



Projeto de Lei Complementar nº 15, de 1991

Estabelece o Código de Saúde
CAPÍTULO I

Disposições Preliminares

Artigo 1º — No Estado de São Paulo, as ações e serviços de saúde, considerados de relevância pública, serão executados e desenvolvidos pelo Poder Público Estadual e Municipal e pela iniciativa privada na forma desta lei e do respectivo regulamento.

Parágrafo único — As ações e os serviços de preservação da saúde abrangem o ambiente natural, os locais públicos e de trabalho.

Artigo 2º — A assistência à saúde é livre à iniciativa privada, observada as normas gerais de regulamentação, fiscalização e controle estabelecidas nesta lei e na legislação referente à promoção, proteção da saúde.

Artigo 3º — São princípios gerais das ações e serviços de saúde:

I — a saúde é direito de todos e dever do Estado;

II — todo indivíduo tem direito de obter informações e esclarecimentos de interesse da saúde individual e coletiva, assim como as atividades desenvolvidas pelo sistema.

III — os serviços de saúde, nos seus vários níveis de complexidade, devem obedecer aos reconhecidos padrões de qualidade técnica.

IV — os agentes públicos e privados têm o dever de comunicar às autoridades competentes as irregularidades ou deficiências, de que tenham conhecimento direto ou indireto, apresentadas por serviços públicos e privados que realizam atividades ligadas ao bem-estar físico, mental e social do indivíduo;

V — as autoridades competentes, uma vez comunicadas irregularidades ou deficiências, terão trinta dias, prorrogáveis por mais trinta dias, com comunicação ao Conselho Estadual de Saúde, para tomar as providências necessárias, sob pena de suas exonerações.

CAPÍTULO II

Caracterização do Sistema único de Saúde

Artigo 4º — As ações e os serviços públicos de saúde, executados e desenvolvidos pela administração direta, indireta e fundacional do Estado e dos municípios, constituem o Sistema único de Saúde do Estado de São Paulo, com direção única na esfera do Governo Estadual e na dos Municípios, e lhe compete, além de outras que vierem a ser estabelecidas, as atribuições fixadas nesta lei, na Constituição Federal e na Constituição Estadual.

Parágrafo único — Os hospitais universitários públicos preservarão, nos Sistema único de Saúde, a sua peculiar autonomia nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

SEÇÃO ÚNICA

Diretrizes e Bases do Sistema Único de Saúde

Artigo 5º — O Sistema único de Saúde obedecerá as seguintes diretrizes e bases:

I — diretrizes

a) universalização da assistência de igual qualidade, com instalação e acesso a todos os níveis dos serviços de saúde à população urbana e rural;

b) igualdade no atendimento, sem preconceitos ou privilégios;

c) integralidade da atenção, significando atendimento ple-

no ao indivíduo, enquanto ser psicossomático e social;

d) resolutividade dos serviços em todos os níveis de assistência, preservando a autonomia individual na proteção de sua integridade física e moral;

e) racionalidade de organização dos serviços, vedada a duplicação de meios para fins idênticos ou equivalentes;

f) precedência do método epidemiológico como critério para o estabelecimento de prioridade, alocação de recursos e orientação programática;

g) participação da comunidade na formação, fiscalização e acompanhamento das ações e serviços públicos de saúde; e

h) prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

II — bases

a) gratuidade das ações e dos serviços prestados, vedada a cobrança de despesas, taxas ou adicionais, sob qualquer título;

b) municipalização das ações e serviços, considerando-se sempre o Município a unidade geopolítica e social do País, com autonomia para decidir sobre os seus peculiares interesses;

c) conjugação da totalidade dos recursos físicos, materiais e humanos do Estado e dos Municípios na prestação de serviços públicos de assistência à saúde da população, e divulgação de informações quanto ao potencial desses serviços e à sua utilização adequada pelo usuário;

d) cooperação técnica e financeira do Estado aos Municípios na prestação dos serviços;

e) planejamento refletindo as necessidades da população, utilizando-se fundamentalmente, o método epidemiológico na determinação dos fatores saúde-doença e do quadro nosológico, que serão levados em conta na organização da rede de serviço, para efeito de regionalização e hierarquização do atendimento individual e coletivo e na referência e contra-referência dos serviços;

f) intercâmbio de dados, informações e experiências referentes ao sistema, visando ao seu aprimoramento e ao fortalecimento das relações do Estado com os Municípios; e

g) promoção do trabalho integrado e harmonioso dos profissionais que atuam na área de saúde, mediante uma política de Recursos Humanos que supere disparidades salariais e compatibilize jornada de trabalho para as mesmas funções.

CAPÍTULO III

Da Competência do Sistema Único de Saúde

Artigo 6º — Compete ao Sistema Único de Saúde, fundamentalmente:

I — a assistência integral à saúde, respeitadas as necessidades específicas de todos os segmentos da população;

II — elaborar o plano de saúde e a proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde do Estado;

III — definir e gerir os estabelecimentos hospitalares de referência regional e estadual, ressalvado o disposto no artigo 45 desta lei;

Parágrafo Único — o Estado somente poderá executar, supletivamente, serviços e ações de saúde no limite das deficiências locais e de comum acordo com os municípios;

IV — a identificação e controle dos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, mediante, especialmente, ações referentes à:

a) vigilância sanitária;

b) vigilância epidemiológica;

c) saúde do trabalhador;

d) saúde do idoso;

e) saúde da mulher;

f) saúde da criança e do adolescente;

g) saúde dos portadores de deficiências;

h) saúde mental.

1º — entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e

de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo o controle de bens de consumo e da prestação de serviços que se relacionem direta ou indiretamente com a saúde;

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

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

a) assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

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

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

d) avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

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

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

g) revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais.

V — a implementação do plano estadual de saúde e do plano estadual de alimentação e nutrição, em termos de prioridades e estratégias regionais, em consonância com os planos nacionais;

VI — a participação na formulação da política e na execução das ações de saneamento básico;

VII — a organização, fiscalização, controle e participação da produção e distribuição dos componentes farmacêuticos básicos, medicamentos, produtos químicos, biotecnológicos, imunológicos, hemoderivados e outros de interesse para a saúde, facilitando à população o acesso a eles;

VIII — a colaboração na proteção do meio ambiente, incluindo o do trabalho, atuando em relação ao processo produtivo para garantir a adoção de medidas preventivas de acidentes e de doenças do trabalho.

IX — a participação no controle e fiscalização da produção, armazenamento, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e teratogênicos;

X — a adoção de política de recursos humanos em saúde e na capacitação, formação e valorização de profissionais da área, para propiciar melhor adequação às necessidades específicas de cada região e de segmentos da população que requeiram atenção especial;

XI — a implantação de atendimento integral aos portadores de deficiências, de caráter regionalizado, descentralizado e hierarquizado em níveis de complexidade crescente, abrangendo desde a atenção primária, secundária e terciária de saúde, até

o fornecimento de todos os equipamentos necessários à sua integração social;

XII — a garantia de condições de prevenção de deficiências, com prioridade para a assistência pré-natal e a infância;

XIII — a garantia do direito à auto-regulação da fertilidade como livre decisão do homem, da mulher ou do casal, tanto para exercer a procriação como para evitá-la, provendo os meios educacionais, científicos e assistenciais para assegurá-lo vedada qualquer forma coercitiva ou de indução por parte de instituições públicas ou privadas;

XIV — a fiscalização e controle dos equipamentos e aparelhagens utilizados no sistema de saúde;

XV — a revisão do Código Sanitário Estadual a cada 5 (cinco) anos;

§ 1º — o planejamento das ações referidas no inciso II terá por base critérios essencialmente epidemiológicos;

§ 2º — no tocante às alíneas "c", "d", "e", "f", "g" e "h" do inciso IV ter-se-á em conta, permanentemente, a diretriz constante da alínea "c" do inciso I do artigo 5º desta lei;

§ 3º — com referência às alíneas "d", "f", "g" e "h" do inciso II, os órgãos do Sistema Único de Saúde articular-se-ão com os demais órgãos interessados, para assegurar à criança e ao adolescente, ao idoso, às pessoas portadoras de deficiências e distúrbios mentais o direito à proteção especial nos aspectos da sua vida física, mental e social, preservando-os de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e agressão.

Artigo 7º — A rede pública do Sistema Único de Saúde, pelo seu corpo clínico especializado, prestará atendimento médico para a prática de aborto nos casos excludentes de antijuridicidade, previsto na legislação penal.

Artigo 8º — O órgão competente do Sistema Único de Saúde promoverá esclarecimento público e a divulgação de normas sobre a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas, para fins de transplante, assim como para a coleta, o processamento e a transfusão de sangue e seus derivados, segundo as legislações estadual e federal e suas respectivas Constituições.

Artigo 9º — O Poder Executivo regulamentará em lei, no território do Estado e em consonância com a legislação nacional incidente, todo o processo de coleta, processamento, percurso e transfusão do sangue e seus derivados, assim como os transplantes de órgãos e substâncias humanas.

Artigo 10. — O Poder Executivo incentivará e auxiliará os órgãos públicos e entidades filantrópicas de estudos, pesquisa e combate aos cânceres, constituídos na forma da lei, respeitando a sua autonomia e independência de atuação científica.

Artigo 11. — Compete à autoridade estadual e/ou municipal de ofício mediante denúncia de risco à saúde, proceder à avaliação das fontes de risco no ambiente de trabalho e determinar a adoção das devidas providências para que cessem os motivos que lhe deram causa.

10. — Ao sindicato dos trabalhadores, ou representante que designar, é garantido requerer a interdição de máquina de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou à saúde dos empregados.

2º — Em condições de risco grave e iminente no local de trabalho, será lícito ao empregado interromper suas atividades, sem prejuízo de quaisquer direitos, até a eliminação do risco.

3º — O Estado e os municípios atuarão para garantir a saúde e a segurança dos empregados nos ambientes de trabalho.

4º — É assegurada a cooperação dos sindicatos de trabalhadores nas ações de vigilância sanitária desenvolvidas no local de trabalho.

Artigo 12 — O Sistema Único de Saúde garantirá o funcionamento de unidades terapêuticas para recuperação de usuários de substâncias que geram dependência física ou psíquica, resguar-

dando o direito de livre adesão dos pacientes, salvo ordem judicial.

Parágrafo único — O Sistema Único de Saúde promoverá programas destinados à criação e manutenção de serviços de prevenção e orientação contra entorpecentes, álcool e substâncias afins que geram dependência física ou psíquica, admitida a participação de entidades não governamentais e sem fins lucrativos nesses programas.

Artigo 13 — Assegurar-se-á ao paciente, internado em hospitais da rede pública ou privada a faculdade de ser assistido, religiosa e espiritualmente, por ministro de culto Religioso.

Artigo 14 — Nos internamentos de crianças, com até doze anos, nos hospitais da administração direta ou indireta, é assegurada a permanência da mãe, mesmo nas enfermarias.

Artigo 15 — O internamento psiquiátrico compulsório, isto é, sem expresso consentimento do indivíduo, deverá ser comunicado pelo médico que o efetuou à autoridade do Ministério Público, que emitirá parecer sobre a legalidade do procedimento realizado.

Parágrafo único — Essas internações de caráter compulsório deverão ser confirmadas ou negadas, no máximo em 72 horas de adoção do procedimento, por laudo de junta interdisciplinar constituída para essa função, composta paritariamente por representantes dos usuários, dos trabalhadores de saúde mental da instituição envolvida e do poder público local.

CAPÍTULO IV

Das Conferências e dos Conselhos de Saúde

Artigo 16 — O Sistema Único de Saúde terá, na esfera estadual e na esfera municipal, as seguintes instâncias deliberativas e consultivas:

- I — Conferência de Saúde; e
- II — Conselhos de Saúde.

SEÇÃO I'

Da Conferência e do Conselho Estadual de Saúde

Artigo 17 — A Conferência Estadual de Saúde é a instância de avaliação e discussão da realidade sanitária e de fixação de diretrizes para a política de saúde do Estado, e se reunirá, ordinariamente, uma vez por ano, por convocação do Poder Executivo e, extraordinariamente, quando convocada pelo Conselho Estadual de Saúde.

Artigo 18 — Compõem a Conferência Estadual de Saúde, na forma estabelecida pelo Conselho Estadual de Saúde, representantes da administração pública, de entidades e organismos da sociedade civil e dos vários segmentos sociais interessados nos assuntos de saúde.

Artigo 19 — O Conselho Estadual de Saúde tem a seguinte competência:

I — apresentar diretrizes para a elaboração do Plano Estadual de Saúde, adequando-o às diversas realidades epidemiológicas e à capacidade organizacional das ações e serviços de saúde;

II — controlar a execução da política de saúde, mediante, inclusive, o acompanhamento da execução orçamentária e da movimentação dos repasses dos recursos financeiros entre os três níveis do Sistema único de Saúde;

III — fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e propor medidas para o aperfeiçoamento da organização e do funcionamento do Sistema único de Saúde;

IV — examinar propostas encaminhadas pelo Secretário da Saúde;

V — organizar e determinar a composição das Comissões Regionais de Saúde, no âmbito de cada Escritório Regional de Saúde — ERSA, com atribuições adequadas à execução regional da política de saúde;

VI — propor critérios que definam padrão de qualidade e melhor resolutividade das ações e serviços de saúde, promovendo

o processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área;

VII — examinar propostas e denúncias, responder à consultas sobre assuntos pertinentes às ações e serviços de saúde;

Artigo 20 — São órgãos do Conselho Estadual de Saúde:

I — Colegiado Pleno e

II — Comissão Executiva

§ 1º — O colegiado Pleno, órgão deliberativo genérico e órgão consultivo do Sistema único de Saúde, além do Secretário de Saúde, que é membro nato, terá a seguinte composição:

1 — representantes do Poder Executivo:

a) três do nível estadual do SUS.

b) três do nível municipal do SUS, sendo um da capital;

c) um do nível federal do SUS;

2 — representantes dos trabalhadores, das entidades e dos prestadores de serviço na área da saúde:

a) dois dos sindicatos gerais dos trabalhadores na área da saúde;

b) dois dos sindicatos de categoria dos trabalhadores na área da saúde;

c) um das entidades científicas de apoio profissional ou dos conselhos de fiscalização do exercício de profissões de saúde;

d) um das entidades filantrópicas prestadoras de serviços;

e) um das empresas contratadas e/ou conveniadas prestadoras de serviços;

3 — representantes dos usuários:

a) três entidades congregadoras de sindicatos dos trabalhadores;

b) duas das entidades representativas do setor empresarial;

c) cinco dos Conselhos Comunitários de Saúde;

d) um de associações de portadores de deficiências;

e) dois de associações de portadores de patologias;

f) um de entidades representativas de defesa dos direitos do consumidor.

2º — A cada representante titular corresponderá um suplente.

3º — Os representantes a que se referem os itens 2 e 3, titulares e suplentes, serão eleitos em reuniões convocadas para este fim, através de publicação no Diário Oficial, bem como todas as demais reuniões;

4º — Os representantes titulares e respectivos suplentes eleitos serão nomeados por ato do Secretário de Estado da Saúde, para exercer a função pelo prazo máximo de dois anos;

5º — A função de membros do Conselho Estadual de Saúde não será remunerada, sendo considerada como relevante serviço público.

6º — A Secretaria de Estado da Saúde proporcionará ao Conselho Estadual de Saúde as condições necessárias para o seu pleno e regular funcionamento e lhe dará suporte técnico-administrativo e jurídico, sem prejuízos das iniciativas dos seus membros;

7º — As decisões do Conselho Estadual de Saúde serão substanciadas em resoluções;

8º — O Colegiado Pleno se reunirá ordinariamente a cada mês e, extraordinariamente, quando convocado pela maioria dos seus membros, pelo Secretário da Saúde ou pela Comissão Executiva.

Artigo 21 — A Comissão Executiva, órgão deliberativo específico e órgão executivo das deliberações gerais do Colegiado Pleno, é constituída, além do Secretário da Saúde, de dois elementos das representações referentes aos itens 1 e 2 e de 4 para o item 3, citadas no § 1º, do Artigo 20 desta lei, sendo que dos representantes indicados no item 1, um será da Secretaria da Saúde e outro dos Sistemas Municipais de Saúde, no item 2, pelo menos um será dos trabalhadores da saúde, e do item 3, pelo menos um será de Conselho Comunitário da Saúde, todos eleitos pelo Colegiado Pleno.

Parágrafo único — A cada titular na Comissão Executiva corresponderá um suplente.

Artigo 22 — O Secretário da Saúde presidirá o Colegiado Pleno e a Comissão Executiva, tendo em ambos um Secretário Executivo eleito entre seus componentes.

Seção II

Da Conferência e dos Conselhos Municipais de Saúde

Artigo 23 — A Conferência Municipal de Saúde tem atribuições idênticas às da Conferência Estadual de Saúde.

Artigo 24 — A Conferência Municipal de Saúde terá sua composição, organização e funcionamento estabelecidos pelo Município, de acordo com suas peculiaridades e interesses locais.

Artigo 25 — O Conselho Municipal de Saúde, com atribuições idênticas às do Conselho Estadual de Saúde, terá sua composição, organização e funcionamento estabelecidos de acordo com as peculiaridades e interesses locais de cada município, garantida, no mínimo, a representação do Poder Executivo Municipal, do Sistema Estadual de Saúde, dos trabalhadores e dos prestadores de serviço na área da saúde e dos usuários.

Artigo 26 — Além do Conselho Municipal, o município poderá criar outros órgãos colegiados incumbidos de acompanhar, avaliar e orientar a gestão da política municipal de saúde no âmbito de núcleos ou circunscrições sanitárias do Sistema Único Municipal.

CAPÍTULO V

Da Participação Complementar do Setor Privado

Artigo 27 — O Sistema único de Saúde poderá recorrer à participação do setor privado quando sua capacidade instalada for insuficiente para garantir a assistência à saúde em determinada área, observado o disposto neste capítulo.

§ 1º — Podem participar do Sistema Único de Saúde as entidades filantrópicas, entidades sem fins lucrativos, os hospitais universitários e de ensino privados, as fundações privadas, as sociedades civis privadas e associações diversas que atuem na área de saúde, respeitado o Artigo 220 da Constituição do Estado.

§ 2º — A participação complementar do setor privado no Sistema Único de Saúde será efetivada mediante convênio ou Contrato de Direito Público.

§ 3º — Para a celebração de convênio ou contrato administrativo o Sistema único de Saúde dará preferência às entidades filantrópicas e às entidades sem fins lucrativos.

§ 4º — A aquisição de serviços específicos do setor privado, mediante Contrato de Direito Público, será precedida de convocação pública e avaliação técnico-sanitária dos interessados, na forma determinada pelo Sistema único de Saúde.

Artigo 28 — No tocante às ações e atividades de pesquisa, educação continuada, consultoria técnico-científica, produção e outras não incluídas no campo da assistência à saúde, o Sistema único de Saúde somente poderá recorrer aos serviços de empresas ou entidades do setor privado, ainda que universitárias, de pesquisa, filantrópicas e sem fins lucrativos, depois de esgotada, no âmbito da administração direta e indireta a capacidade de prestação dos serviços desejados, exceto nos casos aprovados pelos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde.

Artigo 29 — Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino, privados que se integrem ao Sistema Único de Saúde, mediante convênio, preservarão sua peculiar autonomia nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

Artigo 30 — A concessão de recursos públicos para auxílio ou subvenção a entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos ficará subordinada ao preenchimento, pela entidade interessada, dos requisitos de idoneidade técnica, científica, sanitária e administrativa, fixados por órgão ou entidade específica do sistema, e à avaliação do retorno social dos serviços e atividades que realiza, aprovados no Conselho Estadual de Saúde.

Artigo 31 — O Poder Executivo apoiará financeiramente, em

caráter prioritário, entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos dedicada aos serviços de prevenção e atendimento especializado a pessoas portadoras de deficiências físicas, observado o disposto no artigo anterior.

Artigo 32 — Os serviços de saúde do setor privado que participarem do Sistema Único de Saúde de forma complementar, mediante convênio ou contrato de Direito Público, ficam sujeitos à normatividade genérica do sistema, às normas administrativas incidentes sobre o objeto do convênio ou contrato e aos princípios gerais e às diretrizes e bases enunciadas nos artigos 3º e 5º desta lei.

Artigo 33 — É vedada a destinação de recursos públicos para auxílio ou subvenções às entidades privadas com fins lucrativos.

Parágrafo único — No exame de pedidos de financiamento, incentivo fiscal ou creditício, ou outro benefício financeiro formulados pelo setor privado sem fins lucrativos, os órgãos competentes do Poder Executivo verificarão, obrigatoriamente, se não está ocorrendo duplicação de meios para atingir objetivos realizáveis pelo Sistema Único de Saúde e se cientificarão, previamente, da impossibilidade de expansão da rede de serviços públicos pertinentes.

Artigo 34 — O Sistema Único de Saúde estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços públicos de saúde no Estado e nos Municípios.

Parágrafo único — Na conformidade do disposto neste artigo, a direção estadual do Sistema Único de Saúde atuará no sentido de que a implementação da política estadual de ciência e tecnologia na área da saúde se faça mediante atendimento prioritário das demandas sociais.

Artigo 35 — As pessoas jurídicas de direito público e de direito privado, prestadoras de serviços, são responsáveis objetivamente, pelos danos que seus agentes causaram ao indivíduo ou à coletividade, cabendo aos infratores as mesmas penas existentes na forma da lei.

CAPÍTULO VI

Do Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde

Artigo 36 — Os serviços públicos de saúde da administração direta, indireta e fundacional serão organizados em função do Sistema Único de Saúde.

Artigo 37 — O Sistema Único de Saúde do Estado será organizado com base na integração de meios e recursos e na descentralização político-administrativa.

§ 1º — O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde será ascendente, do nível local até o estadual, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em Planos de Saúde dos municípios e do Estado e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º — No âmbito do Poder Executivo do Estado, a descentralização far-se-á por meio de Escritórios Regionais de Saúde — ERSAs, conforme exigirem as características demográficas e epidemiológicas da região, a capacidade instalada e a resolutividade

de dos serviços do Sistema Único de Saúde, para permitir o acesso da população a todos os níveis de atenção e continuidade e qualidade da articulação dos dirigentes regionais com as Prefeituras Municipais interessadas.

§ 3º — A responsabilidade pública da atenção ambulatorial no Sistema Único de Saúde será exercida por meio da rede de unidades básicas de saúde, hierarquizada em níveis de complexidade e definida como porta de entrada seletiva para os serviços de maior especialização e os hospitalares.

§ 4º — No caso da população favelada, albergada, escolar e de pessoas portadoras de deficiência física, a atenção ambula-

torial constará de projetos integrados com as áreas de educação, promoção social, nutrição e outras.

§ 5º — As atividades de vigilância epidemiológica, controle de endemias e vigilância sanitária no Sistema Único de Saúde são públicas e exercidas em articulação e integração com outros setores, dentre os quais os de saneamento básico, energia, planejamento urbano, obras públicas, agricultura e meio ambiente.

§ 6º — Os projetos de desenvolvimento institucional e os programas de atenção à saúde atualmente em curso serão realizados, avallados e aperfeiçoados segundo as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Artigo 38 — O Sistema Único de Saúde, empreenderá a extinção progressiva dos manicômios e sua concomitante substituição por recursos assistenciais alternativos, como: a Unidade Psiquiátrica e o Serviço de Emergências Psiquiátricas em Hospitais Gerais, o Hospital-Dia e o Hospital-Noite, os Centros de Atenção, os Centros de Convivência e Cooperativas, os Lares Abrigados e a Rede de Atenção à Saúde Mental nas Unidades Básicas de Saúde.

CAPÍTULO VII

Dos Recursos Humanos

Artigo 39 — O Estado, por seus órgãos competentes e na forma da legislação vigente, executará política de administração e preparação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde, articuladamente com os municípios, visando, sobretudo:

I — a organização de um sistema de formação de recursos humanos e a institucionalização de programas de capacitação permanente do pessoal da equipe de saúde mediante integração operacional e curricular com as instituições de ensino nos diferentes graus de escolaridade, inclusive de pós-graduação;

II — o estabelecimento de planos de cargos e salários e de carreira com base em critérios determinados em lei, e a garantia da utilização do concurso público para ingresso e do sistema de mérito para a progressão nas carreiras, para cada esfera do governo e de acordo com o perfil dos municípios;

III — fixação de pisos salariais para cada categoria profissional, sem prejuízo da adoção pelos municípios de remuneração complementar para atender à peculiaridades regionais.

IV — valorização de dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde;

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

Artigo 40 — É vedada a nomeação ou designação para cargo ou função pública de chefia ou assessoramento na área da saúde, em qualquer nível, de pessoa que participe de direção, gerência ou administração de entidades que mantenham contratos ou convênios com o Sistema de Saúde, no nível estadual, ou sejam por ele credenciados.

CAPÍTULO VIII

Do Processo de Municipalização das Ações e dos Serviços de Saúde

Artigo 41 — Os órgãos competentes do Poder Executivo estadual darão apoio aos municípios para que sejam obedecidas as diretrizes e bases fixadas no artigo 5º desta lei.

Parágrafo único — Em consonância com o processo de municipalização das ações e serviços públicos de saúde, e respeitada a autonomia do Município, o Estado:

1 — transferirá para o Município, com os recursos correspondentes, os serviços de saúde próprios do Estado que atuam, preponderante ou exclusivamente, na área do município, ou cuja complexidade interessa para garantir a resolutividade do sistema local, e

2 — fortalecerá a atuação direta do Município em face das necessidades da população, agindo, supletivamente, na medida

das deficiências locais.

Artigo 42 — O processo de planejamento e orçamento do Sistema único de Saúde será ascendente, do nível local até o estadual, ouvido o órgão deliberativo da área de saúde da respectiva esfera de governo.

Parágrafo único — É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais que precedem o estado de calamidade pública na área de saúde, ou que se caracterizem, por si mesmas, como de calamidade pública.

Artigo 43 — Os recursos financeiros do Sistema único de Saúde no âmbito do Estado serão depositados em conta especial, constituindo um fundo específico, regulamentado por lei, e movimentados sob fiscalização do Conselho Estadual de Saúde.

Parágrafo único — Os recursos do Fundo Estadual de Saúde, destinados às ações e serviços do Sistema único de Saúde, a serem executados pelos municípios, serão transferidos diretamente e de forma regular e automática, em repasses mensais de duodécimos, em conformidade com as cotas previstas em cronograma aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde, sem necessidade da celebração de convênios.

Artigo 44 — Na transferência para os municípios de verbas oriundas das esferas federal e estadual, a fixação de valores ficará subordinada à conjugação dos seguintes critérios na análise técnica de programas e projetos:

I — perfil demográfico do município;

II — perfil sócio-econômico e infra-estrutura básica disponível no Município;

III — perfil epidemiológico da área a ser coberta;

IV — características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

V — desempenho técnico, econômico e financeiro no exercício anterior;

VI — grau de participação do setor saúde no orçamento municipal;

VII — previsão do plano quadrienal e de investimentos na rede; e

VIII — ressarcimento dos serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1º — No caso de Município sujeito a notório processo de migração, ou a flutuação populacional cíclica, os critérios demográficos mencionados neste artigo serão ponderados por outros indicadores de crescimento da população estabelecidos pela Secretaria da Saúde.

§ 2º — Metade dos recursos destinados aos Municípios serão repassados em duodécimos, mensalmente, segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes independentemente de qualquer procedimento prévio.

Artigo 45 — Quando os Municípios constituírem consórcio administrativo intermunicipal para desenvolver, em conjunto, as ações e os serviços públicos de saúde, aplicar-se-á ao consórcio o princípio da direção única, a ser definida no ato constitutivo da entidade que ficará sujeita às mesmas normas de observância obrigatória pelas pessoas jurídicas de direito público integrantes do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único — No âmbito municipal, o Sistema único de Saúde poderá organizar núcleos ou circunscrições sanitárias para integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações e serviços de saúde previstos nesta lei.

Artigo 46 — O Poder Executivo atualizará, no prazo de 6 (seis) meses e nos termos desta lei, a ordenação sanitária de sua competência.

CAPÍTULO IX

Da Solução Consensual de Conflitos

Artigo 47 — O Estado e os Municípios poderão estabelecer, de comum acordo, mecanismo de solução consensual de even-

tuais conflitos ou impasses de natureza político-administrativa surgidos na implementação das ações e serviços de saúde.

Artigo 48 — Esta Lei Complementar entrará em vigor na data de sua publicação.

Artigo 49 — Reovagam-se as disposições em contrário.

Justificativa

"Saúde é luta". Essa foi a bandeira da Plenária Estadual de Entidade e Movimento de Saúde, organizada em abril de 1987, após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando representantes de sindicatos, associações e movimentos de saúde sentiram a necessidade de manter a mobilização para que as conclusões tiradas dessa conferência fossem incorporadas nas Constituições Federal e Estaduais.

A partir desse momento, essas entidades passaram a se reunir e lançaram o seu primeiro manifesto, "defendendo a urgente necessidade de unificar a ação de todos aqueles que lutam pelo direito à saúde, considerada como um direito inalienável da pessoa humana, sem qualquer fator de discriminação... e entendido como: acesso à terra e aos meios de produção, direito ao trabalho com condições dignas, saneamento, moradia, alimentação, educação, transporte, lazer, ... e conseqüentemente, participação dos vários segmentos da sociedade, em nível de decisão, na formulação das políticas de saúde e na gestão dos serviços."

Como resultado tivemos a promulgação da Constituição Federal em outubro de 1988, contemplando várias destas propostas. E em 89 a Constituição de São Paulo marca a possibilidade de concretização destes avanços.

Mas, de 88 a 91, se agrava a crise econômica, social, política e institucional do País e a morosidade na elaboração das leis complementares e a falta de repasse de verbas, inibe o processo de implantação dos SUS e leva os serviços públicos de saúde a uma calamidade sem precedentes.

A nível federal são aprovadas as Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde) e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (condições para as transferências de recursos financeiros intergovernamentais), e o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990 (que organiza o Conselho Nacional de Saúde).

Estas legislações completam o aporte necessário para a elaboração das Leis Estaduais. Alias, o artigo 4º da Lei nº 8.142 estabelece que os municípios e Estados só receberão os recursos federais se contarem com: Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, Plano de Saúde, Relatórios de gestão, contrapartida de recursos para a Saúde e Comissão de elaboração do Plano de Carreiras, Cargos e Salários, caso contrário os recursos concernentes serão administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Neste sentido, apresentamos o presente projeto de lei, contendo uma proposta que tenta contemplar os avanços já estabelecidos a nível: das constituições e das legislações federais complementares, das reivindicações das entidades e movimentos, tanto populares como sindicais, bem como de técnicos e profissionais do setor, e mesmo do projeto de lei estadual apresentado em 5 de abril de 1990 pelo Executivo e retirado em 23 de março de 1991.

Por entendermos que não dá mais para adiar a discussão da regulamentação do SUS neste Estado, convocamos a participação dos demais deputados para a sua aprovação pelo Poder Legislativo.

Sala das Sessões, em

2) Roberto Gouveia, Luiz Azevedo, Antonio Palocci, Luiz Carlos da Silva, Elói Pietá, João Paulo, Lucas Buzato, Pedro Dallari, Ivan Valente, José Zico Prado, Luiz Carlos Pedro, Gilson Menezes, Arlindo Chignalia, Beatriz Pardi, Jamil Murad, Antenor Chicarino.

(Publicado novamente por ter saído com incorreções no D.A. de 3-7-91 PL. nº 495, de 1991)

Parecer n.º 243, de 1993

Da Comissão de Constituição e Justiça, sobre o Projeto de Lei Complementar n.º 15 de 1991

De autoria do nobre Deputado Roberto Gouveia, o Projeto de Lei Complementar n.º 15, de 1991, estabelece o Código de Saúde para o Estado de São Paulo.

Após o cumprimento das formalidades primeiras, estabelecidas pela VI Consolidação do Regimento Interno, a presente proposição esteve em pauta, não tendo sido alvo de qualquer emenda.

Ao depois, na sequência do rito previsto para os casos desta espécie, foi ela — a proposição — remetida a esta Comissão, a fim de ser apreciada sob a ótica constitucional, legal e jurídica.

Para esse fim, num primeiro momento, o ínclito Presidente deste órgão técnico-jurídico nos designou relator da matéria, consoante despacho de fls. 20.

No desempenho deste honroso mister cumpre-nos, "ab initio", focar a matéria sob o ângulo de sua natureza jurídica, isto é, se ela é de índole legislativa e se inscrita na esfera de competência estadual.

Ressalta, evidente, que o assunto se quadra entre aqueles que a Constituição Federal colocou como próprio da atividade legislativa e o elencou na competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios — art. 23, II, da Constituição Federal.

Vê-se, assim, que esta matéria — saúde — se insere no rol daquelas que o Estado pode dispor — art. 19 da Constituição Estadual. Por outro lado, não estando inscrita como de caráter privativo de qualquer Poder, deflagração do processo legislativo de propositura que sobre ela trata não é defeso aos Membros desta Casa de Leis, razão pela qual, também sob esse aspecto, não existe óbice à sua tramitação.

Registra-se, por oportuno, que o projeto em tela, em seu artigo 13, disciplina os recursos destinados a ocorrer às despesas a serem criadas em decorrência de sua aplicação, satisfazendo, destarte, o disposto no art. 25 da Carta Paulista.

Além dessas considerações, poder-se-á abordar, ainda, consoante prescreve a Constituição do Estado, em seu artigo 219, na esteira do que estabelece a Carta Federal — art. 196 — que "a saúde é direito de todos e dever do Estado". Por essa razão, as proposições que visam efetivar o referido preceito encontram respaldo no ordenamento jurídico, tanto federal como estadual, pois que, se de outra forma fosse, letra morta seria o abordado princípio.

Diante do exposto, verifica-se que inexistem impedimentos de ordem constitucional, legal e jurídico que vedem o acolhimento do projeto em epígrafe.

Por tal motivo, somos de parecer favorável.

É a nossa opinião, s.m.j.

Sala das Comissões, em

a) *Marcelo Gonçalves*, Relator

Aprovado o parecer do relator, favorável à proposição.

Sala das Comissões, em 6-3-92.

a) *Edinbo Araújo*, Presidente

Edinbo Araújo — Roberto Purini — Lutz Carlos da Silva — Erasmo Dias — Daniel Marins — Ricardo Tripoli — Vicente

Parecer nº 244, de 1993

De Relator especial em substituição ao da Comissão de Saúde e Higiene, sobre o Projeto de lei Complementar nº 15, de 1991

O Projeto de lei Complementar nº 15, de 1991, que tem como autor o ilustre Deputado Roberto Gouveia, estabelece o Código de saúde no âmbito do nosso Estado.

A proposição esteve em pauta, nos termos e prazo regimentais, nas sessões compreendidas no período de 26 a 30 de agosto do ano de 1991 transato, sendo certo que não foi alvo de emendas ou de substitutivos (fls. 19-verso).

Por força de despacho do Presidente da Assembléia Legislativa (fls. 19-verso) e de disposições regimentais § 1º do artigo 31 da VI Consolidação do Regimento Interno), foi a propositura examinada no âmbito da Comissão de Constituição e Justiça, a qual entendeu inexistirem óbices de natureza constitucional, legal ou jurídica que pudessem obstacular a tramitação do projeto em epígrafe.

Ao depois, sobre a proposição foi acostado às fls. 24/25 o parecer da lavra do então Deputado Celso Giglio, o qual, entretanto, não foi apreciado pela Comissão de Saúde e Higiene.

As fls. 26 consta requerimento do autor do projeto, que solicitou a designação de Relator Especial, em face de ter-se expirado o prazo regimental conferido àquele Colegiado Técnico.

O ilustre Presidente desta Casa de Leis, nobre Deputado Victor Sapienza, utilizando de prerrogativa a ele conferida pelo Regimento Interno Consolidado, designou este Deputado para, na qualidade de Relator Especial, exarar parecer em substituição ao da Comissão de Saúde e Higiene.

Este é, de forma resumida, o relatório.

Passo, a seguir, a opinar sobre o projeto.

E, em assim fazendo, deve-se observar, desde logo, que o projeto está em condições de prosperar, bastando para tanto que se promovam algumas modificações objetivando suprimir dispositivo inconveniente, aperfeiçoar determinado artigo, enfim, adequando-o naquilo que for contrário ao bom senso e ao contexto da sociedade vigente, considerando, inclusive, as experiências vividas por países reconhecidamente desenvolvidos.

O artigo 14 estabelece que "nos internamentos de crianças, coma até doze anos, nos hospitais da administração direta e indireta, é assegurada a permanência da mãe, mesmo nas enfermarias". Consoante se observa, não se vislumbra no corpo do projeto a preocupação que deveria ocorrer quanto à possibilidade dos hospitais envolvidos disporem ou não da infra-estrutura necessária para dar cumprimento a essa vigência. Ademais, não está prevista a existência de local adequado para refeições e para higienização da acompanhante., bastando lembrar, ainda, que o projeto não prevê a pessoa que possa substituir a mãe na sua eventual ausência.

Por sua vez, o artigo 38 prevê a extinção progressiva dos manicômios e sua concomitante substituição por recursos assistenciais alternativos. Parece-nos que a medida aventada é bastante inconveniente, visto que as experiências empreendidas em países mais desenvolvidos, caso da Itália e Estados Unidos, demonstraram resultados insatisfatórios, gerando problemas sociais em grande escala, como nos Estado Unidos, em que a onda dos desabrigados ("homeless") cresceu assustadoramente com aqueles

que saíram dos hospitais. Vale lembrar que da massa ambulante de desabrigados, estimada entre 400 e 600 mil pessoas, cerca de 120 a 180 mil são doentes mentais graves, que perambulam pelas ruas e estradas. Ressalte-se, ainda, que os hospitais gerais, por enfrentarem inúmeros problemas de ordem funcional e econômica, não têm condições de absorver esse contingente de doentes mentais.

Isto posto, entendemos que o parecer ao Projeto de Lei Complementar nº 15, de 1991, deve ser favorável, desde que sejam feitas as seguintes modificações com a oposição da presente emenda"

1) Suprima-se do projeto de lei complementar em epígrafe o seu artigo 38, renumerando-se os demais;

2) Dê-se ao artigo 14 a proposição epigrafada a seguinte redação, acrescentando-lhe parágrafo único:

"Artigo 14 — É assegurada, nos termos do artigo 278 da Constituição do Estado, a permanência da mãe nos internamentos de crianças com até 12 (doze) anos de idade nos hospitais vinculados aos órgãos da Administração Direta e Indireta do Estado.

Parágrafo único — Na falta da mãe, é permitida a substituição por outra pessoa, preferivelmente da família, quando perceptível a transmissão de valores de níveis afetivo, cognitivo e físico, considerados de fundamental importância à recuperação da criança internada."

3) Acrescente-se, onde convier, o seguinte artigo:

"Artigo... — Os hospitais a que se refere o artigo 14 deverão contar, obrigatoriamente:

I — Restaurante ou Refeitório com capacidade suficiente para atender às mães das crianças internadas;

II — Banheiro ou outro local com aparelhagem e instalações adequadas para higienização diária.

Parágrafo único — Os estabelecimentos referidos no artigo 14 deverão fornecer, também, refeição separada para as mães das crianças internadas, a fim de prevenir eventuais riscos de contaminação ou de ser ministrada ao internado alimentação em desacordo com as prescrições médicas."

Assim sendo, desde que aceita a Emenda ora apresentada, o projeto de Lei Complementar nº 15, de 1991, estará, portanto, em condições de ser aprovado.

Favorável, pois, é o nosso parecer, com a emenda já apresentada.

Sala das Sessões, em

a) Nelson Salomé, Relator Especial



**Substitutivo nº 01, de 1993,
ao Projeto de Lei Complementar nº 15, de 1991**

(SL nº 2.324, de 1993)

Institui o Código de Saúde, dispondo sobre a organização, a regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde no Estado de São Paulo.

Disposição Preliminar

Artigo 1º — Este Código estabelece normas de ordem pública e interesse social para a proteção, defesa, promoção, prevenção e recuperação da saúde, nos termos da Constituição da República e da Constituição do Estado.

PARTE PRIMEIRA

Dos Fundamentos Políticos e Sociais da Saúde

TÍTULO I

Da Saúde Como Direito Social

CAPÍTULO ÚNICO

O Direito à Saúde

Artigo 2º — O direito à saúde constitui direito público subjetivo do cidadão.

Parágrafo único — O dever do Poder Público na concretização do disposto neste artigo não exclui o das pessoas e da sociedade.

Artigo 3º — Compete ao Poder Público e à sociedade propor e desenvolver ações e serviços destinados a garantir a saúde da população.

Artigo 4º — Neste Código, a ações e os serviços de saúde compreendem, isoladamente e no seu conjunto, as iniciativas do Poder Público que tenham por objetivo a proteção, defesa, promoção, prevenção, preservação e recuperação da saúde, individual e coletiva.

Artigo 5º — O direito à saúde pressupõe:

I — condições dignas de trabalho, renda, alimentação, nutrição, educação, moradia, saneamento, transporte e lazer, assim como acesso a esses bens e serviços essenciais;

II — prestação de serviços de qualidade, prestados oportunamente e de modo eficaz;

III — respeito à autonomia individual mediante obtenção de consentimento esclarecido na prestação de serviços de saúde e à recusa, salvo nos casos de iminente perigo de vida;

IV — tratamento por meios adequados e com presteza, correção técnica, privacidade e respeito;

V — informação sobre o estado de saúde, os benefícios e riscos das alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do quadro nosológico e, quando for o caso, sobre situações atinentes à saúde coletiva e formas de prevenção de doenças e agravos;

VI — garantia e respeito, com confidencialidade, sobre os seus dados pessoais;

VII — constituição de entidades que representem e defendam os interesses dos usuários, e também colaborem com o Poder Público na execução das ações e dos serviços de saúde; e

VIII — obtenção de informações e esclarecimentos adequados sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde.

TÍTULO II

Das Ações e dos Serviços de Saúde

SEÇÃO I

Disposições Gerais

Artigo 6º — No Estado de São Paulo as ações e os serviços de saúde, considerados de relevância pública, serão executados e desenvolvidos pela administração direta, indireta e fundacional do Estado e dos Municípios, e pela iniciativa privada, na forma desta lei e da sua respectiva regulamentação

Artigo 7º — As ações e os serviços de saúde abrangem o meio ambiente, os locais públicos e de trabalho, bem como os produtos, procedimentos, processos, métodos e técnicas relacionadas à saúde.

Artigo 8º — A atenção à saúde é livre à iniciativa privada, observadas as normas de regulamentação, fiscalização e controle estabelecidas neste Código, no Código Sanitário do Estado, na legislação nacional e na legislação suplementar estadual.

Artigo 9º — As pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado participantes do Sistema Único de Saúde são responsáveis, objetivamente, pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem ao indivíduo ou à coletividade.

SEÇÃO II

Princípios Gerais

Artigo 10 — As ações e os serviços de saúde, públicos e privados, serão subordinados aos seguintes princípios gerais:

I — A saúde é direito de todos e dever do Estado.

II — Os serviços de saúde, nos seus vários níveis de complexidade, obedecerão aos padrões de qualidade técnica, científica e administrativa.

SEÇÃO III

Da Política de Saúde no Estado

Artigo 11 — A política de saúde no Estado, exercida por meio do Sistema Único de Saúde, nos níveis estadual e municipal, estará orientada para:

I — A atuação articulada do Estado e dos Municípios, mediante o estabelecimento de normas, ações, serviços e atividades sobre fato, situação ou local que ofereça risco à saúde individual e coletiva;

II — O reconhecimento e a valorização de práticas profissionais alternativas de assistência à saúde;

III — A adoção do critério das reais necessidades de saúde da população, identificadas por estudos epidemiológicos loco-regionais, refletidas, na elaboração de planos e programas e na oferta de serviços de atenção à saúde;

IV — A prioridade das ações preventivas em relação às ações e serviços assistenciais; e

V — A formulação, com ampla divulgação à sociedade, de indicadores de avaliação de resultados das ações e dos serviços de saúde.

Artigo 12 — A base das atividades e programas no âmbito estadual e municipal serão os planos de saúde do Estado e dos Municípios, nos quais se compatibilizarão os objetivos da política de saúde com a disponibilidade de recursos.

PARTE SEGUNDA

Da Estrutura e do Funcionamento do Sistema de Saúde

TÍTULO I

Da Organização do Sistema Único de Saúde no Estado

CAPÍTULO I

Diretrizes e Bases do Sistema Único de Saúde

Artigo 13 — As ações e os serviços públicos de saúde, executados e desenvolvidos pela administração direta, indireta e fundacional do Estado e dos Municípios, constituem o Sistema Único de Saúde, com direção única na esfera do governo estadual e na dos Municípios, e lhe compete, além de outras que vierem a ser estabelecidas, as atribuições fixadas neste Código, na Constituição da República, na Constituição do Estado e na legislação sanitária de caráter municipal, estadual e nacional.

Parágrafo único — Os hospitais universitários preservarão, no Sistema Único de Saúde, a sua peculiar autonomia nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

Artigo 14 — O Sistema Único de Saúde obedecerá às seguintes diretrizes e bases:

I - diretrizes

a) universalidade de acesso do indivíduos às ações e serviços em todos os níveis de atenção à saúde;

b) equidade no atendimento;

c) integralidade da atenção, significando atendimento pleno ao indivíduo, enquanto ser psicossomático e social;

d) resolutivamente dos serviços em todos os níveis de assistência;

e) racionalidade de organização dos serviços, vedada a duplicação de meios para fins idênticos ou equivalentes;

f) precedência do método epidemiológico como critério para o estabelecimento de prioridade, alocação dos recursos e orientação programática;

g) participação da comunidade na formulação das políticas de saúde, controle, fiscalização e acompanhamento das ações e serviços públicos de saúde; e

II — bases

a) gratuidade das ações e dos serviços prestados, vedada a cobrança de despesas, taxas ou adicionais, sob qualquer título;

b) municipalização das ações e serviços de saúde;

c) conjugação da totalidade dos recursos físicos, materiais e humanos do Estado e dos Municípios na prestação de serviços públicos de assistência à saúde da população, e divulgação de informações quanto ao potencial desses serviços e à sua utilização adequada pelo usuário;

d) cooperação técnica entre o Estado e os Municípios na prestação da Assistência à Saúde;

e) Planejamento refletindo as necessidades da população e a regionalização e hierarquização do atendimento individual e coletivo;

f) desenvolvimento do sistema de informações do sistema de saúde, visando seu aprimoramento e fortalecimento das relações do Estado com os Municípios.

CAPÍTULO II

Da Competência do Estado e do Município

SEÇÃO I

Das Autoridades do SUS

Artigo 15. Ressalvada a competência do Governador do Estado e do Prefeito Municipal para a prática de atos específicos decorrentes do exercício da chefia do Poder Executivo, em âmbito estadual ou municipal, a direção do Sistema Único de Saúde é exercida, no Estado, pela Secretaria de Estado da Saúde e, no Município, pela respectiva Secretaria Municipal de Saúde ou órgão equivalente.

Artigo 16. Além dos secretários de saúde, as demais autoridades sanitárias no sistema único são as identificadas na organização das secretarias de saúde ou em órgãos equivalentes, e nos atos regulamentares de fiscalização e controle de ações e serviços de saúde.

SEÇÃO II

Da Competência do Estado

Artigo 17. Compete à direção estadual do Sistema Único de Saúde, além da observância do disposto nos artigos 2º e 14 deste Código, fundamentalmente:

I — Transferir aos Municípios, com os recursos correspondentes, os serviços de saúde próprios do Estado que atuam preponderante ou exclusivamente na área do Município, ou cuja complexidade interessa para garantir a resolutividade dos sistemas municipais;

II — Prestar assistência técnica e apoio financeiro aos Municípios para a execução dos serviços e das ações de saúde de âmbito local;

III — Colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

IV — Acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores de morbidade, mortalidade e condições de risco ou agravo à saúde, no âmbito do Estado;

V — Estabelecer normas para o controle e a avaliação das ações e dos serviços de saúde, incluindo normas técnicas especiais de vigilância sanitária e vigilância epidemiológica;

VI — Identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual ou regional;

VII — Aprovar, em consonância com o plano estadual de saúde, a localização de estabelecimentos hospitalares e conexos; e

VIII — Exercer, com equidade, o papel redistributivo de meios e instrumentos para os Municípios realizarem adequada política de saúde.

Parágrafo único — O Estado executará, supletivamente, serviços e ações de saúde nos Municípios, no limite das deficiências locais e de comum acordo com os mesmos.

Artigo 18 — Observadas as normas gerais de competência da União, o Estado estabelecerá normas suplementares sobre proteção e defesa da saúde.

Artigo 19 — Compete, ainda, à direção estadual do Sistema Único de Saúde:

I — Coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços de:

a) vigilância epidemiológica;

b) vigilância sanitária;

c) alimentação e nutrição; e

d) saúde do trabalhador.

II — Realizar, em articulação com os Municípios e outros setores da administração pública estadual.

a) medidas de proteção especial à criança, ao adolescente, ao idoso, ao portador de deficiência, e à pessoa acometida de transtorno mental;

b) o atendimento integral aos portadores de deficiências, de caráter regionalizado, descentralizado e hierarquizado em níveis de complexidade crescente, abrangendo desde a atenção primária de saúde até o fornecimento dos equipamentos necessários à sua integração social;

c) o provimento de meios educacionais, científicos e assistenciais para assegurar o direito à auto-regulação da fertilidade como livre decisão do homem, da mulher ou do casal, tanto para exercer a procriação como para evitá-la, vedada qualquer forma coercitiva ou de indução por parte de instituições públicas ou privadas;

d) a fiscalização, o controle e a avaliação dos equipamentos e da tecnologia utilizados no sistema de saúde;

e) programas de educação em saúde;

III — Instituir, por lei, com atualizações periódicas, o Plano Estadual de Saúde e O Plano Estadual Específico de Alimentação e Nutrição, em termos de prioridade e estratégias regionais, em consonância com os planos nacionais;

IV — Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e saúde ambiental;

V — Formular, executar, acompanhar e avaliar, em caráter suplementar, a política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI — Participar da normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador, nas instituições e empresas públicas e privadas, atuando, ainda, em relação ao processo produtivo para garantir:

a) assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença do trabalho, visando sua recuperação e sua reabilitação;

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

c) participação, no âmbito da competência do SUS, da normatização, fiscalização, e controle das condições de produção, extração armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentem riscos à saúde do trabalhador;

d) avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

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

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

VII — Participar do controle e da fiscalização da produção, armazenamento, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e teratogênicos;

VIII — Controlar e fiscalizar o teor nutricional dos alimentos;

IX — Organizar, fiscalizar, controlar e participar da produção e distribuição de medicamentos, de componentes farmacêuticos básicos, produtos químicos, biotecnológicos, imunobiológicos, hemoderivados e outros de interesse para a saúde, facilitando à população o acesso a eles;

X — Adotar política de recursos humanos em saúde e na capacitação, formação e valorização de profissionais da área, para propiciar melhor adequação às necessidades específicas de cada região e de segmentos da população que requeiram atenção especial;

XI — Controlar e fiscalizar as condições da pesquisa em saúde individual e coletiva;

XII — Participar, com os órgãos afins, da proteção do meio ambiente e do controle dos agravos que tenham repercussão na saúde humana;

XIII — Incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico;

XIV — Coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, gerindo as unidades que permaneçam

em sua organização administrativa;

XV — Avaliar a segurança, a eficácia e a utilidade das tecnologias relevantes para a saúde e a assistência sanitária;

XVI — Revisar o Código Sanitário do Estado a cada cinco (5) anos; e

XVII — Administrar, em caráter excepcional e durante o tempo estritamente necessário para a normalização da situação irregular, os serviços contratados ou conveniados pelo Município com o setor privado, nos quais fique demonstrada a ocorrência de desvio de finalidade praticado pela direção municipal do Sistema Único de Saúde.

§ 1.º. As atividades de vigilância sanitária e de vigilância epidemiológica serão exercidas em articulação e integração com outros setores, dentre os quais os de saneamento básico, energia, planejamento urbano, obras públicas, agricultura e meio ambiente.

§ 2.º. A vigilância sanitária abrangerá o conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, inclusive o de trabalho, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.

§ 3.º. A vigilância epidemiológica abrangerá o conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle das doenças e agravos à saúde.

SEÇÃO III

Da Competência do Município

Artigo 20. Compete à direção municipal do Sistema Único de Saúde, além da observância do disposto nos artigos 2.º a 14 deste Código:

I — Planejar, organizar, controlar e avaliar os serviços de saúde de âmbito municipal e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II — Participar do planejamento, da programação e da organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde, em articulação com a direção estadual;

III — Executar ações de serviços de:

a) vigilância epidemiológica;

b) vigilância sanitária;

c) alimentação e nutrição;

d) saúde do trabalhador; e

e) saneamento básico, em conjunto e com financiamento do setor específico.

IV — Dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

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

VI — Exigir estudo prévio sobre os efeitos para a saúde da população, em termos de risco-benefício sanitário, nos casos de projeto de obra ou de instalação de atividade potencialmente causador de grave risco para a vida, a qualidade de vida e a saúde coletiva;

VII — Participar da execução, do controle e da avaliação das ações referentes aos processos e aos ambientes de trabalho, e exercer a inspeção dos ambientes no tocante à área da saúde;

VIII — Gerir laboratórios de saúde pública e hemocentros

integrados na sua organização administrativa;

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

X — Celebrar contratos e convênios para a aquisição de serviços de assistência à saúde, com entidades do setor privado sem fins lucrativos que atuam, preponderante ou exclusivamente no município, ou cuja complexidade interessa para garantir a resolutividade do sistema local, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI — Controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde no município;

XII — Formar consórcios administrativos intermunicipais;

XIII — Ordenar a legislação referente à proteção sanitária;

XIV — Articular-se com o Estado e outros setores da administração pública municipal para realizar as ações e os serviços referidos no artigo 19, Inciso II.

§ 1.º — No tocante ao Inciso IV, a execução dos serviços e ações aí mencionados se fará em articulação com o sistema de saúde federal e estadual, sobretudo quanto aos prazos fixados pela legislação, ou autoridade sanitária nacional ou estadual, para o atendimento de medidas ou a adoção de providências relacionadas com aqueles serviços e ações.

§ 2.º — Quando os Municípios constituírem consórcio administrativo intermunicipal para desenvolver, em conjunto, ações e serviços públicos de saúde, aplicar-se-á ao consórcio o princípio da direção única, a ser definida no ato constitutivo da entidade, que ficará sujeita às mesmas normas de observância obrigatória pelas pessoas jurídicas de direito público integrantes do Sistema Único de Saúde.

§ 3.º — No âmbito municipal, o Sistema Único de Saúde poderá organizar-se em distritos, núcleos ou circunscrições sanitárias para integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações e serviços de saúde.

Artigo 21. Os Municípios poderão expedir, no que concerne estritamente aos interesses locais, normas suplementares ao presente Código.

CAPÍTULO III

Da Participação Complementar do Setor Privado no Sistema Único de Saúde.

Artigo 22 — O Sistema Único de Saúde poderá recorrer à participação do setor privado quando sua capacidade instalada for insuficiente para garantir a assistência à saúde em determinada área, observado o disposto neste capítulo.

§ 1.º — A participação complementar do setor privado no Sistema Único de Saúde será efetivada mediante convênio ou Contrato Administrativo de Direito Público.

§ 2.º — O convênio terá por objeto a realização de atividades constantes de projeto específico elaborado em conformidade com as normas reguladoras do Sistema Único de Saúde e cuja aprovação, nas suas instâncias, ficará condicionada à integração do projeto nos planos de saúde.

§ 3.º — Para a celebração de convênio ou contrato administrativo o Sistema Único de Saúde dará preferência às entidades filantrópicas e às entidades sem fins lucrativos.

§ 4.º — A aquisição de serviços específicos do setor privado, mediante Contrato de Direito Público, será precedida de convocação pública e avaliação técnico-sanitária dos interessados, na forma determinada pelo Sistema Único de Saúde.

Artigo 23 — Os serviços de saúde do setor privado que participarem do Sistema Único de Saúde, ficam sujeitos à normatividade genérica do sistema, às normas administrativas

incidentes sobre o objeto do convênio ou contrato e aos princípios gerais e às diretrizes e bases enunciadas nos artigos 10 e 14.

Artigo 24 — É vedada a destinação de recursos públicos para auxílio ou subvenções às entidades privadas com fins lucrativos.

Parágrafo único — No exame de pedidos de financiamento, incentivo fiscal ou creditício, ou outro benefício financeiro formulados pelo setor privado sem fins lucrativos, os órgãos competentes do Poder Executivo verificarão, obrigatoriamente, se não está ocorrendo duplicação de meios para atingir objetivos realizáveis pelo Sistema Único de Saúde e se cientificarão, previamente, da impossibilidade de expansão da rede de serviços públicos pertinentes.

CAPÍTULO IV

Do Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde

SEÇÃO I

Disposições Gerais

Artigo 25 — Os serviços públicos de saúde da administração direta, indireta e fundacional serão organizados em função do Sistema Único de Saúde.

Artigo 26 — O Sistema Único de Saúde no Estado será organizado com base na integração de meios e recursos e na descentralização político-administrativa.

§ 1.º — O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde será ascendente, no nível local até o estadual, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em Planos de Saúde dos municípios e o do Estado e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2.º — No âmbito do Poder Executivo do Estado, a descentralização far-se-á conforme exigirem as características demográficas e epidemiológicas da região, a capacidade instalada e a resolutividade dos serviços do Sistema Único de Saúde, para permitir o acesso da população a todos os níveis de atenção e continuidade e qualidade da articulação dos dirigentes regionais com as Prefeituras municipais interessadas.

§ 3.º — A responsabilidade pública da atenção ambulatorial no Sistema Único de Saúde será exercida por meio da rede

de Unidades Básicas de Saúde, hierarquizada em níveis de complexidade e definida como principal porta de entrada seletiva para os serviços de maior especialização e os hospitais.

§ 4.º — No caso da população favelada, albergada, escolar e de pessoas portadoras de deficiência física, a atenção ambulatorial constará de projetos integrados com as áreas de educação, promoção social, nutrição e outras.

§ 5.º — As atividades de vigilância epidemiológica, controle de endemias e vigilância sanitária no Sistema Único de Saúde são públicas e exercidas em articulação e integração com outros setores, dentre os quais os de saneamento básico, energia, planejamento urbano, obras públicas, agricultura e meio ambiente.

§ 6.º — Os projetos de desenvolvimento institucional e os programas de atenção à saúde serão realizados, avaliados e aperfeiçoados segundo as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

SEÇÃO II

Das Medidas Assistenciais Específicas

Artigo 27 — O Sistema Único de Saúde, pelo seu corpo clínico especializado, prestará atendimento médico para a prática de aborto nos casos excludentes de antijuridicidade, previstos na legislação penal.

Artigo 28 — O órgão competente do Sistema Único de Saúde estadual promoverá o esclarecimento público e a divulgação das normas sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgão, tecido ou substância humana, para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como sobre a coleta, o processamento e a transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Artigo 29 — No âmbito do Estado, os órgãos e entidades hospitalares do Sistema Único de Saúde e do setor privado estão obrigados a notificar, em caráter de emergência, todos os casos de morte encefálica comprovada.

Artigo 30 — Será regulamentado em lei, no âmbito do Estado e em consonância com a legislação nacional, o processo de coleta, processamento, percurso e transfusão do sangue e seus derivados, mantendo uma rede estadual para o desenvolvimento das ações e dos serviços nessas áreas, de acordo com os planos nacional e estadual de sangue e hemoderivados.

Artigo 31 — O Poder Executivo incentivará e auxiliará os órgãos públicos e entidades filantrópicas de estudos, pesquisa e combate ao câncer respeitando a sua autonomia e independência de atuação científica.

Parágrafo único — Na aplicação do disposto neste artigo serão observados o preceito do artigo 49 e as prioridades do plano de saúde.

Artigo 32. Respeitada a privacidade dos demais internados, assegurar-se-á ao paciente, internado em hospitais da rede pública ou privada, a faculdade de ser assistido, espiritualmente, por ministro de culto religioso, de sua escolha.

Artigo 33. Nos internamentos de crianças e adolescentes nos estabelecimentos do Sistema Único de Saúde, será proporcionada condições para a permanência com o menor e em período integral, de um dos pais ou do responsável.

Artigo 34. O Sistema Único de Saúde garantirá o funcionamento de unidades terapêuticas para recuperação de usuários de substâncias que geram dependência física ou psíquica, resguardado o direito de livre adesão dos pacientes aos programas de recuperação, salvo ordem judicial.

SEÇÃO III

Da Saúde Mental

Artigo 35. No tocante à Saúde Mental, a atuação do Sistema Único de Saúde, estadual e municipal, empreenderá a substituição gradativa do atual sistema hospitalocêntrico de atenção à saúde mental, desenvolvendo ações de saúde predominantemente extra hospitalares através de serviços ambulatoriais nas unidades básicas de saúde, ambulatórios de saúde mental, serviços especializados em hospitais-dia, hospitais-noite, centros/núcleos de atenção psicossocial, centros de convivência e cooperativas, lares e pensões protegidas, entre outros, e serviços alternativos à hospitalização convencional nos pronto socorros e hospitais gerais, observando os seguintes princípios:

I — A atenção aos problemas de saúde mental, em especial os referentes à psiquiatria infantil e à psicogeriatría, se realizará, basicamente, no âmbito comunitário, mediante assistência ambulatorial, assistência domiciliar e internação de tempo par-

cial, de modo a evitar ou a reduzir, ao máximo possível, a internação hospitalar integral;

II — Toda pessoa acometida de transtorno mental terá direito a tratamento no ambiente menos restritivo possível, segundo o estabelecido em lei, e administrado após seu consentimento informado.

III — A internação psiquiátrica será utilizada como último recurso terapêutico, e deverá objetivar a mais breve recuperação.

IV — Quando necessária a internação de pessoa acometida de transtorno mental, esta se dará preferentemente em hospitais gerais;

V — A vigilância dos direitos indisponíveis dos indivíduos assistidos será realizada de forma articulada pela autoridade sanitária local e pelo Ministério Público, especialmente na vigência de uma internação psiquiátrica involuntária;

VI — Promover o desenvolvimento, em articulação com os órgãos e entidades da área de assistência e promoção social, as ações e serviços de recuperação da saúde de pessoas acometidas de transtorno mental e sua reinserção na família e na sociedade.

SEÇÃO IV

Dos Locais de Trabalho

Artigo 36. Compete à autoridade sanitária, de ofício ou mediante denúncia de risco à saúde, proceder à avaliação das fontes de risco no meio ambiente, nele incluídos o local e os processos de trabalho, e determinar a adoção das providências para que cessem os motivos que lhe deram causa.

Artigo 37. Ao sindicato de trabalhadores, ou representantes que designar, é garantido requerer a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco eminente para a vida ou a saúde dos empregados;

§ 1.º Em condições de risco grave e iminente no local de trabalho, será lícito ao empregado interromper suas atividades, sem prejuízo de quaisquer direitos, até a eliminação do risco;

§ 2.º O Estado e os Municípios atuarão para garantir a saúde e a segurança dos empregados nos ambientes de trabalho;

§ 3.º São asseguradas, nas ações e nos serviços desenvolvidos pelo sistema de vigilância sanitária, a cooperação e a participação dos sindicatos de trabalhadores, dos organismos de defesa do consumidor e das entidades ambientalistas;

§ 4.º — A autoridade sanitária se articulará com o setor de relações do trabalho, de medicina e segurança do trabalho e com os conselhos de fiscalização do exercício profissional para a avaliação das situações de risco e a adoção das medidas exigidas;

§ 5.º — É assegurada a cooperação dos Sindicatos de Trabalhadores nas ações de vigilância sanitária desenvolvidas

nos locais de trabalho, bem como o direito dos trabalhadores e dos sindicatos de acesso às informações coletadas e aos relatórios de avaliação das condições de trabalho registradas processualmente.

SEÇÃO V

Da Ouvidoria Geral

Artigo 38 — Sem prejuízo da atuação dos órgãos de controle externo e interno e do Conselho Estadual de Saúde, haverá na direção do Sistema único de Saúde uma ouvidoria

geral, incumbida de detectar e receber reclamações e denúncias, investigar a sua procedência, apontar responsáveis, exercer a atividade correicional de sua alçada e promover, junto aos órgãos competentes do sistema e ao Ministério Público, as sindicâncias, os processos administrativos disciplinares, os inquéritos civis públicos e outras medidas cabíveis.

Parágrafo único. A Ouvidoria geral na direção central não impedirá a existência de ouvidor em unidade descentralizada do sistema, que será designado pelo Ouvidor Geral, após aprovação do Conselho Estadual de Saúde.

Artigo 39 — O Ouvidor Geral será eleito pelo Conselho de Saúde competente dentre servidores da administração pública direta, indireta ou fundacional do Estado ou do Município, com reconhecida experiência no campo da saúde, respeitado o disposto no artigo 226 da Constituição Estadual.

§ 1.º — Durante o período de sua investidura, e até um ano após o término da investidura, que será por dois anos, o servidor eleito Ouvidor Geral não poderá ser dispensado do cargo ou da função que ocupa na Administração, da qual ficará afastado sem prejuízo dos vencimentos e demais vantagens.

§ 2.º — Somente o Conselho Estadual de Saúde, mediante processo regular, poderá destituir o Ouvidor Geral antes do término do prazo de sua investidura, garantido a este o direito de defesa.

§ 3.º — Para o pleno exercício de sua atividade, o Ouvidor Geral terá amplo acesso às repartições do Sistema Único de Saúde, bem como aos serviços contratados ou conveniados com o setor privado, e poderá requerer as informações e os dados que julgar necessários, os quais serão fornecidos em tempo oportuno pelo órgão ou autoridade responsável.

Artigo 40 — Os Municípios poderão instituir ouvidoria no Sistema Único de Saúde nos moldes do disposto nesta Seção.

SEÇÃO VI

Dos Recursos Humanos

Artigo 41 — O Estado, por seus órgãos competentes e em articulação com a União e os Municípios, executará a política de administração e preparação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde, visando, sobretudo:

I — A organização de um sistema de formação de recursos humanos e a institucionalização de programas de capacitação permanente do pessoal da equipe de saúde, mediante integração operacional e curricular com as instituições de ensino nos diferentes graus de escolaridade, inclusive de pós-graduação;

II — O estabelecimento, em conformidade com as características essenciais do regime jurídico único dos servidores públicos, de planos de cargos e salários e de carreiras com base em critérios de especificidade da função, complexidade das atribuições, local de exercício, riscos inerentes à atividade e outros fatores determinados em lei, a garantia da utilização do concurso público para ingresso e do sistema de mérito para a progressão nas carreiras;

III — A valorização do tempo integral e da dedicação exclusiva ao serviço;

IV — A adequação dos recursos humanos às necessidades específicas de cada região; e

V — A utilização da rede de serviços públicos como campo de aplicação para o ensino e a pesquisa e o treinamento em serviço, mediante normas específicas;

VI — A fixação de pisos salariais para cada categoria profissional;

VII — O provimento de cargos em comissão preferentemente por servidor integrante da carreira;

Artigo 42. É obrigatório o regime de tempo integral para o exercício dos cargos e funções de direção, chefia e assessoramento no âmbito do Sistema único de Saúde.

Artigo 43. É vedada a nomeação ou designação, para cargo ou função de chefia, direção ou assessoramento na área da saúde, em qualquer nível, de proprietário, sócio ou pessoa que participe de direção, gerência ou administração de entidades que mantenham contratos ou convênios com o Sistema único de Saúde, ou sejam por ele credenciadas.

SEÇÃO VII

Do Financiamento

Artigo 44. As ações e os serviços do Sistema único de Saúde, estadual e municipal, serão financiados com os seguintes recursos:

I — Receitas fiscais próprias;

II — Transferências da União para o Estado e os Municípios e transferências do Estado para os Municípios; e

III — Recursos de outras fontes, como: donativos, doações, rendas de loterias, etc.

Parágrafo único — Para dar maior transparência ao uso da verba pública, sua destinação far-se-á sempre com a apresentação da respectiva fonte.

Artigo 45. As ações de saneamento, que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema único de Saúde, terão dotações orçamentárias próprias, e serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros do Estado, dos Municípios e da União.

Artigo 46. Nos casos de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, é obrigatória a autorização do Conselho Estadual de Saúde e do órgão competente da direção estadual do Sistema único de Saúde.

SEÇÃO VIII

Do Planejamento, do Orçamento, da Gestão Financeira e do Fundo de Saúde

Artigo 47. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde, estadual e municipal, serão depositados no fundo de saúde, na esfera de governo estadual e municipal, e movimentados pela direção do sistema sob fiscalização do respectivo conselho de saúde, sem prejuízo da atuação dos órgãos de controle interno e externo.

§ 1.º. Nos fundos de saúde ficarão alocados todos os recursos financeiros do Sistema único de Saúde, estadual e municipal, discriminados como despesas de custeio e de investimento das respectivas secretarias de saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta, de modo que se identifiquem globalmente os recursos destinados ao setor de saúde.

§ 2.º. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada no âmbito do Estado ou do Município transferirão, automaticamente, ao fundo estadual ou ao fundo municipal, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no orçamento estadual ou municipal a projetos e atividades do Sistema único de Saúde.

§ 3.º — A transferência de recursos do Estado para os Municípios, se fará mediante repasse direto de fundo a fundo, independentemente de convênio ou instrumento equivalente.

Artigo 48. O processo de planejamento e orçamento do Sistema único de Saúde será ascendente, do nível local até o

estadual, passando pelo regional, ouvidos os respectivos conselhos de saúde, e compatibilizando-se, em planos de saúde estadual e municipal, os objetivos da política de saúde no Estado com a disponibilidade de recursos.

§ 1.º. Os planos de saúde serão a base das atividades e programações do Estado e dos Municípios e seu financiamento será previsto na proposta orçamentária correspondente, observando-se, especialmente, o disposto na Seção VII deste Capítulo.

§ 2.º. No financiamento do plano estadual de alimentação e nutrição, previsto no Inciso III do artigo 19, não serão incluídos recursos correspondentes à alimentação escolar, os quais onerarão o orçamento do setor educacional.

§ 3.º. É vedada a transferência de recursos do Estado para o financiamento de ações ou serviços não previstos nos planos de saúde municipais, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública na área da saúde.

Artigo 49. Comprovada, no interesse do Sistema único de Saúde, a conveniência da ajuda financeira, a concessão de recursos públicos para auxílio ou subvenção a entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos ficará, ainda, subordinada ao preenchimento, pela entidade interessada, de requisitos de idoneidade técnica, científica, sanitária e administrativa, fixados por órgão ou entidade específica do sistema, e à avaliação do retorno social dos serviços e atividades que realiza, devendo ser aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde.

Artigo 50. O Estado apoiará financeiramente, em caráter prioritário, entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos dedicadas aos serviços de prevenção e atendimento especializado a pessoas portadoras de deficiência, observado o disposto no artigo 50.

Artigo 51. A quantificação global dos recursos próprios, incluídos os transferidos pela União, que o Estado destinará aos Municípios, para atender a despesas de custeio e investimento, constará do plano estadual de saúde, elaborado pela direção do sistema e aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde.

Artigo 52 — Na transferência para os municípios de verbas oriundas das esferas federal e estadual, a fixação de valores ficará subordinado à conjugação dos seguintes critérios na análise técnica de programas e projetos:

- I — perfil demográfico do município;
- II — perfil epidemiológico da área a ser coberta;
- III — características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV — desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V — níveis de participação do setor saúde no orçamento municipal;
- VI — previso do plano quadrienal e de investimentos na rede; e
- VII — ressarcimento dos serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1.º — No caso de Município sujeito a notório processo de migração, ou a flutuação populacional cíclica, os critérios demográficos mencionados neste artigo serão ponderados por outros indicadores de crescimento da população estabelecidos pela Secretaria da Saúde.

§ 2.º — Metade dos recursos destinados aos Municípios serão repassados em duodécimos, mensalmente, segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes independentemente de qualquer procedimento prévio.

§ 3.º — São requisitos institucionais para o recebimento de recursos do Estado a existência, no Município — de Conselho de Saúde, Fundo de Saúde, Plano de saúde, Relatórios de Gestão, contrapartida de recursos para saúde no respectivo orçamento, comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários.

Artigo 53. Sem prejuízo do controle externo, destinado à verificação da probidade dos agentes da administração e da legalidade da aplicação dos recursos públicos, as esferas estadual e municipal do Sistema único de Saúde estabelecerão instrumentos e procedimentos eficazes de controle interno da execução orçamentária.

TÍTULO II

Do Poder de Polícia Administrativa Sanitária

CAPÍTULO I

Disposição Geral

Artigo 54. Considera-se polícia administrativa sanitária a atividade da administração pública que, disciplinando ou limitando direito, interesse ou liberdade, regula ou impõe a prática de ato ou abstenção de fato em razão de interesse público concernente à proteção, defesa, prevenção, preservação e recuperação da saúde, e à realização de atividades dependentes de concessão de licença ou autorização do poder público, visando ao bem-estar físico, mental e social do indivíduo e da coletividade.

§ 1.º — Na realização das atividades de polícia administrativa sanitária, bem como das demais medidas preventivas previstas neste Código, o Poder Público observará os seguintes princípios:

1 — não se adotarão medidas que envolvam ou impliquem risco à vida;

2 — as limitações sanitárias serão proporcionais aos fins que em cada situação se busquem;

3 — serão adotadas as medidas que menos prejudiquem o direito de livre circulação das pessoas e dos bens, o livre exercício da atividade econômica e quaisquer outros direitos afetados; e

4 — se dará preferência, sempre, à colaboração voluntária do cidadão e da comunidade com as autoridades sanitárias.

CAPÍTULO II

Do Código Sanitário do Estado

Artigo 55. Observados os preceitos do presente Código de Saúde, o Código Sanitário do Estado consubstanciará as medidas de polícia administrativa sanitária referentes à defesa da saúde e segurança da população no território estadual; as normas reguladoras da atuação do indivíduo e das autoridades e agentes sanitários incumbidos das ações de fiscalização e controle; a tipificação das infrações sanitárias conforme a sua classificação e qualificação; e o processo de apuração dos fatos, responsabilidade do agente causador da ação ou omissão danosa e aplicação das sanções administrativas.

Parágrafo único. O Código Sanitário do Estado, elaborado pela direção estadual do Sistema Único de Saúde e aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde, será revisto a cada cinco anos.

TÍTULO III

Da Participação da Comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde

CAPÍTULO I

Das Conferências e Dos Conselhos de Saúde

Artigo 56 — As conferências de saúde e os conselhos de saúde, estaduais e municipais são instâncias colegiadas do Sistema Único de Saúde, que expressam a participação da comunidade na gestão do sistema e no controle das ações e dos serviços de saúde.

Artigo 57. A participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde é uma das formas de controle social da

atuação do Poder Público, destinada a garantir o direito individual e coletivo à saúde, e, se efetiva, institucionalmente, por meio das conferências de saúde e dos conselhos de saúde.

Artigo 58. A representação dos usuários nas conferências e nos conselhos de saúde, estaduais e municipais será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos que integram essas instâncias colegiadas.

Artigo 59. Para garantir a paridade referida no artigo 59, que pressupõe a autenticidade e legitimidade da representação dos usuários, não poderá ser representante dos usuários aquele que pertencer aos segmentos dos profissionais de saúde, dos prestadores de serviço e dos integrantes do poder público.

CAPÍTULO II

Da Conferência Estadual de Saúde

Artigo 60. A Conferência Estadual de Saúde promoverá a avaliação e discussão da realidade sanitária e a propositura de diretrizes para a política governamental de saúde no Estado.

Artigo 61. A Conferência Estadual de Saúde é a instância de avaliação e discussão da realidade sanitária e de fixação de diretrizes para a política de saúde do Estado, e se reunirá, ordinariamente, uma vez por ano, por convocação do Poder Executivo e, extraordinariamente, quando convocada pelo Conselho Estadual de Saúde.

Parágrafo único. Compõem a Conferência Estadual de Saúde, na forma estabelecida pelo Conselho Estadual de Saúde, representantes da administração pública, de entidades e organismos da sociedade civil e dos vários segmentos sociais interessados nos assuntos de saúde.

CAPÍTULO III

Do Conselho Estadual de Saúde

SEÇÃO I

Da Competência

Artigo 62. Ao Conselho Estadual de Saúde compete:

I — Atuar na formulação e no controle da política de saúde, incluídos os seus aspectos econômicos e financeiros, que serão fiscalizados mediante o acompanhamento da execução orçamentária e da movimentação de recursos repassados ao Fundo de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde e aos Fundos Municipais de Saúde;

II — Articular-se com os demais órgãos colegiados do Sistema Único de Saúde das esferas federal e municipal de governo;

III — Traçar diretrizes para elaboração dos planos de saúde;

IV — Propor adoção de critérios que definam padrão de qualidade e melhor resolutividade das ações e serviços de saúde, verificando, também, o processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área;

V — Propor medidas para o aperfeiçoamento da organização e do funcionamento do Sistema Único de Saúde do Estado;

VI — Examinar propostas e denúncias, reclamações do setor privado relativas a eventuais distorções no seu relacionamento com o Poder Público, responder a consultas sobre assuntos pertinentes a ações e serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Colegiado;

VII — Fiscalizar, acompanhar e controlar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde, impugnando aqueles que eventualmente contrariarem as diretrizes da política de saúde ou organização do sistema;

VIII — Emitir pareceres em consultas que lhes forem encaminhadas;

IX — Propor a convocação da Conferência Estadual de Saúde e constituir a sua Comissão Organizadora;

X — Elaborar o seu Regimento.

SEÇÃO II

Da Composição

Artigo 63. O Conselho, órgão deliberativo e consultivo do Sistema Único de Saúde, terá na sua composição a participação de representantes da comunidade, em especial, dos trabalhadores, entidades e prestadores de serviço da área de saúde, além do poder público, conforme estabelecido nas leis regulamentadoras federais.

§ 1.º — O Secretário da Saúde integrará a Conselho na qualidade de membro nato, como seu Presidente.

Artigo 64. A função dos membros do Conselho Estadual de Saúde não será remunerada, a qualquer título, sendo considerada como serviço público relevante.

SEÇÃO III

Do Funcionamento

Artigo 65. O Conselho funcionará com a seguinte estrutura básica:

I) Colegiado Pleno;

II) Secretaria Executiva, com:

a) Corpo Técnico;

b) Seção Expediente;

Artigo 66. — O Conselho, no exercício de suas atribuições, receberá da Secretaria da Saúde o necessário suporte administrativo, operacional e financeiro, devendo contar, ainda, com um corpo permanente de servidores públicos da área da saúde.

CAPÍTULO IV

Da Conferência e do Conselho Municipal de Saúde

Artigo 67. A Conferência Municipal de Saúde tem atribuições análogas às da Conferência Estadual de Saúde.

Artigo 68. A Conferência Municipal de Saúde terá sua composição, organização e funcionamento estabelecidos pelo Município, de acordo com os interesses locais, respeitando-se o disposto no artigo 59 deste Código de Saúde.

Artigo 69. O Conselho Municipal de Saúde, com atribuições idêntica as do Conselho Estadual de Saúde, terá sua composição, organização e funcionamento estabelecidos de acordo com as peculiaridades e interesses locais de cada município, garantida, no mínimo, a representação do Poder Executivo Municipal, da Secretaria Estadual de Saúde, dos trabalhadores, dos prestadores de serviço na área da saúde e dos usuários, respeitando-se no artigo 59 desta Código de Saúde.

Título IV

Disposições Finais

Artigo 70. O Estado, pelos seus órgãos competentes, pode-

rá celebrar convênios com a União, outros Estados-membros, os Municípios e com entidades públicas e privadas, nacionais, estrangeiras e internacionais, objetivando a execução de preceitos específicos deste Código.

Artigo 71. O Estado e os Municípios poderão constituir, por ato administrativo conjunto, uma câmara de arbitramento, ou mecanismo equivalente, com a finalidade de propor solução consensual de eventuais conflitos ou impasses de natureza político-administrativa, surgidos na implementação das ações e serviços de saúde e que não tenham sido resolvidos pelos órgãos ou procedimentos regulares da administração estadual e municipal.

Parágrafo único. As recomendações ou conclusões da câmara ou órgão equivalente não impedem nem afastam a postulação das partes interessadas perante as instâncias jurisdicionais previstas na legislação, mas, uma vez acolhidas pelas partes, e desde que não haja violação de norma legal, implicarão compromisso institucional terminativo do conflito ou impasse.

Artigo 72. Sem prejuízo da atuação direta do Sistema único de Saúde, prevista neste Código, o Poder Executivo adotará as medidas necessárias para a execução continuada de programas integrados referentes à proteção especial à criança, ao adolescente, ao idoso, ao deficiente, ao toxicodependente, à família carente do egresso de hospital psiquiátrico do Estado e à população favelada, prevista nos artigos 277 e seguintes da Constituição do Estado.

Artigo 73. No prazo de noventa dias a contar da vigência desta lei, o Poder Executivo expedirá regulamentos para o cumprimento de disposições que exijam explicitação do modo e da forma de sua execução.

Artigo 74. Esta Lei Complementar e suas Disposições Transitórias entrarão em vigor na data da sua publicação, ficando revogadas as Disposições em contrário.

Disposições Transitórias

Artigo 1º. Em decorrência da descentralização político-administrativa das ações e dos serviços públicos de saúde, e respeitada a autonomia do Município, o Poder Executivo estadual transferirá para o Município, por ato próprio, os órgãos e serviços de saúde do Estado que atuam, preponderante ou exclusivamente, na área do Município, ou cuja complexidade interessa para garantir a resolutividade do sistema local.

1º A transferência de órgãos e serviços será efetuada com os respectivos patrimônio e recursos humanos, materiais e financeiros.

2º Ressalvado o direito de opção por relocação em outro órgão da administração estadual, ficam assegurados ao servidor ou funcionário transferido os direitos e vantagens funcionais adquiridos na forma da legislação pertinente.

Sala das Sessões, em Justificativa

Quando apresentamos o Projeto de Lei Complementar nº 15/91 e recebemos valiosos apoios ao mesmo, sobretudo nas Comissões de Constituição e Justiça e de Saúde e Higiene, esperávamos a tramitação rápida da propositura, que viria completar o quadro da ordenação sanitária estadual em consonância com os mandamentos da Constituição Federal, da Constituição do Estado e da Lei Orgânica da Saúde expedida pela União (Leis nº 8.080 e nº 8.142, De 1990).

Não obstante o apoio, continuamos lutando e, principalmente; estudando o Projeto com as diversas correntes do movimento sanitário, especialistas na área da saúde, parlamentares de diversos Partidos, movimentos sociais, buscando adequá-lo aos avanços mais recentes da prática de Saúde Coletiva, bem como do diretório Sanitário.

Com a colaboração de todos, e em face da inclusão do Projeto na ordem do Dia para exame e aprovação do Plenário, acha-

mos oportuno reunir os diversos trabalhos, subsídios técnicos e contribuições parlamentares oferecidos ao Projeto de Lei Complementar n.º 15/91, para preparar um substituto aprimorado do Código de Saúde do Estado.

Por entendermos que não dá mais para adiar a regulamentação do Sistema único de Saúde, convocamos os Senhores Deputados a ultimar esforços no sentido de que nesta Legislatura, em segunda tramitação nas Comissões, possamos com rapidez corresponder aos anseios do povo do nosso Estado.

Sala das Sessões, em 6-12-93

a) *Roberto Gouvêa*

Antenor Cibicario — Arlindo Chindaglia — Denis Carvalho — Elói Pietá — Iván Valente — Jamil Murad — João Paulo — José Coimbra — José Zico Prado — Lucas Buzato — Luiz Azevedo — Luiz Carlos da Silva — Mauro Bragato — Nelson Salomé — Rui Falcão Pedro Dallari.