborar no desenvolvimento de metodologias para a fiscalização das políticas públicas na área de saúde*”²¹.

No âmbito do CNMP, podem vir a auxiliar os órgãos de execução com atribuição para defesa da saúde:

Recomendação nº 48, de 13 de dezembro de 2016 – Sugere parâmetros para a atuação do Ministério Público no controle do dever de gasto mínimo em saúde.

Recomendação nº 68, de 18 de dezembro de 2018 - Sugere parâmetros para a atuação do Ministério Público no dever constitucional de defesa do acesso e da qualidade da Atenção Básica de Saúde e na execução das atividades relacionadas à Ação Nacional da Saúde, e dá outras providências.

Cartilha: Judicialização da Saúde – O Ministério Público no Fomento de Redes de Cooperação por Meio de Planejamento e Gestão Sistêmicas

²¹ CNMP. Comissão da Saúde. Disponível em: <https://www.cnmp.mp.br/portal/institucional/comissoes/comissao-da-saude/apresentacao>. Acesso em 27/07/2021

Recomendação Conjunta PRESI-CN nº 1, de 20 de março de 2020 - Dispõe acerca da priorização de reversão de recursos decorrentes da atuação finalística do Ministério Público Brasileiro para o enfrentamento da Epidemia do Coronavírus (COVID-19).

Recomendação Conjunta PRESI-CN nº 2, de 18 de junho de 2020 - Recomenda aos ramos e às unidades do Ministério Público brasileiro critérios de atuação na fiscalização de políticas públicas.

Recomendação nº 72, de 23 de abril de 2020 - Recomenda aos ramos e às unidades do Ministério Público Brasileiro a adoção de medidas para o incremento de insumos de saúde, mediante parcerias entre órgãos governamentais, iniciativa privada e instituições de ensino e pesquisa, no desenvolvimento de soluções de inovação aberta para minimização dos impactos da pandemia de COVID-19.

IX - ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DA BAHIA NA PANDEMIA DA COVID-19

No que diz respeito à atuação ministerial frente à pandemia de COVID-19, a presente Coletânea oferece sugestões de atuação quanto aos principais pontos observados no desenvolvimento deste cenário nos Municípios.

As sugestões de atuação foram realizadas após análise técnico-jurídica das diversas situações fáticas vivenciadas pelos membros do MPBA, e são classificadas de acordo com a ocorrência de cada hipótese. Orienta-se, assim, a adoção de medidas já tomadas pelos órgãos ministeriais em diversos municípios baianos, tomando por base os documentos por eles emitidos.

Nas sugestões estão contidos modelos de portarias, recomendações, ofícios e peças jurídicas elaboradas majoritariamente pelo MPBA, que podem ser utilizados pelos Promotores como ponto de partida de sua própria atuação.

1. Diligências iniciais

O membro do MPBA pode instaurar um Procedimento Administrativo de acompanhamento de políticas públicas, como orientado pela **Recomendação nº 002/2020 – GPGJ**, e oficiar o Município para que preste informações, como orientado na **Nota Técnica nº 002/2020 – GT/Coronavírus** e na **Nota Técnica nº 003/2020 – GT/Coronavírus**.

Salienta-se que a Procuradora-Geral de Justiça, na **Recomendação nº 004/2020 – GPGJ**, orientou aos órgãos ministeriais que, respeitada a independência funcional, priorizem a efetivação de medidas integradas com as demais áreas do MPBA, evitando-se a adoção de providências conflitantes, consultando o GT/Coronavírus sempre que necessário.

Menciona-se, por oportuno, que o Grupo de Trabalho para ações de enfrentamento ao coronavírus – GT/Coronavírus concentrou legislação selecionada, jurisprudência e material de apoio afeitos à pandemia de COVID-19 na **Coletânea por assunto – novo coronavírus**, material que pode demonstrar-se útil na atuação ministerial, juntamente ao **Boletim Informativo Complementar Coronavírus – COVID-19**, que

sucedeu à Coletânea e vem sendo atualizado com as normativas relacionadas à pandemia, notícias de atuação do MPBA neste tema e materiais de apoio à atuação dos órgãos ministeriais.

Menciona-se, também, o **Boletim Interativo** emitido pelo CESAU e pela Comissão de Prevenção de Infecções no Ambiente de Trabalho (CPIAT), que congrega informações sobre o que e deve saber antes da tomar a vacina contra a COVID-19, bem como entrevista com médica infectologista da SMS Salvador sobre o mapeamento de comorbidades no âmbito do MPBA e a infecção por coronavírus, com enfoque em hipertensão e diabetes.

A seguir, modelo de portaria de instauração de procedimento administrativo: **Modelo de Portaria de Instauração de PA – MPBA.**

2. Instituição de medidas de enfrentamento à pandemia de COVID-19 no município

Nos casos em que não há qualquer atuação do ente federado a respeito da pandemia, aconselha-se aos órgãos ministeriais que recomendem aos agentes públicos a instituição de medidas de enfrentamento, com embasamento técnico-científico.

Destaca-se, quanto a isso, que a **Nota Técnica 005/2020 – GT/Coronavírus** orienta aos Promotores de Justiça que reservem o momento decisório ao gestor público, focando sua atuação no monitoramento e fiscalização das consequências da decisão político-administrativa solicitada. Aconselha-se que eventual recomendação pela adoção de medidas seja emitida apenas em casos de omissão do Poder Público.

De outra parte, recomenda-se a leitura da **Nota Técnica nº 002/2021 – GT/Coronavírus**, que orienta a atuação dos órgãos ministeriais em relação ao planejamento dos gestores para a hipótese de agravamento dos indicadores epidemiológicos a nível local, bem como da **Nota Técnica nº 27/2021 – GT/CORONAVÍRUS**, que orienta a atuação dos órgãos ministeriais em relação às ações e serviços prestados no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) durante a pandemia da COVID-19.

Salienta-se que os gestores, ao adotarem qualquer disciplina nesta questão, devem se pautar por critérios objetivos para a emissão de decisões. Neste sentido, o

Supremo Tribunal Federal, ao emitir julgamento conjunto das ADIs 6421, 6422, 6424, 6427, 6428 e 6431, que tratam da MP 966/2020, a qual dispõe sobre a responsabilização de agentes públicos por ação e omissão em atos relacionados com a pandemia de COVID-19, firmou tese segundo a qual “1. *Configura erro grosseiro o ato administrativo que ensejar violação ao direito à vida, à saúde, ao meio ambiente equilibrado ou impactos adversos à economia, por inobservância: (i) de normas e critérios científicos e técnicos; ou (ii) dos princípios constitucionais da precaução e da prevenção.* 2. *A autoridade a quem compete decidir deve exigir que as opiniões técnicas em que baseará sua decisão tratem expressamente: (i) das normas e critérios científicos e técnicos aplicáveis à matéria, tal como estabelecidos por organizações e entidades internacional e nacionalmente reconhecidas; e (ii) da observância dos princípios constitucionais da precaução e da prevenção, sob pena de se tornarem corresponsáveis por eventuais violações a direitos*”.

O órgão ministerial, em sua atuação, também pode questionar o Poder Público a atuação concernente à proteção dos indivíduos inseridos nos denominados Grupos de Risco. Para tanto, pode se utilizar da **Nota técnica nº 006/2020 – GT/Coronavírus**, que trata da efetivação do direito à proteção à maternidade e garantia da saúde das mulheres grávidas e lactantes durante a pandemia, e da **Nota Técnica nº 009/2020 – GT/Coronavírus**, atualizada em 28/07/2021, que orienta a atuação dos membros do MPBA sobre o direito das parturientes à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS, durante a pandemia. Quanto aos idosos, há, dentre os documentos indicados a seguir, recomendações para as Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPI.

No que diz respeito à instituição de medidas que assegurem a segurança sanitária no eventual retorno às atividades letivas presenciais, quando for permitido, cita-se a **Recomendação PGJ nº 001/2021**, que trata o assunto e orienta a atuação dos órgãos de execução de defesa da educação e de defesa da saúde.

Recomenda-se que, para fundamentar sua atuação, os Promotores de Justiça recorram aos dados oficiais relativos à pandemia disponibilizados no **Portal Oficial da SESAB**, na **Central Integrada de Comando e Controle da Saúde – COVID-19**, painel interativo da Secretaria da Saúde que conta com os principais indicadores epidemiológicos do Estado da Bahia, e no **Acompanhamento da Cobertura Vacinal COVID-19**, o “vacinômetro” do Estado.

Cita-se ainda o **Portal Oficial do Ministério da Saúde**, dando-se destaque ao **Painel Coronavírus**, página eletrônica dedicada à disponibilização de indicadores epidemiológicos nacionais, como casos confirmados, óbitos e taxas de ocupação de leitos, com a apresentação de gráficos e mapas interativos.

Seguem abaixo modelos de recomendação a respeito da necessidade de adoção de medidas de enfrentamento da pandemia, dentre as quais se incluem a elaboração de um Plano de Contingências Municipal, o preparo da rede pública de saúde para o recebimento de pacientes infectados com COVID-19 e a condução adequada dos procedimentos de aquisição e contratação de bens e serviços para este fim:

Modelo de Recomendação – CAOPAM

Recomenda ao Município que publique e atualize o Plano Municipal de Contingências, e publique dados a respeito da situação da rede de saúde municipal e da gestão de recursos durante a pandemia de COVID-19.

Recomendação nº 05/2020 – 4ª PJ – Alagoinhas

Recomenda ao Município de Alagoinhas que intensifique a fiscalização das ILPIS e dos cuidados aos idosos e adote as medidas indicadas para o enfrentamento da pandemia de COVID-19 naquele município, em relação a este grupo de risco.

Recomendação nº 09/2020 – MPF/PRDF/1OFCiSE

Recomenda ao MS, SVS, ANAC, ANVISA, ANTAQ, ANTT, CONASS e CONASEMS que, no âmbito de suas atribuições, determinem e/ou orientem, conforme a competência, a imposição de medidas não farmacológicas destinadas à mitigação e contenção de transmissão comunitária de COVID-19, dentre outras medidas.

Recomendação – 2ª PJ – Paripiranga/BA

Recomenda ao Município de Paripiranga a elaboração de plano municipal de contingência contra o coronavírus, bem como que capacite profissionais de saúde e forme equipe de prevenção para a realização de campanhas na localidade, e discipline medidas de enfrentamento à pandemia.

Recomendação nº 01/2020 – 3ª PJ - Nazaré/BA

Recomenda aos municípios de Nazaré, Jaguaripe, Aratuípe, Muniz Ferreira e Salinas da Margarida que orientem a população a respeito de medidas básicas de saúde e higiene, bem como disciplinem medidas de enfrentamento à pandemia nas localidades.

Recomendação nº 01/2020 – 1ª PJ - Caetité/BA

Recomenda aos municípios de Caetité e Lagoa Real que adiem/cancelem a realização de eventos que importem em aglomeração de pessoas, e promovam a adoção de políticas públicas de prevenção, contenção e tratamento com relação à pandemia de COVID-19, e outras medidas.

Recomendação nº 01/2020 – 11ª PJ – Juazeiro/BA

Recomenda ao município de Juazeiro que adie/cancele a realização de eventos que possibilitem a aglomeração de pessoas, e promova a adoção de políticas públicas de prevenção, contenção e tratamento de COVID-19, dentre outras medidas.

Modelo de Recomendação ao Secretário Municipal de Saúde e Comandante da PM e Delegado de Polícia Civil

Ao secretário de saúde e às autoridades policiais que atuam no Município a adoção de medidas, dentro de suas atribuições, de combate ao coronavírus, em atendimento à Lei 13.979/2020.

Modelo de Recomendação à Superintendência de Transporte e Trânsito

Recomenda ao Poder Público Municipal a adoção de uma série de medidas de enfrentamento à pandemia do novo coronavírus, relacionadas ao transporte público.

Modelo de Recomendação aos estabelecimentos bancários

Recomenda aos estabelecimentos bancários que adotem medidas de prevenção contra a doença causada pelo novo coronavírus.

Recomendação Conjunta MPF/MPBA a estabelecimentos bancários em Itabuna/BA

Recomenda às instituições financeiras de Itabuna que cumpra as determinações das autoridades sanitárias para impedir a aglomeração de pessoas e filas em suas agências e unidades.

Recomendação nº 06/2020 – GT/Coronavírus

Faz recomendações ao Secretário de Saúde do Estado da Bahia relativamente às contratações emergenciais realizadas com base na Lei nº 13.979/2020.

Recomendação nº 03/2020 - GEPAM

Recomenda ao Município de Salvador que faça reestimativa de receitas e se abstenha de gerar despesas enquanto não houver a readequação orçamentária em razão da pandemia.

Recomendação – MPRJ – Teresópolis/RJ

Recomenda ao município de Teresópolis/RJ a aquisição de leitos de UTI e respiradores, bem como a divulgação de informações atualizadas do quantitativo destes equipamentos e a abstenção na flexibilização das normas de isolamento.

Modelo de Recomendação ao Município

Recomenda a Município que se abstenha de: (i) promover a restrição geral e irrestrita de acesso e circulação de pessoas e bens essenciais nos limites dos respectivos municípios; (ii) impedir a entrada em seu território de pessoas e veículos sem a utilização de barreira sanitária ou sem que esta siga os preceitos do sistema de quarentena; (iii) aplicar pesadas multas impeditivas ao atendimento das atividades básicas do cidadão – saúde, alimentação, etc.

3. Dever de transparência do Município

Situação que se repete dentre os Municípios que estão atuando no combate à pandemia de COVID-19 é a falta de transparência na atuação dos administradores públicos no que diz respeito às providências tomadas na gestão dos recursos municipais e do estado da rede de saúde pública.

A **Nota Técnica nº 007/2020- GT/Coronavírus** visa orientar os membros do MPBA justamente no tocante à publicização de informações importantes para a coletividade pela Administração Pública, que incluem, além dos dados relativos ao procedimento de aquisição de bens e serviços, informações a respeito do quantitativo de equipamentos e insumos de saúde disponíveis à população, como leitos de UTI e respiradores.

Relativamente aos dados que devem constar nos Boletins Epidemiológicos divulgados pelos gestores municipais, sugere-se a leitura da **Nota Técnica nº 08/2021 – GT/CORONAVÍRUS**, que pode ser de utilidade para o órgão de execução.

Em relação à administração dos recursos públicos, notadamente quanto à emissão de decretos de calamidade pública para os fins da Lei de Responsabilidade Fiscal,

chama-se atenção para a **Nota Técnica nº 10/2020 – GT/Coronavírus**, que trata sobre o tema.

Seguem modelos de recomendação:

Recomendação Conjunta nº 006/2020 – GEPAM/GESAU

Recomenda à Secretaria de Saúde do Município de Salvador que disponibilize informações e dados da rede de saúde relacionados à pandemia do novo coronavírus, divulgando-os em local específico e de fácil acesso, em seu Portal Oficial eletrônico.

Recomendação Conjunta MPF/MPRJ/DPU/DPRJ

Recomenda ao Estado do Rio de Janeiro que adote medidas visando a divulgação e transparência de dados relativos à pandemia, como quantitativo de material e equipamentos.

Recomendação nº 02/2020 – GEPAM

Recomenda ao Município de Madre de Deus que implemente medidas de transparência das informações relativas à pandemia, (de equipamentos e contratos), bem como do plano de contingenciamento municipal.

Recomendação Conjunta nº 01/2020 – MPF/MPBA/MPPE

Recomenda aos Municípios de Juazeiro/BA e Petrolina/PE a divulgação de informações de saúde a respeito da pandemia de COVID-19, como o quantitativo de infectados e de leitos de UTI disponíveis, dentre outros.

Recomendação – 2ª PJ – Ubatã/BA

Recomenda ao Município de Ubatã que reavalie os termos do decreto que flexibilizou regras de distanciamento social no município e estabeleça a transparência de informações sobre pandemia de COVID-19 na localidade.

Abaixo, modelos de ofício:

Modelo de Ofício – CAOPAM (Kit 02)

Solicita a apresentação de plano circunstanciado de implementação de medidas de transparência no Município, relativas à pandemia de COVID-19, quanto à assistência à saúde e à gestão de recursos públicos.

Modelo de Ofício – CAOPAM (Kit 03)

Solicita ao Secretário de Administração municipal que informe o órgão responsável pela transparência, esclareça como se dá a publicação dos dados e informações e indique se há contrato de assessoria de gestão administrativa.

Ofício nº 090/2020/3PJ

Solicita informações relativas à transparência de dados relativos à pandemia de COVID-19 contidas em Boletim Epidemiológico do Município de Paulo Afonso.

A seguir, modelo de Ação Civil Pública, caso o órgão ministerial entenda pela via judicial:

Modelo de ACP de obrigação de fazer com pedido de tutela de urgência – CAOPAM

Pede a condenação do Município na obrigação de fazer consistente em promover a ampla divulgação, na internet, de informações a respeito das ações de enfrentamento da pandemia e da gestão de recursos públicos neste período.

4. Cumprimento do plano de contingências

Como sobredito, uma das ações recomendáveis aos gestores públicos é a elaboração do Plano Municipal de Contingências, como orientado pelo **Plano Estadual de Contingências**, elaborado pela SESAB.

Caso o Município venha a elaborar seu próprio Plano, mas não o cumpra em sua integralidade, abre-se a possibilidade de atuação do órgão ministerial, extrajudicial e judicialmente.

Neste sentido, menciona-se a **Ação Civil Pública com pedido de tutela de urgência** ajuizada face ao Município de Itabuna, para que este cumpra o item 11 de seu Plano de Contingências e proceda à implementação do acolhimento, em prédios públicos e/ou locais adequados, dos profissionais de saúde lá residentes, infectados ou não pela COVID-19, que optarem pelo isolamento.

5. Restrição integral de acesso ao território municipal

Logo no início da pandemia, diversos municípios instituíram como medida de enfrentamento ao novo coronavírus o impedimento integral e injustificado de acesso a seus limites territoriais, em atuação que pode vir a prejudicar o fornecimento de bens e serviços essenciais às comunidades.

Para orientar a atuação dos órgãos ministeriais nestas situações, fora editada a **Nota Técnica nº 004/2020 – GT/Coronavírus**, que trata da possibilidade de implementação de bloqueios sanitários intermunicipais e interestaduais.

6. Demandas Individuais de saúde relacionadas à pandemia

Nas hipóteses de recebimento de demandas individuais de saúde, sugere-se que, para além da análise a respeito da atribuição do MPBA para tratar do assunto, o órgão ministerial se atente ao orientado na **Nota Técnica nº 008/2020 – GT/Coronavírus**, a qual recomenda a comunicação da demanda à Central de Regulação respectiva, para adoção das medidas necessárias à alocação do paciente dentro do Sistema Único de Saúde.

Sabendo que o SUS se classifica, no Estado da Bahia, em regiões de saúde, o MPBA procedeu à própria organização interna para corresponder à mencionada divisão, na forma indicada no documento **Promotorias – Região de Saúde**.

No que diz respeito à demanda relativa ao fornecimento de medicamentos sem eficácia comprovada contra a COVID-19, como a cloroquina e a hidroxicloroquina, sugere-se a leitura da **Nota Técnica nº 06/2021 – GT/CORONAVÍRUS**, da **Promoção de Arquivamento da 2ª PJ de Feira de Santana**. Também há **modelo de Ação Civil Pública** que tem por objeto obstar a adoção e uso pelo Município de protocolo com tratamento precoce contra a COVID-19 (KIT COVID).

VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

No tocante à atuação ministerial face à vacinação contra a COVID-19, importa mencionar a **Recomendação nº 003, de 29 de janeiro de 2021**, da Procuradoria-Geral de Justiça, que orienta a atuação dos órgãos de execução do MPBA sobre o tema.

Ainda neste sentido, cita-se as orientações da **Nota Técnica nº 01/2021 – GT/CORONAVÍRUS**, sobre a atuação do MPBA a respeito do planejamento dos gestores para a imunização.

A ordem de escalonamento dos grupos prioritários que devem receber as vacinas contra a COVID-19 é determinada pelo **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19 (PNO)**, havendo também atuação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) neste tema, que publica Resoluções com atualizações periódicas das normativas mediante a necessidade apresentada. As Resoluções da CIB podem ser consultadas **neste link**. Os temas tratados em cada ato podem ser consultados na página **Índices de Resoluções**.

Relativamente aos denominados “fura-fila” da vacinação, menciona-se a **Nota Técnica nº 03/2021 – GT/CORONAVÍRUS**, que dispõe sobre a responsabilização dos agentes que desrespeitam a ordem de priorização da imunização, bem como a **Nota Técnica nº 05/2021 – GT/CORONAVÍRUS**, que discorre sobre a imunização de pessoas idosas fora do momento estabelecido pela normativa vigente, e a **Nota Técnica nº 07/2021 – GT/CORONAVÍRUS**, a qual dispõe sobre a possibilidade de aplicação da segunda dose da vacina em quem furou a fila para receber a primeira.

Ainda neste tema, cita-se a **Nota Técnica nº 35/2021 – GT/CORONAVÍRUS**, que trata da responsabilização do profissional de saúde pela falsa aplicação da vacina contra a COVID-19. Também se menciona a **Nota Técnica nº 34/2021 – GT/CORONAVÍRUS**, que dispõe sobre a falsa comprovação de comorbidades para o recebimento da vacina.

Há também casos registrados de cidadãos que receberam mais de duas doses da vacina contra a COVID-19, dispondo a **Nota Técnica nº 45/2021 – GT/CORONAVÍRUS** sobre a aplicação da terceira dose.

Há casos, ainda, em que cidadãos se negam a receber a vacinação contra a COVID-19. A **Nota Técnica nº 09/2021 – GT/CORONAVÍRUS** trata dessas situações, relativamente a profissionais de saúde recusantes.

A **Nota Técnica nº 25/2021 – GT/CORONAVÍRUS** discorre sobre o abandono vacinal, o que ocorre quando a pessoa recebe a primeira dose da vacina, mas deixa de tomar a segunda.

Menciona-se também a **Nota Técnica nº 38/2021 – GT/CORONAVÍRUS**, que trata sobre a inclusão, nos planos municipais de vacinação, de grupos prioritários não contemplados no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19 (PNO).

Cita-se, ademais, a **Nota Técnica nº 39/2021 – GT/CORONAVÍRUS**, que orienta a atuação dos órgãos ministeriais relativamente ao avanço da campanha de imunização contra a COVID-19 nos municípios baianos, e a **Nota Técnica nº 40/2021 – GT/CORONAVÍRUS**, que comporta orientações sobre a operacionalização do excedente de doses desta vacina.

O Grupo de Trabalho para acompanhamento das ações de enfrentamento do coronavírus ainda emitiu a **Coletânea – Material de Apoio – Vacinação contra a**

COVID-19, contendo informações pertinentes e modelos de peças que podem ser úteis aos órgãos ministeriais em sua atuação nesta temática, dentre os quais se destaca o **Kit Vacina**, contendo diversos modelos de produção do próprio GT.

REFERÊNCIAS

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*, 1988.

_____ Decreto Federal nº 1.651, de 28 de setembro de 1995 – Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no Âmbito do Sistema Único de Saúde.

_____ *Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011* - Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

_____ *Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990* – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____ Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 - Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

_____ *Lei nº 8.625, de 12 de fevereiro de 1993*. Institui a Lei Orgânica Nacional do Ministério Público, dispõe sobre normas gerais para a organização do Ministério Público dos Estados e dá outras providências.

_____ *Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012* - Regulamenta o §3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. *Financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Disponível em: [https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/Financiamento%20do%20Sistema%20Único%20de%20Saúde%20\(SUS\)%20\(2018\).pdf](https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/Financiamento%20do%20Sistema%20Único%20de%20Saúde%20(SUS)%20(2018).pdf) Acesso em 27/10/2020.

_____, **CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE.** Mudanças no Financiamento da Saúde. Disponível em:

<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/08/Mudancas-no-Financiamento-da-Saude.pdf>/ Acesso em 27/10/2020.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *Gestão dos Fundos de Saúde.* Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/gestao-dos-fundos-de-saude/> Acesso em 26/10/2020.

_____ *Regulação do Sistema Único de Saúde – Protocolos Assistenciais.* Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/protocolos-assistenciais/> Acesso em 27/10/2020.

_____ Para Entender a Gestão do SUS. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf Acesso em 27/10/2020.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. *Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS. “Diálogos no Cotidiano”.* 2 ed. revisada e ampliada. Rio de Janeiro: CEPESQ, 2019. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/07/manual_do_gestor_F02_tela.pdf Acesso em 27/10/2020.

CONSELHO NACIONAL DE PROCURADORES-GERAIS DE JUSTIÇA DOS MINISTÉRIOS PÚBLICOS DOS ESTADOS E DA UNIÃO. *Nota Técnica nº 11/2020. A fiscalização pelo Ministério Público Brasileiro dos recursos públicos transferidos pela União a Estados e Municípios, para a prevenção e combate à COVID-19.* Disponível em: http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2020/06/Nota_Tecnica_n11-2020_fiscalizacao_verbas_aplicacao_pendemia.pdf Acesso em 27/10/2020.

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. Comissão da Saúde. Disponível em: <https://www.cnmp.mp.br/portal/institucional/comissoes/comissao-da-saude/apresentacao/> Acesso em 27 de outubro de 2020.

ESTADO DA BAHIA. *Lei Complementar nº 011, de 18 de janeiro de 1996.* Institui a Lei Orgânica do Ministério Público do Estado da Bahia e dá outras providências.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Financiamento do SUS.* Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/financiamento/> Acesso em 27/10/2020.

MINISTÉRIO DA FAZENDA. *Nota Técnica Conjunta nº 11/2018/CCONF-SUCON/FNS-MS.* Esclarecimentos sobre a operacionalização e contabilização dos

recursos transferidos na modalidade fundo a fundo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/08/Nota-Técnica-Esclarecimentos-sobre-a-operacionalização-recursos-saúde-.1.pdf>. Acesso em 27/10/2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Atenção Básica.* Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/artigos/770-sistema-nacional-de-saude/40315-atencao-basica/> Acesso em 27/08/2020.

_____ *Atenção Especializada.* Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/estrutura-do-sus/770-sistema-nacional-de-saude/40317-atencao-especializada/> Acesso em 28/08/2020.

_____ *Conselho Nacional de Saúde.* Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf Acesso em 27/10/2020.

_____ *Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF).* Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/assistencia-farmacutica/medicamentos-rename/componente-basico-da-assistencia-farmacutica-cbaf/> Acesso em 28/08/2020.

_____ *Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).* Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/assistencia-farmacutica/medicamentos-rename/componente-especializado-da-assistencia-farmacutica-ceaf/> Acesso em 28/08/2020.

_____ *Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF).* Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/assistencia-farmacutica/medicamentos-rename/cesaf/> Acesso em 28/08/2020.

_____ *Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores.* Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume6.pdf/ Acesso em 20/08/2020.

_____ *Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde.* Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesProgPactuadaIntegAssistSaude.pdf/> Acesso em 27/10/2020.

_____Fundo Nacional de Saúde. Modalidades de Transferências. Disponível em:
<https://portalfnns.saude.gov.br/modalidades-de-transferencias/> Acesso em 27/10/2020.

_____Glossário do SUS. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/glossario-do-sus>. Acesso em 31/08/2020.

_____Informações Estratégicas. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sus/comissoes.php/> Acesso em 27/10/2020.

_____Núcleo Ampliado de Saúde da Família. Disponível em:
<https://aps.saude.gov.br/ape/nasf/perguntasfrequentees/> Acesso em 25/02/2021.

_____Núcleos Regionais de Saúde. Disponível em:
<http://www.saude.ba.gov.br/municipios-e-regionalizacao/nucleos-regionais-de-saude-nrs/> Acesso em 27/10/2020.

_____O que é Atenção Primária? Disponível em:
<http://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee/> Acesso em 27/08/2020.

_____Portaria MS nº 55, de 24 de fevereiro de 1999 - Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências.

_____Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde.

_____Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde.

_____Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.

_____Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde.

_____Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

_____ *Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.*

_____ *Princípios do SUS.* Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus/> Acesso em 31/08/2020

_____ *Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona.* Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/#principios>. Acesso em 27/10/2020.

_____ *SUS. Instrumentos de Gestão em Saúde.* Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_instrumento.pdf/ Acesso em 27/10/2020.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO. *UBS – Unidade Básica de Saúde.* Disponível em: <http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/ubs-unidade-basica-de-saude/> Acesso em 25/02/2021.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DA BAHIA. *Ato nº 120, de 11 de março de 2011.* Dispõe sobre a criação do Centro de Apoio Operacional de Defesa da Saúde – CESAU do Ministério Público do Estado da Bahia e dá outras providências.

_____ *Ato nº 220, de 12 de março de 2020.* Institui o Grupo de Trabalho para acompanhamento das ações de enfrentamento do coronavírus (SARS-coV-2) e da COVID- 19, doença provocada pelo referido agente etiológico, no estado da Bahia.

_____ *Ficha Técnica do Projeto Cegonha: Efetivando a Dignidade.* Disponível em: <https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/projetos/documentos/ficha-tecnica-cegonha.pdf/> Acesso em 21 de outubro de 2020.

_____ *Ficha Técnica do Projeto Saúde + Educação – Transformando o Novo Milênio.* Disponível em: <https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/projetos/documentos/ficha-tecnica-saude-educacao.pdf/> Acesso em 27 de outubro de 2020.

_____ *Resolução nº 03, de 1º de outubro de 2012,* do Órgão Especial do Colégio de Procuradores de Justiça. Dispõe sobre a fixação das atribuições das Promotorias de Justiça e dá outras providências.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS. *Manual de Atuação Funcional.* Disponível em: <https://www.mpmg.mp.br/conheca-o-mpmg/escola-institucional/publicacoes-tecnicas/manual-de-atuacao-funcional/> Acesso em 27/10/2020.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. *Manual de Orientação Funcional.* Disponível em: https://mppr.mp.br/arquivos/File/MOF_PR_2Ed.pdf/ Acesso em 27/10/2020.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Ministério Público, Conselhos Municipais de Saúde e Noções Gerais sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://www.mprj.mp.br/documents/20184/841707/cartilhas_mp_cms_e_nocoos_geral_sobre_o_sus_3_edicao_2017.pdf/ Acesso em 27/10/2020.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. *Manual de Atuação do Ministério Público Federal em defesa do Direito à Saúde.* Disponível em: http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude/manual_atuacao.pdf/ Acesso em 27/10/2020.

MOREIRA, Lenice Carrilho de Oliveira, TAMAKI, Edson Mamoru. A Programação Pactuada e Integrada como instrumento de garantia da integralidade da atenção à saúde no SUS. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/inter/v18n4/1518-7012-inter-18-04-0099.pdf/> Acesso em 27/10/2020.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. *Manual de Normatização do Tratamento Fora do Domicílio.* Disponível em: https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/tfd_-_tratamento_fora_de_domicilio/manual_do_tfd_ba.pdf Acesso em 21/10/2020.

_____ *Comissões Interfederativas. O que são?* Disponível em: http://www5.saude.ba.gov.br/portalcib/index.php?option=com_content&view=article&id=381&catid=138&Itemid=185. Acesso em 27/10/2020

_____ Observatório Baiano de Regionalização. Disponível em: http://www5.saude.ba.gov.br/obr/index.php?menu=municipio_comando/ Acesso em 27/10/2020.

_____ Plano Estadual de Saúde da Bahia (PES). Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/sobre-a-sesab/plano-estadual-de-saude-da-bahia-pes/> Acesso em 27/10/2020.

_____Programação Pactuada e Integrada – PPI. Disponível em:
<http://www.saude.ba.gov.br/municipios-e-regionalizacao/ppi-online>. Acesso em
16/10/2020.

SENADO FEDERAL. *Repasse de recursos: convênio ou transferência fundo a fundo?*
Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/orcamento/documentos/estudos/tipos-de-estudos/orcamento-em-discussao/edicao-8-2013-repasse-de-recursos-convenio-ou-transferencia-fundo-a-fundo/> Acesso em 27/10/2020.

EXPEDIENTE

CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DE DEFESA DA SAÚDE

COORDENAÇÃO

PATRÍCIA KATHY AZEVEDO MEDRADO ALVES MENDES

Coordenadora do CESAU

CARLOS MARTHEO CROSUÉ GUANAES GOMES

Promotor de Justiça designado para atuar no CESAU

ROGÉRIO LUÍS GOMES DE QUEIROZ

Promotor de Justiça designado para atuar no CESAU

ANDRÉA SCAFF DE PAULA MOTA

Promotora de Justiça – Gerente do Projeto Cegonha

JULIANA ROCHA SAMPAIO

Promotora de Justiça – Gerente do Projeto Cegonha

ROSA PATRÍCIA SALGADO ATANÁZIO

Promotora de Justiça – Gerente do Projeto Saúde + Educação

LUCAS ARAÚJO DA SILVA

Assessor Técnico-Jurídico de Promotoria

ÁREA ADMINISTRATIVA

ADRIANA DA CONCEIÇÃO TRINDADE BESERRA

Coordenadora Administrativa

AIESCA ARAÚJO MACHADO

Assistente Técnico-Administrativa

ANA LUCIA SANTOS PORTO MAGALHÃES

Assistente Técnico-Administrativa

ELIETE PEIXOTO PEREIRA

Assistente Técnico-Administrativa

JANIZETE DOS SANTOS SOUZA

Assistente Técnico-Administrativa

MANUELA FERNANDES DE CARVALHO OLIVEIRA

Assistente Técnico-Administrativa

PATRÍCIA SANTANA SOUSA

Assistente Técnico-Administrativa

RAFAEL GONÇALVES COSTA

Assistente Técnico Administrativo

ÁREA DE ESTUDOS E PROJETOS

ANA PAULA PINHEIRO RODRIGUES DE MATTOS

Médica

CANDICE MORAES LISBOA

Assistente Social

CATARINE DOS SANTOS PEREIRA

Farmacêutica

MARINA LOYOLA DANTAS DE CASTRO

Assistente Técnico-Administrativa

POLIANA BRITO BARBOSA

Médica



MINISTÉRIO PÚBLICO
DO ESTADO DA BAHIA