

**12ª Mesa Redonda do Centro de
Estudos do Tribunal de Justiça**

**O FORNECIMENTO DE
MEDICAMENTOS PELO ESTADO
E A COMPETÊNCIA DE CADA
ENTE ESTATAL**

**Rejane Maria Dias de Castro Bins
21/11/2008**

Questões de fato

- A parte tem ajg? Vem pela Defensoria Pública ou não? – Indicativo da necessidade.
- Qual o medicamento/produto/insumo/tratamento pedido? Qual a doença? O que é pedido serve para a doença? Está em lista do Poder Público? Há substituto? Há motivo declinado para não ser prescrito o substituto das listas? – Indicativo técnico
- Há ou não risco de vida ou muito grave afirmado? É comprovado? – Indicativo de ponderação

Argumentos Constitucionais

Princípio da separação de poderes (art. 2º, CF)

- A lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito (art. 5º, inc. XXXV, CF)
- “Uma atividade legislativa ou administrativa eficaz de modo algum é incompatível com o controle judiciário da própria atividade, [...] antes a coexistência equilibrada de tal atividade e de seu controle representa a essência mesma do regime constitucional”. (Pekelis)

Argumentos Constitucionais

Disposições orçamentárias (arts. 37, 165, 167 e 169, CF)

- Compras - execução orçamentária e financeira (LDO e LOA): publicação, criação dos créditos orçamentários, execução orçamentária, realização das despesas públicas previstas (empenho, liquidação e pagamento – L. 4.320/64)
- “O Estado deve assumir as funções que lhe são próprias, sendo certo, ainda, que problemas orçamentários não podem obstaculizar o implemento do que previsto constitucionalmente” (RE 195.192-RS, Rel. Min. Marco Aurélio, j. 22/02/2000)

Licitação

Possibilidades de dispensa

- Ordem judicial
- Situação de urgência relacionada à segurança de pessoas (art. 24, IV, Lei 8.666/93)
- Valor do medicamento/insumo/tratamento inferior aos limites da LL ou do art. 87 do ADCT (EC 37/02) – obrigações de pequeno valor

Direito à saúde

- Direito social (prestacional)
- Dignidade da Pessoa Humana (art. 1º, III, CF)
- Igualdade
- Regulamentado (L. 8.080/90)
- Atos de adjudicação pelo Poder Judiciário. Políticas públicas do Poder Executivo (meios: receita, pessoal, material, poder e competência)

Direito à saúde

- Bem individual e coletivo
- Reivindicação de partilha e não de troca (sobre bens coletivos, existentes ou em potencial)
- Justiça distributiva - relação entre o todo e as partes – distribuição proporcional dos bens comuns – apropriação individual do fundo social comum, de benefícios e de custos – denominador comum para a vida social entre cidadãos livres (Tomás de Aquino)
- Justiça comutativa – relação entre particulares

Direito à saúde

- Conflito - caráter multipolar – resultado não zero
- Conflito – interesse público – caráter distributivo : “ou uma perda para todos ou um ganho para todos” (José Reinaldo Lima Lopes)
- Conflito - ‘quanto’ ou em ‘que proporção’ cada um perde ou ganha (José Reinaldo Lima Lopes)
- Resultado: - acesso universal e médio (critério da universalidade e do gozo simultâneo)
- dentro dos recursos existentes, tratamento isonômico: compatibilização – mínimo existencial/reserva do possível

Direito à saúde

Poder Executivo

- Escolhas alocativas – formulação de políticas públicas (o quanto disponibilizar e a quem atender)
- Opções políticas: escolhas trágicas pautadas por critérios de macro-justiça: número de cidadãos atingidos, efetividade e eficácia do serviço, maximização de resultados (STA 268-9-RS. Rel. Min. Gilmar Mendes, 22/10/2008)

Direito à saúde

Poder Judiciário

- Juízo de ponderação
- Circunstâncias específicas do caso concreto
- Razoabilidade da pretensão/Disponibilidade financeira do estado
- Condicionamento ao não-comprometimento do SUS (ADPF 45/DF, Rel. Min. Celso de Mello)
OU
- Garantia, pelo ato judicial, de que o SUS tem condições de arcar com as despesas da parte e de todos os outros cidadãos em situação idêntica (STA 268-9-RS. Rel. Min. Gilmar Mendes, 22/10/2008)

Direito à saúde

Descentralização (art. 198, CF)

- Objetivo: aumentar a qualidade e o acesso
- Verbas: Orçamento da Seguridade Social e outras fontes (art. 195 e 198, § 1º, CF)
- Percentuais mínimos (art. 198, § 2º, CF)
- Competência comum (art. 23, II, CF)
- Critérios de rateio (art. 198, CF)

Normatização do direito à saúde

- **Leis Orgânicas da Saúde:** 8.080/90 e 8.142/90

LEI 8.080/90

- Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:
 - I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização
 - II - administração dos recursos orçamentários e financeiros anuais
 - V - elaboração de normas técnicas, padrões de qualidade e parâmetros de custos
 - X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;

Normatização do direito à saúde

LEI 8.080/90

- Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:
 - I - promover a descentralização para os Municípios
 - III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde
 - VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos
 - IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional

Normatização do direito à saúde

LEI 8.080/90

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

- I – planejar, organizar, controlar e avaliar, gerir e executar os serviços públicos de saúde;
- II – participar do planejamento e organização da rede regionalizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com a direção estadual;
- V – executar a política de insumos e equipamentos para a saúde;
- VII – formar consórcios administrativos intermunicipais;
- X – celebrar contratos e convênios com entidades privadas, controlar e avaliar a execução;
- XI – controlar e fiscalizar os serviços privados de saúde;
- XII – normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art. 24 e 25. Recursos do SUS insuficientes: recurso à iniciativa privada – convênios ou contratos – normas do direito público, preferência de entidades filantrópicas e sem fins lucrativos

Normas Operacionais Básicas

Norma Operacional 01/1996 (NOB-SUS 01/96 - Portaria 2.203/1996)

- Finalidade primordial:

- promover e consolidar o pleno exercício do gestor municipal e do Distrito Federal, relativo aos seus habitantes (Art. 30, V e VII, e Art. 32, § 1º, CF) - redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal, e da União - consolidação dos princípios do SUS

Normas Operacionais Básicas

NOB-SUS 01/96

- N. 4. Totalidade das ações do SUS pelo Município (estabelecimentos, rede regionalizada, um subsistema para cada município - com sede nele ou não, atendimento integral da própria população, programação pactuada na CIB regional ou estadual)
 - Diferentes modelos de organização, disponibilidade de recursos e capacitação gerencial = modelos distintos de GESTÃO
 - Caráter diferenciado do modelo de gestão - transitório
- N. 5. Relações entre os sistemas municipais:
 - Níveis diferentes de complexidade
 - Estabelecimentos de um município atendem usuários encaminhados por outro
 - Negociações entre os gestores municipais, mediadas pelo Estado
 - Pagamento final (prestação de serviços - residentes ou encaminhados de outro município) = pelo Município do estabelecimento

Normas Operacionais Básicas

NOAS 01/2002 (P. 373/02)

Papel do Município: execução dos serviços de saúde

Papel dos Estados e da União: cooperação técnica e financeira, mediação

Estágios de aquisição de competência:

- Gestão Plena de Atenção Básica
- Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
- Gestão Plena do Sistema Municipal.

Modalidades de Gestão

NOB-SUS 01/96

- **Gestão Plena da Atenção Básica (tratamento e reabilitação no primeiro nível de atenção dos sistemas locais de saúde)**

- **N. 15.1**
 - Gestão e execução: assistência ambulatorial básica, ações básicas de vigilância sanitária, epidemiologia e controle de doenças;
 - Gerência de todas as unidades ambulatoriais estatais (municipal/estadual/federal) ou privadas;
 - Autorização de internações hospitalares e procedimentos ambulatoriais especializados;
 - Operação do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS;

Modalidades de Gestão

NOAS 01/02

- **Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – GPABA (N. 7)**
- 7.1 - Áreas de atuação estratégicas mínimas:
 - controle da **tuberculose**
 - eliminação da **hanseníase**
 - controle da **hipertensão arterial**
 - controle da **diabetes mellitus**
 - saúde da **criança**
 - saúde da **mulher**
 - saúde **bucal (ANEXO 1)**

Modalidades de Gestão

NOB-SUS 01/02

■ **Gestão Plena do Sistema Municipal**

Funções de Planejamento, Controle, Regulação, Avaliação e Execução - Gestor municipal - comando único sobre todas as ações e serviços existentes em seu território

NOAS 01/2002: 25.1 Regulação de serviços de alta complexidade

NOB-SUS 1/96: 15.2.1. Responsabilidades:

- a) Programação municipal, referência ambulatorial especializada e hospitalar, negociada à programação estadual
- b) Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, inclusive de referência.
- c) Gerência de unidades ambulatoriais e hospitalares do Estado e da União, admitida ressalva
- e) Garantia da prestação dos serviços em seu território, inclusive de referência aos não residentes (mediação CIB)
- f) Operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência aos seus municípios e à referência intermunicipal
- g) Contratação e pagamento – prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares

Modalidades de Gestão

Conseqüências:

- **Municípios de Gestão Plena da Atenção Básica e Plena da Atenção Básica Ampliada (ou não habilitados pela NOAS 2002):**

- funções de planejamento, controle, regulação e avaliação - níveis acima da atenção básica = competência do gestor estadual, possível delegação

Site de gestão de saúde do Município:

<http://200.214.130.38/portal/aplicacoes/transferencias/munic3.cfm?estado=RS>

- **Gestores Estaduais – 2 situações:**

- Controle, Regulação e Avaliação dos Sistemas Estaduais de Saúde, com avaliação da gestão municipal em saúde

- Controle, Regulação e avaliação da execução de ações e serviços de média e alta complexidade, com gestão sobre eles

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Lei-RS 9.908/93 - Decreto-Estadual 35.056/94

- Art. 1º.
 - Fornecimento gratuito
 - Medicamentos excepcionais
 - Pessoas que não puderem prover as despesas sem se privarem do sustento próprio e da família.
- Parágrafo único – Medicamentos excepcionais: usados com freqüência e de forma permanente, indispensáveis à vida do paciente.

Portarias-SES 37/02, 22/03 e 238/06

Termo de Ajustamento de Conduta (21/09/05)

- Fornecimento dos medicamentos das P. 1318/02 e 921 do Ministério da Saúde – sem solução de continuidade – mediante análise e deferimento pela SES em 30 dias, prorrogáveis por 15 ou 30, mediante justificativa

Medicamentos

- Substância ativa ou nome genérico e não denominação comercial: validade
- Dever do médico do SUS usar a denominação brasileira
- Medicamentos não-genéricos – pressão de determinados laboratórios. Real necessidade do fármaco específico??? Critérios da opção?
- Listas oficiais, com menor preço: legitimidade
- Ressalva: justificativa motivada
- Fundamento: valor retirado da sociedade, dos fundos comuns.

Medicamentos

Excepcionais

- Portarias 921, 1.318/02 e 2.577/06
- Doenças raras, custo elevado (geralmente), casos específicos (cf. P. 3.916/1998, MS)

Medicamentos

Especiais

- P. 238/06-RS
- Fórmulas Nutricionais Especiais (Centro de Referência Estadual para Assessoria em Fórmulas Nutricionais Especiais – CREAMFNE)
- Descentralização para as Coordenadorias Regionais

Medicamentos

Essenciais

- Portarias 1.587/02, 2.475/06, 2.092/08 = RENAME
- Produtos básicos e indispensáveis – maioria dos problemas de saúde da população, segundo a situação epidemiológica (cf. Portaria 3.916-MS)

Básicos

- Produtos necessários às ações e procedimentos compreendidos na atenção básica de saúde (cf. P. 3.916/98)
- Resolução 226 CIB-RS - Lista de Medicamentos Básicos (cf. P. 3.237/2007)

Organização Regionalizada

Macro-regiões

- hospitais regionais de referência
- hospitais microrregionais: porte médio, casos menos complexos
- centros de referência e de especialidades
- hospitais de apoio: unidades de pequeno porte, diversas modalidades
- unidades mistas de atenção (centro de enfermagem
- obstétrica, hospital-dia, centro de atenção psicossocial, casa de apoio
- casa de passagem, centro de referência à saúde do trabalhador, etc.)
- rede municipal de atenção básica à saúde

Organização Regionalizada

Central de Marcação de Consultas

- Secretaria da Saúde do Município localiza o recurso no próprio Município
- Se não houver, acessa a Central de Marcação de Consultas de Porto Alegre - há três cotas: uma para a Capital (55%), uma para a Região Metropolitana (30%) e uma para o restante do interior do Estado (15%)
- O paciente é colocado na fila eletrônica ou, dependendo da urgência, a ser identificada pelo clínico, em postos de emergência
- Nestes, o paciente internado - examinado pelo especialista necessário até o dia seguinte, no máximo, se possível esperar
- Feito o atendimento - unidade de emergência responsável por outros procedimentos imperativos
- Caso não de emergência - encaminhamento para a Central de Marcação.

Organização Regionalizada

- **Exames:** marcação pela unidade de saúde em um serviço público ou contratado pelo SUS
- **Cirurgias:** marcação pelo hospital para onde o paciente foi encaminhado (P. 958/08 – cirurgias eletivas média complexidade)

Organização Regionalizada

Regulação de Internações

- Acesso: via telefônica pelos Hospitais e Serviços de Saúde do Município de Porto Alegre e do interior do Estado que atuam nas especialidades com fluxos administrados pela Central, previamente cadastrados.
- Informações do laudo de internação médico
- Médico regulador localiza leito e autoriza transferência

Internação

- Portaria-RS 198/07
- Módulo Municipal:
 - Definição de Parâmetros para as ações da atenção básica e média complexidade ambulatorial e hospitalar
 - Realização de encaminhamentos de ações para as quais não possui capacidade de execução

Internação

- Portaria 373/02 (Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002)
- N. 35. Ministério da Saúde – responsabilidade solidária - atendimento a pacientes referenciados entre Estados
- N. 36. Serviços não disponíveis no município de residência - responsabilidade solidária do gestor estadual com os municípios de referência, observados os limites financeiros

Procedimentos

NOAS 01/02

- N. 17.

Média Complexidade (MC) – Ações e serviços ambulatoriais e hospitalares - principais problemas da população - profissionais especializados e recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico cuja oferta em todos os municípios não se justifica

- N. 18.

- Ações mínimas da média complexidade – nos módulos assistenciais (Anexo 3A P. 373/02)

- Demais ações de média complexidade (ambulatoriais e hospitalares) - âmbito microrregional, regional ou estadual (definição: Plano Diretor de Regionalização do Estado)

- Cirurgias eletivas, mutirões nacionais, triagem neonatal, patologia clínica, reprodução assistida, fisioterapia, oftalmologia

- *Sites:*

<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/anuario2001/cober/Mcobert01.1a.cfm> e <http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/default.cfm#>

Procedimentos

Alta Complexidade

- Procedimentos de alta tecnologia e alto custo (cardiovascular, queimados, neurocirurgia/epilepsia, distrofia, traumatologia-ortopedia, oncologia, dor crônica, lipodistrofia, doenças renais, otorrinolaringologia, Osteogenese Imperfecta, saúde auditiva, terapia nutricional, torácicos)
- P. 39/2006 - descentralização do processo de autorização dos procedimentos da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade – CNRAC
- Acesso a serviços qualificados, somados à atenção básica e de média complexidade.
- *Site:* <http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/default.cfm#>

Saúde mental

- Internação
- Lei 10.216/2001, art. 3º
 - responsabilidade do Estado: política de saúde mental, assistência e promoção de ações, com participação da sociedade e da família, prestadas em estabelecimento de saúde aos portadores de transtornos mentais

Fisioterapia

L.10.424, 15 de abril de 2002

- Introduziu art. 19-I na LOS: serviços de atendimento e internação domiciliar no SUS
- Procedimentos médicos principais: de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social - cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.
- Equipes multidisciplinares: medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.
- Por indicação médica, concordância do paciente e de sua família.
- Competência: municípios com a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena do Sistema Municipal.

Tratamento fora do domicílio

Tratamento Fora do Domicílio (TFD) - esgotamento dos recursos de tratamento (SUS) na localidade de residência - com possibilidade de cura total ou parcial - período estritamente necessário

- P. 55/99-SAS-MS – despesas permitidas: transporte aéreo, terrestre e fluvial, diárias de alimentação e pernoite para paciente e acompanhante - autorização cf. disponibilidade orçamentária do município/Estado
- P. SES-RS 11/94, auxílio de Tratamento Fora de Domicílio
- Resolução nº 69/2000-CIB/RS:
 - Art 1º - deslocamentos interestaduais – custeio pela SES
 - Art 2º - deslocamentos intermunicipais – custeio pelo Município de origem do usuário.

Oxigenioterapia

- Aparelho Concentrador de Oxigênio - competência do ente estadual - *"Norma Técnica pra Indicação e Controle de Oxigenioterapia Domiciliar Prolongada (ODP)"* - alta complexidade
- P. 1.531/01, art. 2º:
Inc. III e IV – requisitos técnicos para a obtenção do tratamento

Requisitos mínimos:

- a) Relatório médico com diagnóstico principal CID-10, mencionando critérios adotados e anexando exames recentes: gasometria arterial realizada em ar ambiente, hemograma e Rx de tórax
- b) Preenchimento de documento específico de prescrição (Ficha de Prescrição e Controle de O₂ – FPCO) - oximetria de pulso demonstrando a saturação da Hemoglobina obtida com o fluxo proposto e outros dados

Neoplasias

- Centros de Alta Complexidade em Oncologia, Serviços Isolados de Quimioterapia ou de Radioterapia – CACON – Projeto Expande
- Portaria nº 3.535/GM, de 02/09/1998
- Portaria nº 2.439/GM, de 08/12/2005 - Política Nacional de Atenção Oncológica
- CACONs no RS:

Site: [http://www.inca.gov.br/tratamento/locais tratamento.asp?estado=RS](http://www.inca.gov.br/tratamento/locais_tratamento.asp?estado=RS)

Portaria 3.535/98

- 1.3 – Sete modalidades integradas de assistência:
 - a) Diagnóstico – ambulatórios e hospitais – atendimento e estadiamento - exames complementares de Patologia Clínica, Imagenologia e Anatomia Patológica;
 - b) Cirurgia oncológica;
 - c) Oncologia clínica: tratamento clínico, acompanhamento e avaliação - indicação e aplicação dos medicamentos antineoplásicos e adjuvantes;
 - d) Radioterapia - indicação e aplicação de radiações ionizantes, acompanhamento;
 - e) Medidas de suporte - sustentação das condições físicas, psicológicas e sociais dos pacientes;
 - f) Reabilitação - em áreas específicas - melhoria das condições físicas e psicológicas - reintegração ao meio social;
 - g) Cuidados paliativos - assistência ambulatorial, hospitalar e domiciliar por equipe multiprofissional - controle da dor e outros sintomas.

- Nota Técnica 374-CGAC/DAE/SAS/MS - Portaria SAS/MS nº 184/98, DOU de 3/11/98 – medicamentos nos CACONs

Diabetes Mellitus

- P. MS 1587/2002 – RENAME – Municípios – agentes antidiabéticos: insulina humana NPH e insulina humana regular. Silêncio sobre insumos para o controle da glicemia capilar
- P. RS 74/2002 – concessão de insumos adicionais necessários à monitorização domiciliar de Glicemia Capilar atendidos pelos serviços públicos e/ou conveniados (art. 1º).
 - Art. 2º – insumos adicionais: Glicosímetros – competência da SES/RS (art. 2º, § 2º)
 - insumos adicionais: Fitas Reagentes – competência da SES/RS, excluídos municípios em Gestão Plena do Sistema de Saúde

Diabetes Mellitus

- L. 11.347/2006 - distribuição gratuita de medicamentos e materiais (art. 1º) necessários à monitoração da glicemia – seleção anual pelo Ministério da Saúde (§§ 1º e 2º)
- Condição: Inscrição em programa de educação especial para diabéticos (§ 3º)

Diabetes Mellitus

- P. MS 2.583/2007

- Art. 1º- medicamentos e insumos - monitoramento da glicemia capilar dos portadores de *diabetes mellitus* (art. 1º): seringa com agulha acoplada para aplicação de insulina, tiras reagentes de medida de glicemia capilar e lancetas para punção digital.

- P. MS 3.237/2007 – atenção básica

Art. 5º - financiamento de medicamentos e aquisição pelo Ministério da Saúde e distribuição às Secretarias de Saúde dos Estados: Medicamentos Insulina NPH 100 UI e Insulina humana Regular 100 UI

- Anexo I

- Financiamento – art. 2º, Anexo I - tripartite
- Execução – art. 3º, aquisição e dispensação pelos Municípios e Distrito Federal (possibilidade de pactuação diferente na CIB)

Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal

- P. 1168/GM/2004

Art. 3. Componentes fundamentais:

I - **atenção básica**: controle da hipertensão arterial, *diabetes mellitus* e doenças do rim caracterizáveis neste nível - Rede de serviços básicos de saúde (Unidades Básicas de Saúde e Equipes da Saúde da Família)

II - **média complexidade**: atenção diagnóstica e terapêutica especializada - hipertensão arterial, *diabetes mellitus* e doenças renais - Plano Diretor de Regionalização (PDR) - estadual - Centro de Referência especializado em hipertensão e diabetes

III - **alta complexidade**: acesso e qualidade do processo de diálise - impacto positivo na sobrevivência, na morbidade e na qualidade de vida - equidade na entrada em lista de espera para transplante renal - Serviços de Nefrologia e Centros de Referência em Nefrologia

Terapia Renal Substitutiva

- P. 2.042/1996 MS – rede de atendimento do portador de Insuficiência Renal Crônica – critérios mínimos para o funcionamento e avaliação dos serviços públicos e privados de Terapia Renal Substitutiva - padrão de qualidade e segurança:
 - Art. 1º - Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Terapia Renal Substitutiva – TRS - exigências mínimas - Unidades de Diálise e Unidades de Transplante Renal - cadastramento no SUS
- - Art. 2º - Competência das Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios, cf. gestão e divisão de responsabilidades na CIB: fluxos e referências para portadores de insuficiência renal crônica
- P. 2.043/1996:
 - Art. 1º - Implantação da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo – APAC para procedimentos e Medicamentos Excepcionais pelas unidades prestadoras de serviços
 - Art. 2º - Inclusão da APAC para Terapia Renal Substitutiva

Terapia Renal Substitutiva

- P. 3.998/-1998/MS - diferentes modalidades de tratamento dialítico - indicação do tratamento dialítico ligada ao estado geral de saúde do paciente - ponderação sobre riscos/benefícios:
 - Art. 1º - Identificação das Unidades de atendimento de Terapia Renal Substitutiva - pacientes submetidos a Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua – DPAC e Diálise Peritoneal Automática – DPA, independentemente da obrigatoriedade de prestação do atendimento em Hemodiálise.

Terapia Renal Substitutiva

- P. 1.589/2002-MS - geração do Cartão Nacional de Saúde - CNS - assistência contínua - Terapia Renal Substitutiva - Cadastro de Usuários do SUS (P. GM/MS 17/2001) pacientes de tratamento dialítico - estabelecimentos com serviços de Terapia Renal Substitutiva – TRS do SUS
- P. 840/2003 - atualização das Tabelas dos Sistemas de Informações Ambulatorial e Hospitalar do SUS e ampliação do atendimento ao paciente renal crônico (Grupo 27 da Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS)
- Fornecimento conforme a Gestão do Município

Hepatite Viral

- Interferon Peguilado e Ribavirina - P. 2.577/06-MS
- P. SAS/MS 863/02 - diretrizes diagnósticas e terapêuticas – P. 24/2005 – P. 25/2005
- P. 34/07-MS – Restabelece Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite Viral C (9/10/2007)

Art. 1º Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Hepatite Viral C:
§ 1º.

I - Conceito geral da doença;

II - Critérios de inclusão/exclusão de pacientes no tratamento;

III - Critérios de diagnóstico;

IV - Esquema terapêutico preconizado;

V - Mecanismos de acompanhamento; e

VI - avaliação deste tratamento.

§ 3º Observância obrigatória

§ 4º Cientificação obrigatória do paciente, ou responsável legal, dos potenciais riscos e efeitos colaterais dos medicamentos do tratamento - Termo de Responsabilidade (Anexo II)

Cirurgia Bariátrica

- P. 628/2001-MS – normas para o cadastramento dos centros de referência
- P. 1075/2005 – diretrizes para a atenção ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as três esferas de gestão
- P. 390/2005-SAS-MS – sistema de fluxo de referência para o procedimento em questão.
- Cirurgia bariátrica – procedimento Alta Complexidade - hospitais credenciados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade ao Portador de Obesidade Grave” (art. 3º, inciso III, P. 1.075/2005)
- Centros de Referência em Cirurgia Bariátrica: Hospital São Lucas e Hospital Nossa Senhora da Conceição, localizados em Porto Alegre.

Medicamentos Terceira Idade

- P. 008/2003-SES-RS - Programa de Medicamentos para a Terceira Idade
- Art. 3º: O valor anual relativo a esta Portaria, para cada município está publicado no Anexo 2 desta, será repassado em parcelas trimestrais, pelo Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde dos municípios habilitados

Tratamento dentário

- Tratamento endodôntico (de canal) - média complexidade
- *Site:*
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/port_373-2002.pdf
- Município sem o serviço - providencia a marcação e encaminha o paciente ao município de referência

Próteses Auriculares

- P. 2.073/GM/2004 – Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva
- Item 2 – ações de saúde auditiva na média e alta complexidade:

2.1. MÉDIA COMPLEXIDADE: estrutura física, equipamentos, recursos humanos especializados, credenciamento no SUS para:

d) Garantir a reabilitação mediante o tratamento clínico; seleção, adaptação e fornecimento de aparelho de amplificação sonora individual (AASI), terapia fonoaudiológica para adultos e crianças maiores de três anos de idade.

2.2. ALTA COMPLEXIDADE

e) Garantir a reabilitação – tratamento clínico em otorrinolaringologista; seleção, adaptação e fornecimento de aparelho de amplificação sonora individual (AASI) e terapia fonoaudiológica

CONCLUSÃO

- O direcionamento do pedido ao ente público responsável, em tese, não fere o direito à saúde, embora possa exigir um trabalho mais complexo do profissional que patrocina o interessado.
- Em casos de dano inverso (risco de morte, perda de uma função, sua redução drástica e outros agravos), avaliáveis em cada oportunidade pelo julgador, impõe-se a aplicação do princípio da proporcionalidade, com definição pela preservação do direito à saúde.