



Ministério da Saúde
Secretaria Executiva
Gabinete da Secretaria Executiva

NOTA INFORMATIVA Nº 37/2021-SE/GAB/SE/MS

APLICAÇÃO DA LEGISLAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) PERANTE A PANDEMIA DA COVID-19

1. CONTEXTO DA PANDEMIA

1.1. A COVID-19 é a maior pandemia da história recente da humanidade causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Trata-se de uma infecção respiratória aguda potencialmente grave e de distribuição global, que possui elevada transmissibilidade entre as pessoas por meio de gotículas respiratórias ou contato com objetos e superfícies contaminadas.

1.2. Os primeiros casos da doença foram identificados em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, na China.

1.3. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 80% das pessoas com COVID-19 se recuperam da doença sem precisar de tratamento hospitalar. Uma em cada seis pessoas infectadas pelo SARS-CoV-2 ficam gravemente doentes e desenvolvem dificuldade de respirar. Os idosos e pessoas com comorbidades, tais como pressão alta, problemas cardíacos e do pulmão, diabetes ou câncer, têm maior risco de ficarem gravemente doentes. No entanto, qualquer pessoa pode se infectar com o vírus da COVID-19 e evoluir para formas graves da doença.

1.4. A COVID-19 é uma doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, que apresenta um quadro clínico que varia de infecção assintomática a quadro respiratório grave. Como pode atingir outros órgãos e funções orgânicas, é considerada como síndrome.

1.5. Para conseguir atingir o objetivo de mitigação dos impactos da pandemia, diversos países e empresas farmacêuticas estavam e continuam empreendendo esforços na pesquisa, no desenvolvimento e na produção de uma vacina segura e eficaz contra a COVID-19, e no monitoramento das vacinas que já se encontram com liberação para uso emergencial e/ou registradas em alguns países.

1.6. A Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 e o Decreto nº 7.508/11 estabelecem que a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa é tripartite, com definição do papel de cada esfera de governo.

1.7. No âmbito nacional, funciona a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS.

1.8. Em setembro de 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29^[1], que determina a vinculação de receitas dos três níveis para o sistema, sendo o financiamento do SUS uma responsabilidade comum aos três níveis de governo.

1.9. A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da doença causada pelo novo coronavírus constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional.

1.10. Em 3 de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde (MS) declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (COVID-19), por meio da Portaria GM/MS nº 188[2], e conforme Decreto nº 7.616[3], de 17 de novembro de 2011.

1.11. Em 6 de fevereiro de 2020, foi editada a Lei nº 13.979, que regulamentava as ações que deveriam ser tomadas em decorrência do novo coronavírus. Mesmo dispondo sobre as medidas de emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, não abarcando os modelos contratuais que seriam utilizados para a contratação de vacinas contra a COVID-19.

1.12. Ainda no mês de março de 2020, as equipes da SCTIE/Ministério da Saúde iniciaram a prospecção e o acompanhamento das pesquisas e do desenvolvimento de vacinas no mundo. Avaliando a robustez dos laboratórios, a tecnologia empregada, as fases de desenvolvimento e principalmente a segurança e a eficácia.

1.13. As autoridades de saúde brasileiras prontamente lançaram diretrizes e orientações de prevenção para gestores do SUS, profissionais da saúde e para o funcionamento dos serviços de saúde no período de pandemia.

1.14. Face a esse cenário, em ação humanitária de apoio, o Ministério da Saúde executou diversas ações para auxiliar Estados e Municípios na contenção e enfrentamento da disseminação do novo coronavírus em território nacional.

1.15. Assim, no contexto de enfrentamento de fator totalmente desconhecido à época, em momento algum o Ministério da Saúde se esquivou de atuar de forma excepcional em apoio aos Estados e Municípios em situação crítica, tendo como principal objetivo a preservação da saúde da população brasileira.

2. DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

2.1. Em 30 de outubro de 1975, com a Lei nº 6.259, o Brasil normatizou e organizou a sua vigilância epidemiológica (informações, investigações e levantamentos) e instituiu o Programa Nacional de Imunizações (PNI), cabendo ao Ministério da Saúde sua elaboração, com competência para definir sobre as vacinações subvencionadas pelos Governos Federal, Estaduais e Municipais, em todo o território nacional.

2.2. Segundo a mencionada Lei, cabe ainda ao Ministério da Saúde a coordenação e o apoio, técnico, material e financeiro, assim como, a execução do PNI, em âmbito nacional e regional.

2.3. A execução do PNI e suas ações relacionadas são de responsabilidade das Secretarias de Saúde das Unidades Federadas, ou órgãos e entidades equivalentes, nas áreas dos seus respectivos territórios, cabendo a União a aquisição e a distribuição de medicamentos, a serem custeadas pelos órgãos federais interessados.

2.4. Em 12 agosto de 1976, o Decreto nº 78.231 regulamentou a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, dispondo sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica e do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica.

2.5. Em 23 de setembro de 1976, foi promulgada a Lei nº 6.360, dispondo sobre normas de fabricação e a comercialização de medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e correlatos, que são sujeitas a Vigilância Sanitária, à época exercida pelo Ministério da Saúde.

2.6. Em 19 de setembro de 1990, a Lei nº 8.080 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), dispondo sobre o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.

2.7. Definiu também as atribuições do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social e estabeleceu que a Comissão Intergestores

Tripartite é reconhecida como foro de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

2.8. Essa Lei materializou a gestão tripartite do SUS, definindo as competências e atribuições do Governo Federal (pactuadas com o CONASS e o CONASEMS), dos estados, municípios e do Distrito Federal.

2.9. Observando o embasamento legal e sua cronologia, verifica-se a forma com que se organizou a saúde pública no Brasil pela instituição do Programa Nacional de Imunização chegando até a criação do Sistema Único de Saúde. A partir da criação da ANVISA e da CONITEC complementou-se a estruturação dos órgãos que são responsáveis pela incorporação de tecnologias em saúde e protocolos clínicos bem como pelo controle, fiscalização, registro e comercialização de medicamentos e produtos.

3. COMPETÊNCIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

3.1. O Ministério da Saúde possui, como atribuição principal, a normatização, definição de políticas gerais e descentralização de recursos, cabendo aos gestores estaduais e municipais, em observância ao federalismo cooperativo e, em especial, à implementação administrativa destas diretrizes, a alocação de recursos e atendimento à saúde ao usuário final, mediante ações definidas, *in concreto*, de acordo com suas próprias autonomias e discricionariedades de governo.

3.2. Em respeito a este princípio, não cabe ao Ministério da Saúde nenhum tipo de interferência ou intervenção nas gestões estadual ou municipal da saúde, porquanto possuidoras de autonomia administrativa, nos termos da legislação e da Constituição.

3.3. Todavia, de forma errônea, tem-se dado uma interpretação elástica do art. 16 da Lei nº 8.088/90, procurando evidenciar uma competência executória em sentido estrito que aniquilaria, por completo, as competências dos demais entes.

3.4. Trata-se, como se percebe, de uma interpretação forçada e equivocada.

3.5. Com efeito, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS). Em seu art. 7º, a lei estabeleceu:

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

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

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

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

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

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

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

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

VIII - participação da comunidade;

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

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

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

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

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

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

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

XIV - organização de atendimento público específico e especializado para mulheres de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras.”

3.6. Posteriormente, o Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011, passou a dispor sobre a organização do SUS, o planejamento, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

3.7. Dessa forma, o SUS é um sistema hierarquizado e de gestão descentralizada, com suas competências variando com os níveis de atenção à saúde e as pactuações tripartites, inclusive quanto ao financiamento.

3.8. Assim, não importando a natureza jurídica dos prestadores de serviços, a gestão da atenção básica (nível primário) é da competência de todos os municípios. Já a gestão da atenção especializada de média complexidade exclusiva (nível secundário), de municípios de maior porte e a de média e alta complexidade (nível terciário), de grandes municípios e dos estados.

3.9. À esfera federal, compete a regulação do sistema (entre outras, regulamentação, auditoria, programas estratégicos, investimentos específicos, sistemas de informação nacionais, habilitações na alta complexidade de estabelecimentos de saúde indicados pelos gestores municipais e estaduais, vigilância sanitária e financiamento conforme as pactuações tripartites, feitas no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite - CIT).

3.10. Nessa esteira, Estados e Municípios podem traçar diretrizes ou normas próprias, desde que não reduzam aquelas estabelecidas pela União. Aos Estados, cabe organizar a atenção à saúde no seu respectivo território e contratar os serviços assistenciais de média e alta complexidade sob a sua gestão única do SUS, bem como também a auditoria, a vigilância sanitária e, por exemplo, a execução de programas estratégicos (como os de HIV/Aids e dos Componentes da Assistência Farmacêutica Especializado e Estratégico). E aos municípios, cabe a oferta e gestão obrigatórias da Atenção Básica e, não em todos os municípios, organizar a atenção à saúde no seu respectivo território, bem como, com base em suas próprias necessidades e em acordos bipartites feitos no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), contratar os serviços assistenciais de média e de alta complexidade sob a sua gestão única e também, por exemplo, a execução de programas estratégicos (como o Programa Nacional de Vacinação – PNI e do Componentes da Assistência Farmacêutica Básica). Destaque-se, por oportuno, que por gestão não se deve entender a administração direta dos serviços de saúde, e que a União não tem nem a competência nem a atribuição de fazer a gestão ou ofertar serviços de saúde.

3.11. A Lei n.º 8.080/1990 estabelece as competências e responsabilidades de cada ente federativo nos seguintes artigos: a) art. 15 (atribuições comuns aos três entes)[\[4\]](#); b) art. 16 (competência da direção nacional do SUS, o Ministério da Saúde)[\[5\]](#); c) art. 17 (competência da direção estadual do SUS, as secretarias estaduais de saúde)[\[6\]](#); d) art. 18 (competência da direção municipal do SUS, as secretarias municipais de saúde)[\[7\]](#); e e) art. 19 (que estabelece atribuições para o Distrito Federal (DF) as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios)[\[8\]](#).

3.12. O normativo versa ainda sobre o financiamento do SUS em seus artigos 32 (fontes de recursos), 33 a 35 (gestão financeira), 36 (planejamento e orçamento), 37 (diretrizes do Conselho Nacional de Saúde – CNS para os Planos de Saúde) e 38 (vedação de subvenção a prestadores de saúde com finalidade lucrativa).

3.13. Dessa forma, o Ministério da Saúde possui como atribuição principal

a normatização, definição de políticas gerais e descentralização de recursos, cabendo aos gestores estaduais e municipais a alocação de recursos e atendimento à saúde ao usuário final, mediante ações definidas de acordo com suas próprias autonomias e discricionariedades de governo.

3.14. Essa competência de normatização, definição de políticas gerais e descentralização de recursos vai ao encontro do disposto no art. 47 da Lei n.º 13.844/2019, que não estabelece atuação executiva *stricto sensu* no atendimento à saúde ao usuário final:

“Art. 47. Constituem áreas de competência do Ministério da Saúde:

I - política nacional de saúde;

II - coordenação e fiscalização do Sistema Único de Saúde;

III - saúde ambiental e ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e a dos índios;

IV - informações de saúde;

V - insumos críticos para a saúde;

VI - ação preventiva em geral, vigilância e controle sanitário de fronteiras e de portos marítimos, fluviais, lacustres e aéreos;

VII - vigilância de saúde, especialmente quanto a drogas, medicamentos e alimentos; e

VIII - pesquisa científica e tecnologia na área de saúde.”

3.15. É bem verdade que o art. 16 da Lei n.º 8.088/90 estabelece que a *“União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional”* (art. 16, §1º).

3.16. Contudo, essa competência deve ser analisada em conformidade com o que restou decidido na ADI 6341, consoante a aplicação pelos demais entes federados do disposto na Lei n.º 13.979/2020, *in verbis*:

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

1. A emergência internacional, reconhecida pela Organização Mundial da Saúde, não implica nem muito menos autoriza a outorga de discricionariedade sem controle ou sem contrapesos típicos do Estado Democrático de Direito. As regras constitucionais não servem apenas para proteger a liberdade individual, mas também o exercício da racionalidade coletiva, isto é, da capacidade de coordenar as ações de forma eficiente. O Estado Democrático de Direito implica o direito de examinar as razões governamentais e o direito de criticá-las. Os agentes públicos agem melhor, mesmo durante emergências, quando são obrigados a justificar suas ações. 2. O exercício da competência constitucional para as ações na área da saúde deve seguir parâmetros materiais específicos, a serem observados, por primeiro, pelas autoridades políticas. Como esses agentes públicos devem sempre justificar suas ações, é à luz delas que o controle a ser exercido pelos demais poderes tem lugar. 3. O pior erro na formulação das políticas públicas é a omissão, sobretudo para as ações essenciais exigidas pelo art. 23 da Constituição Federal. É grave que, sob o manto da competência exclusiva ou privativa, premiem-se as inações do governo federal, impedindo que Estados e Municípios, no âmbito de suas respectivas competências, implementem as políticas públicas essenciais. **O Estado garantidor dos direitos fundamentais não é apenas a União, mas também os Estados e os Municípios.** 4. **A diretriz constitucional da hierarquização, constante do caput do art. 198 não significou hierarquização entre os entes federados, mas comando único, dentro de cada um deles.** 5. **É preciso ler as normas que integram a Lei 13.979, de 2020, como decorrendo da competência própria da União para legislar sobre vigilância epidemiológica, nos termos da Lei Geral do SUS, Lei 8.080, de 1990. O exercício da competência da União em nenhum momento diminuiu a competência própria dos demais entes da federação na realização de serviços da saúde, nem poderia, afinal, a diretriz constitucional é a de municipalizar esses serviços.** 6. O direito à saúde é garantido por meio da obrigação dos Estados Partes de adotar medidas necessárias para prevenir e tratar as doenças epidêmicas e os entes públicos devem aderir às diretrizes da Organização Mundial da Saúde, não

apenas por serem elas obrigatórias nos termos do Artigo 22 da Constituição da Organização Mundial da Saúde (Decreto 26.042, de 17 de dezembro de 1948), mas sobretudo porque contam com a expertise necessária para dar plena eficácia ao direito à saúde. 7. Como a finalidade da atuação dos entes federativos é comum, a solução de conflitos sobre o exercício da competência deve pautar-se pela melhor realização do direito à saúde, amparada em evidências científicas e nas recomendações da Organização Mundial da Saúde. 8. Medida cautelar parcialmente concedida para dar interpretação conforme à Constituição ao § 9º do art. 3º da Lei 13.979, a fim de explicitar que, preservada a atribuição de cada esfera de governo, nos termos do inciso I do artigo 198 da Constituição, o Presidente da República poderá dispor, mediante decreto, sobre os serviços públicos e atividades essenciais.

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

3.17. Portanto, a governança de leitos, de pacientes, medicamentos e hospitalares compete ao gestor local, estadual ou municipal, dependendo se tratar de baixa, média ou alta complexidade, conforme dispõe o art. 8º da Lei 8.088/90: *“As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.”*(g.n.)

3.18. Esse aspecto, é corroborado pelo princípio da predominância do interesse público, conforme destacado no voto do Ministro Alexandre de Moraes, proferido nos autos da já mencionada ADI 6341 MC-REF/DF:

[...] A partir desse princípio da predominância do interesse - interesse geral, União; interesse regional, Estados; interesse local, Municípios -, a partir disso, a própria Constituição já estabeleceu algumas matérias e deixou as demais matérias, como as competências comuns e competências concorrentes, administrativas comuns e legislativas concorrentes, para que fossem interpretadas de acordo com o princípio da predominância do interesse.

3.19. Na previsão do art. 23, saúde pública é matéria de competência comum de todos os entes federativos; e não está só no art. 23. No art. 194, a Constituição também assim estabelece.

[...] Agora, obviamente que a competência comum administrativa não significa que todos podem fazer tudo. Isso gera bagunça, isso gera anarquia. O que significa a competência comum administrativa? Significa que, a partir do princípio da predominância do interesse, a União deve editar normas, políticas públicas para a saúde pública de interesse nacional; os Estados, interesse regional; e os Municípios, visando, como o próprio art. 30, I, estabelece, o seu interesse local.

Não é possível que, ao mesmo tempo, a União queira ter monopólio da condução administrativa da pandemia nos mais de 5 mil Municípios. Isso é absolutamente irrazoável. (g.n.)

3.20. Dessa forma, imputar eventualmente responsabilidade a União por algo que não lhe compete, extrapolaria a interpretação sistemática e conjugada das Leis n.º 8.080/90, 13.979/2019, 13.844/2019, da Constituição da República, bem como da interpretação conferida na ADI 6341 pelo STF. De outro giro, configura paradoxal a imputação de responsabilidade a União acerca de possíveis casos de óbitos em consequência de acometimento de COVID-19 no território nacional.

3.21. É consabido que a competência se insere como condição de validade dos atos administrativos, conforme se verifica na literatura jurídica:

[...] Para a prática do ato administrativo a competência é condição primeira de validade. Nenhum ato – discricionário ou vinculado – pode ser realizado sem que o agente disponha de poder legal para praticá-lo. Entende-se por competência administrativa o poder atribuído ao agente da Administração para o desempenho específico de suas funções. A competência resulta da lei e por ela é delimitada. Todo ato emanado de agente incompetente, ou realizado além do limite de que dispõe a autoridade incumbida de sua prática, é inválido, por lhe faltar elemento básico de sua perfeição, qual seja, o poder jurídico para manifestar a vontade da Administração. Daí a oportuna advertência de Caio Tácito de que “não é competente quem quer, mas quem pode, segundo a norma do Direito”.^[1]

3.22. Dessa forma, se o ato não estiver na esfera da competência legal do agente público, não se pode afirmar que houve a violação à regra funcional, pois não foi retardado ou deixado de ser praticado um ato de ofício.

3.23. Por conseguinte, conforme demonstrado, a inexistência de competência específica do Ministério da Saúde torna insubsistente a imputação de quaisquer responsabilidades aos agentes públicos.

3.24. Por outro lado, em que pese a inexistência de imposição legal, o Ministério da Saúde ao longo de toda a referida crise não mediu esforços para atender tempestivamente e a contento, todas as demandas que lhe foram submetidas por órgãos locais.

3.25. Portanto, consoante fartamente demonstrado, inexistente qualquer responsabilidade por parte do Ministério da Saúde que pudesse – ainda que em tese – configurar omissão no dever de agir por parte dos agentes públicos federais.

4. DA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E DA DIVISÃO CONSTITUCIONAL DE COMPETÊNCIAS

4.1. Para assegurar a concretização do direito à saúde, observado o art. 196 da CF/1988^[1] c/c art. 2º da Lei Federal nº 8.080/1990^[2], de forma racionalizada, o ordenamento jurídico impõe ao Poder Público um conjunto de funções voltadas à organização e funcionamento do sistema de saúde. Essas funções nada mais são do que as ações e serviços de saúde, definidos no elenco do art. 200 da Carta Federal (rol não exaustivo) bem como no art. 6º da Lei Federal nº 8.080/1990.

4.2. Assim, merecem destaque: formulação de políticas públicas, financiamento das atividades públicas e privadas, regulação, fiscalização, controle, prestação de serviços de assistência à saúde.

4.3. O Sistema Único de Saúde - SUS é uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde. A sua universalidade está vinculada à descentralização (de ações e de serviços), ao atendimento integral (que não pode ser atribuído a cada ente público, mas ao Estado, como gênero, divididas as responsabilidades entre os entes participantes, nos termos da regionalização e da hierarquização) e à participação da comunidade (sob a forma, prevista na legislação ordinária, dos Conselhos de Saúde).

4.4. O art. 198 da CF diz que as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, ou seja, distribuída no espaço geográfico da Nação e organizada em níveis de subordinação e capacidade resolutiva.

4.5. O detalhamento normativo do SUS, com a previsão das obrigações de cada ente federativo, consta na Lei Orgânica da Saúde - LOS (Lei Federal nº 8.080/1990), senão vejamos:

a) A unidade do SUS é caracterizada por uma hierarquia de comando, exercida (i) pelo Ministério da Saúde; (ii) pelas Secretarias Estaduais de Saúde; e (iii) pelas Secretarias Municipais de Saúde (art. 9º). Ou seja, a União, através do Ministério da Saúde, estabelece as regras básicas de funcionamento do sistema, como um todo. Aos Estados cabe detalhar as regras aplicáveis no âmbito de suas atividades ou segundo o que a legislação federal lhes atribuir. Aos Municípios compete disciplinar as questões restritas às suas peculiaridades;

b) São competências do Ministério da Saúde: promover a descentralização para as unidades federadas e para os municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal (inciso XV do art. 16) e elaborar o Planejamento Estratégico Nacional, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal (inciso XVIII do art. 16);

c) A competência das Secretarias Estaduais de Saúde está em promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde (inciso I do art. 17);

d) Às Secretarias Municipais de Saúde compete planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde (inciso I do art. 18), o que deve ser feito em consonância com o disposto no inciso II do mesmo artigo: participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema

4.6. Fernando Borges Mânica, in “Prestação de Serviços de Assistência à Saúde pelos Municípios”, Belo Horizonte, Ed. Fórum, 2017, p. 43[3], aduz o seguinte:

“A prevalência do dever de os municípios garantirem a prestação de serviços de assistência à saúde pode ser explicada pelo fato de as pessoas viverem nos municípios, não na União ou nos estados. Assim, os problemas de saúde tendem a ser solucionados de modo mais efetivo no âmbito local, ou seja, nas cidades. Logo, a ideia é que as secretarias estaduais de saúde apenas intervenham em questões que ultrapassem as possibilidades do município, e que o governo federal ofereça apoio às ações estaduais e municipais, assegurando o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS.”

4.7. Respeitada a integralidade de atendimento, abrangida pela regionalização, cada ente público só é responsável pela execução dos respectivos planos de saúde, segundo a regra do art. 36 e seus parágrafos, da Lei Federal nº 8.080/1990[4]:

“Ar. 36 (omissis)

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

4.8. Com efeito, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS), que em seu art. 7º estabelece que:

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

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

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

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

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

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

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

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

VIII - participação da comunidade;

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

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

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

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

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

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

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

XIV - organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras.”

4.9. Observa-se que a Lei 8.080/1990 definiu também as atribuições do CONASS e do CONASEMS, como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de

utilidade pública e de relevante função social e estabeleceu que a Comissão Intergestores Tripartite é reconhecida como foro de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

4.10. Essa Lei materializou a gestão tripartite do SUS, definindo as competências e atribuições do Governo Federal (pactuadas com o CONASS e o CONASEMS), dos estados, municípios e do Distrito Federal.

4.11. No âmbito do território, há a conformidade das Comissões Intergestores Bipartite (CIB), formadas paritariamente por representantes estaduais, indicados pelo secretário de estado de saúde, ou o próprio dirigente, e representantes das secretarias municipais de saúde, sendo esses indicados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems). Esse ambiente se constitui em espaço para negociação e pactuação entre os gestores estaduais e municipais, quanto aos aspectos operacionais do SUS.

4.12. Dessa forma, o SUS é um sistema hierarquizado e de gestão descentralizada, com suas competências variando com os níveis de atenção à saúde e as pactuações tripartites, inclusive quanto ao financiamento.

4.13. Assim, não importando a natureza jurídica dos prestadores de serviços, a gestão da atenção básica (nível primário) é da competência de todos os municípios. Registra-se que a gestão da atenção especializada de média complexidade exclusiva (nível secundário), de municípios de maior porte e a de média e alta complexidade (nível terciário), de grandes municípios e dos estados.

4.14. À esfera federal, compete a regulação do sistema (entre outras, regulamentação, auditoria, programas estratégicos, investimentos específicos, sistemas de informação nacionais, habilitações na alta complexidade de estabelecimentos de saúde indicados pelos gestores municipais e estaduais, vigilância sanitária e financiamento conforme as pactuações tripartites, realizadas no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

4.15. Nessa esteira, estados e municípios podem traçar diretrizes ou normas próprias, desde que não reduzam aquelas estabelecidas pela União. Aos estados, cabe organizar a atenção à saúde no seu respectivo território e contratar os serviços assistenciais de média e alta complexidade sob a sua gestão única do SUS, assim como a auditoria, a vigilância sanitária e, por exemplo, a execução de programas estratégicos.

4.16. E aos municípios, compete planejar, organizar, controlar, avaliar e executar as ações e serviços de saúde, no seu respectivo território, bem como, em acordos bipartites no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) em articulação com o conselho municipal, disponibilizar aos munícipes os serviços assistenciais de média e de alta complexidade.

4.17. Em específico, ao município a cabe a oferta e gestão obrigatórias da Atenção Primária à Saúde (APS), que é o nível inicial de um sistema de serviços de saúde.

4.18. Destaca-se, por oportuno, que a organização do SUS pressupõe uma articulação estreita entre as esferas gestoras e as instâncias de negociação, contudo, a gestão interfederativa não se confunde com o gerenciamento direto dos serviços de saúde, observar que a União não tem nem a competência, nem a atribuição de fazer a gestão ou ofertar serviços locais de saúde.

4.19. Assim é que a Lei n.º 8.080/1990^[9] estabelece as competências e responsabilidades de cada ente federativo, a saber: (a) no artigo 15 trata das atribuições da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no âmbito das suas competências administrativas; (b) no art. 16 estabelece-se a competência da direção nacional do SUS, o Ministério da Saúde; c) no art. 17 define-se a competência da direção estadual do SUS, as secretarias estaduais de saúde; (d) no art. 18 a competência da direção municipal do SUS, as secretarias municipais de saúde; e (e) art. 19 estabelece competência ao Distrito Federal das atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

4.20. Em acréscimo, verifica-se que o mencionado normativo dispõe sobre o financiamento do SUS a responsabilidade pelo financiamento da saúde, segundo a legislação, deve ser compartilhada pelas três esferas de governo.

4.21. No ano de 2011, o Decreto nº 7.508[10], de 28 de junho de 2011, regulamentou a Lei nº 8.080/1990[11] e passou a dispor sobre a organização do SUS, o planejamento, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Cria as Regiões de Saúde, sendo estas instituídas pelo Estado em articulação com os seus municípios de forma que cada uma delas deva oferecer serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, atenção psicossocial e de vigilância à saúde, por meio da conjugação interfederativa de recursos. Assim, a regulamentação estabelece as responsabilidades dos entes federativos nas redes de atenção à saúde.

4.22. Dessa forma, o Ministério da Saúde possui, como atribuição principal, a normatização, definição de políticas gerais e descentralização de recursos, cabendo aos gestores estaduais e municipais a alocação de recursos e assistência à saúde ao usuário final, mediante ações definidas de acordo com suas próprias autonomias e discricionariedades de governo.

4.23. Essa competência de normatização, definição de políticas gerais e descentralização de recursos vai ao encontro do disposto no art. 47 da Lei nº 13.844/2019[12], que não estabelece atuação executiva *stricto sensu* no atendimento à saúde ao usuário final:

“Art. 47. Constituem áreas de competência do Ministério da Saúde:

I - política nacional de saúde;

II - coordenação e fiscalização do Sistema Único de Saúde;

III - saúde ambiental e ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e a dos índios;

IV - informações de saúde;

V - insumos críticos para a saúde;

VI - ação preventiva em geral, vigilância e controle sanitário de fronteiras e de portos marítimos, fluviais, lacustres e aéreos;

VII - vigilância de saúde, especialmente quanto a drogas, medicamentos e alimentos; e

VIII - pesquisa científica e tecnologia na área de saúde.”

4.24. Inferir que existe solidariedade passiva entre os entes da República, no caso da saúde, é entendimento desconforme com a Constituição, mais especificamente, desconforme com as regras dos arts. 197 e 198 da CF, e, desconforme com as regras da Lei Federal nº 8.080/1990 – Lei Orgânica da Saúde - LOS.

4.25. O Supremo Tribunal Federal, por maioria do Plenário, referendou medida cautelar na Ação Direita de Inconstitucionalidade nº 6341 MC/DF, no sentido de reafirmar as competências delimitadas a cada um dos entes federados no âmbito SUS, quanto a legislar e adotar medidas sanitárias para enfrentamento a epidemia de COVID-19 no país.

“REFERENDO EM MEDIDA CAUTELAR EM AÇÃO DIRETA DA INCONSTITUCIONALIDADE. DIREITO CONSTITUCIONAL. DIREITO À SAÚDE. EMERGÊNCIA SANITÁRIA INTERNACIONAL. LEI 13.979[13] DE 2020. **COMPETÊNCIA DOS ENTES FEDERADOS PARA LEGISLAR E ADOPTAR MEDIDAS SANITÁRIAS DE COMBATE À EPIDEMIA INTERNACIONAL.** HIERARQUIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. COMPETÊNCIA COMUM. MEDIDA CAUTELAR PARCIALMENTE DEFERIDA.

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

2. O exercício da competência constitucional para as ações na área da saúde deve seguir parâmetros materiais específicos, a serem observados, por

primeiro, pelas autoridades políticas. Como esses agentes públicos devem sempre justificar suas ações, é à luz delas que o controle a ser exercido pelos demais poderes tem lugar.

(...)

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

5. É preciso ler as normas que integram a Lei 13.979, de 2020, como decorrendo da competência própria da União para legislar sobre vigilância epidemiológica, nos termos da Lei Geral do SUS, Lei 8.080, de 1990. **O exercício da competência da União em nenhum momento diminuiu a competência própria dos demais entes da federação na realização de serviços da saúde, nem poderia, afinal, a diretriz constitucional é a de municipalizar esses serviços.**

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

7. Como a finalidade da atuação dos entes federativos é comum, a solução de conflitos sobre o exercício da competência deve pautar-se pela melhor realização do direito à saúde, amparada em evidências científicas e nas recomendações da Organização Mundial da Saúde.

8. Medida cautelar parcialmente concedida para dar interpretação conforme à Constituição ao § 9º do art. 3º da Lei 13.979, a fim de explicitar que, preservada a atribuição de cada esfera de governo, nos termos do inciso I do artigo 198 da Constituição, o Presidente da República poderá dispor, mediante decreto, sobre os serviços públicos e atividades essenciais.

O Tribunal, por maioria, referendou a medida cautelar deferida pelo Ministro Marco Aurélio (STF – ADI 6341 MC-Ref/DF, Relator: Ministro Marco Aurélio, Redator do Acórdão: Ministro Edson Fachin, Data de Julgamento: 15/04/2020, Tribunal Pleno, Data de Publicação: DJe 13/11/2020).

4.26. Por esta razão, infere-se que a execução de ações e serviços de saúde se dão em âmbito local, sob a responsabilidade da autoridade pública de saúde estadual, municipal e distrital. A União, neste cenário, desempenha ações de espectro macro, mediante assistência financeira e técnica junto aos demais entes federados executores das políticas públicas de saúde, então previstas em seus respectivos planos.

5. DA ESTRUTURAÇÃO DO SUS E COMPETÊNCIAS DOS GESTORES LOCAIS

5.1. O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, tido como a política de maior inclusão social implementada no Brasil e representa, em termos constitucionais, uma afirmação política do compromisso do Estado brasileiro para com seus cidadãos.

5.2. O SUS é constituído pelo conjunto de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada.

5.3. Nesse sentido, importa destacar o modelo federal, baseado na autonomia dos entes federativos, ótica essa também respeitada na estruturação do SUS, estabelecido pela Constituição explicitado nos arts. 1º e 18, a saber:

Art. 1º. A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado democrático de direito e tem como fundamentos:

(...)

Art. 18. A organização político-administrativa da República federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição:

(...)

5.4. Portanto, considerando o que preceitua a Constituição, tem-se que o pacto federativo é o acordo constitucional, administrativo e político firmado entre os Entes da Federação que determina o respeito à autonomia dos mesmos e delimita os campos de atuação, estabelecendo prerrogativas, recursos e responsabilidades para o cumprimento das funções de Estado.

5.5. No caso da saúde, em razão do pacto federativo e das respectivas competências constitucionais temos que:

5.5.1. **Compete à União:** a gestão federal da saúde é realizada por meio do Ministério da Saúde, considerado o ente federal como o principal financiador da rede pública de saúde, além de formulador das políticas nacionais de saúde, sem contudo, executar tais ações de saúde, as quais ficam a cargo dos Gestores locais dos SUS nos Estados, Municípios e Distrito Federal.

5.5.1.1. Também tem a função de planejar, elaborar normas, avaliar e utilizar instrumentos para o controle do SUS. Promove articulação com o Conselho Nacional de Saúde e atua no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para pactuar o Plano Nacional de Saúde.

5.5.2. **Compete aos Estados e Distrito Federal (conforme art 17, da Lei 8080, de 19 de setembro de 1990):** possuem secretarias específicas para a gestão de saúde, eis que o gestor estadual deve aplicar recursos próprios, inclusive nos municípios, além dos repassados pela União. Revelam-se como parceiros para a aplicação de políticas nacionais de saúde, e também formulam suas próprias políticas de saúde, coordenando e planejando o SUS em sua circunscrição territorial, respeitando a normatização federal.

5.5.2.1. Os gestores estaduais são responsáveis pela organização do atendimento à saúde em seu território.

5.5.2.2. Cabe destacar as seguintes disposições de sua atuação, previstas no mencionado art. 17: *"IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços: a) de vigilância epidemiológica; b) de vigilância sanitária; (...) VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde; IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional; X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa; (...) XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada."*

5.5.2.3. Os atos de gestão local do SUS são praticados em articulação com o conselho estadual de saúde, com participação dessa gestão na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para aprovar e implementar o plano estadual de saúde.

5.5.3. **Compete aos Municípios (conforme art 18, da Lei 8080, de 19 de setembro de 1990):** são responsáveis pela execução das ações e serviços de saúde no âmbito do seu território. O gestor municipal deve aplicar recursos próprios e os repassados pela União e pelo Estado.

5.5.3.1. Formula suas próprias políticas de saúde e também é um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais e estaduais de saúde. Coordena e planeja o SUS em nível municipal, respeitando a normatização federal.

5.5.3.2. Pode estabelecer parcerias com outros municípios para garantir o atendimento pleno de sua população, para procedimentos de complexidade que estejam acima daqueles que pode oferecer.

5.5.3.3. Merece destaque a previsão do mencionado art. 18:

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

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

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em

articulação com sua direção estadual;

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

IV - executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico; e

e) de saúde do trabalhador;

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

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

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

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

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

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

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

5.5.3.4. Da mesma forma que nos Estados, a gestão municipal do SUS planeja, organiza, controla, avalia e executa as ações e serviços de saúde em articulação com o conselho municipal de saúde e promove interlocução com a esfera estadual para aprovar e implantar o plano municipal de saúde.

5.5.3.5. Nesse sentido, a gestão do SUS ocorre de forma descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, nos termos do art. 9º da Lei nº 8.080/1990, *in verbis*:

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

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

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

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

5.5.3.6. Tal gestão descentralizada do SUS também está positivada no art. 198, I, da Constituição Federal, regulamentado pela Lei nº 8.080/1990 e pela Lei nº 8.142/1990:

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

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

5.5.3.7. Logo, pelo princípio da descentralização do SUS, a Constituição Federal preconiza a obrigatoriedade de que a União transfira recursos do orçamento da seguridade social a favor dos demais Entes Políticos (Estados, Municípios e Distrito Federal), vinculando-os às ações e serviços de saúde, além de atribuir a estes a direção única do sistema em cada esfera de governo, consagrando a gestão compartilhada sanitária. Neste ponto, é imperioso destacar o estatuído no art. 36 da Lei nº 8.080/1990.

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

5.5.3.8. Para a consecução deste objetivo, a Constituição Federal, em seu § 3º do art. 77 do ADCT, incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000,

dispõe o seguinte: § 3º Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal.

5.5.3.9. Uma vez que a Constituição Federal de 1988 elencou como um dos maiores princípios do SUS a descentralização das ações, **conferindo aos gestores locais papel preponderante na execução das políticas de saúde**, de posse desses valores os gestores tem liberdade para definir o destino dos gastos, de acordo com as necessidades e prioridades regionais/locais registradas em seus planos de saúde, e desde que, é claro, sejam aplicados na cobertura das ações e dos serviços de saúde em respeitem as disposições da Lei nº 8080/90.

5.5.3.10. Tal autonomia do gestor vem estabelecida no inciso III, do art. 9º, da Lei nº 8.080/1990, o qual dispõe que a direção do SUS é única, de acordo com o inciso I, do art. 109, da Constituição Federal, sendo esta exercida, nos âmbitos estadual, distrital e municipal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

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

(...)

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

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

5.5.3.11. Assim, percebe-se na leitura dos seguintes dispositivos constantes da Lei nº 8080/90, que a prestação direta de serviços de saúde foi atribuída, essencialmente, aos Estados, Distrito Federal e Municípios, e não à União, ente este considerado como financiador dessas ações – e não executor das mesmas:

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

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

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

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

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

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

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

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

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

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição; e

d) de saúde do trabalhador;

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

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

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

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

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

X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e

hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

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

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

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

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

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

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

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

5.6. Outros atores do SUS podem ser elencados, a saber:

5.6.1. **Conselhos de Saúde:** o Conselho de Saúde, no âmbito de atuação (Nacional, Estadual ou Municipal), em caráter permanente e deliberativo, é órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

5.6.2. **Comissão Intergestores Tripartite (CIT):** foro de negociação e pactuação entre gestores federal, estadual e municipal, quanto aos aspectos operacionais do SUS.

5.6.3. **Comissão Intergestores Bipartite (CIB)** foro de negociação e pactuação entre gestores estadual e municipais, quanto aos aspectos operacionais do SUS.

5.6.4. **Conselho Nacional de Secretário da Saúde (Conass):** entidade representativa dos entes estaduais e do Distrito Federal na CIT para tratar de matérias referentes à saúde.

5.6.5. **Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems):** entidade representativa dos entes municipais na CIT para tratar de matérias referentes à saúde.

5.6.6. **Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems):** são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos.

5.7. Diante das premissas apresentadas, resta clara a definição dos papéis na gestão do SUS, onde a União é responsável pelo planejamento e realização de transferências de recursos, e os gestores estadual, distrital e municipal responsáveis pelo desempenho do papel da **execução das políticas de saúde**, inclusive com liberdade para definir o destino dos gastos, de acordo com as necessidades e prioridades regionais/locais e as pactuações feitas e registradas em regulamentações do Ministério da Saúde.

6. DAS COMPETÊNCIAS DAS ÁREAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

6.1. Para compreensão da atuação desta Pasta, faz-se necessário, ainda, delimitar atuação e atribuições de suas áreas internas, com vistas à percepção do papel desempenhado pela União Federal, frente à descentralização do Sistema Único de Saúde-SUS, prevista no art. 198 da Constituição Federal, a saber: "Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;"

6.2. Por sua vez, o SUS compreende, na definição do art. 4º, da Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, uma rede de serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, de qualquer esfera administrativa, como segue:

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

6.3. Quanto à descentralização, ainda vale destacar a disposição do art. 7º, também da Lei 8080/90, que prevê direção única e hierarquizada em cada esfera de governo, **com ênfase de execução de serviços pelos Municípios**: "IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;"

6.4. E ainda, no mesmo normativo:

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

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

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

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

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

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

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

6.5. Por sua vez vale repisar que a Lei 8080/90 ainda define quais seriam competências comuns, partilhadas entre a União, por meio do Ministério da Saúde, Estados, Municípios e Distrito Federal, das quais destacam-se

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

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

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

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

(...)

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

(...)

VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

(...)

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

(...)

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

(...)

6.6. Quanto às atribuições federais, exercidas pelo Ministério da Saúde, nos termos da Lei 8080/90, destacamos:

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

(...)

III - definir e coordenar os sistemas:

- a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;
- b) de rede de laboratórios de saúde pública;
- c) de vigilância epidemiológica; e
- d) vigilância sanitária;

(...)

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

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

(...)

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

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

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

(...)

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

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

(,,)

§ 1º **A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional. (Renumerado do parágrafo único pela Lei nº 14.141, de 2021)**

(...)

6.7. Percebe-se, na leitura do dispositivo, que compete à União, através do Ministério da Saúde, a coordenação de ações de saúde, além de seu financiamento, por meio dos repasses de recursos originários da seguridade social e realizados aos Estados, Municípios e Distrito Federal, e no plano epidemiológico, a execução direta de ações está relacionada a circunstâncias especiais, com o agravamento de situações de saúde que **escapem ao controle da gestão estadual do SUS (responsabilidade subsidiária da União), já que aos entes federativos, por meios de seus Gestores locais do SUS, confere-se a atribuição de reais executores das ações de saúde, ou mesmo naquelas situações que importem em disseminação nacional.**

6.8. Internamente, as competências atribuídas ao Ministério da Saúde estão registradas em sua estrutura regimental, prevista no Decreto 9784, de 17 de maio de 2019, onde as atribuições de agente planejador, coordenador e financiador estão distribuídas às suas áreas finalísticas e áreas meio, nesta, inclusive, onde se encontra o Fundo Nacional de Saúde-FNS, agente financeiro responsável pela realização dos repasses aos fundos de saúde dos Estados, Municípios e Distrito Federal, quando da recepção de processos de pagamento originários das áreas finalísticas responsáveis pelo planejamento das ações de saúde.

6.9. Diante da matéria tratada, cabe destacar que esta Pasta conta com áreas finalísticas, a saber, secretarias de Vigilância em Saúde - SVS, Extraordinária de Enfrentamento à Pandemia - SECOVID, Atenção Especializada à Saúde - SAES, Atenção Básica à Saúde - SAPS, Atenção à Saúde Indígena - SESAI, Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE, e Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES., cujas atribuições/competências estão previstas nos arts. 18, 22 e 34 do Decreto 9784/19, respectivamente. Em todos os dispositivos **resta nítida a exclusão**

de atribuições de execução direta de ações de saúde, mas sim e, tão-somente, competências de planejamento, coordenação e acompanhamento das ações de saúde financiáveis com recursos federais.

Art. 18. À Secretaria de Atenção Primária à Saúde compete:

I - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção Primária à Saúde centrada nas pessoas, nos princípios do SUS e na articulação com a rede de saúde;

II - desenvolver e coordenar estratégias que reorientem o modelo de atenção à saúde na direção dos atributos essenciais e derivados da atenção primária à saúde, como acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção, orientação centrada na família, orientação comunitária e competência cultural;

III - desenvolver estratégias que fortaleçam a atenção primária à saúde como centro de comunicação da rede de atenção à saúde, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e dos serviços disponibilizados na rede assistencial;

IV - fomentar estratégias que fortaleçam a atenção primária à saúde e a Estratégia Saúde da Família, a fim de alcançar os objetivos de responsabilização dos serviços de atenção primária à saúde pela saúde da população com alta resolutividade clínico-assistencial;

V - promover, coordenar e apoiar a implementação, em articulação com entes federativos, associações profissionais e instituições acadêmicas, de estratégias que fortaleçam a atuação clínica multiprofissional centrada na pessoa e que estejam em consonância com a Estratégia Saúde da Família, com foco nas principais necessidades em saúde da população, observados os princípios e as diretrizes do SUS;

VI - fomentar a implementação de políticas e ações intersetoriais de promoção da equidade em saúde, de forma a acolher e articular as demandas de grupos em situação de iniquidade no acesso e na assistência à saúde para a superação de desigualdades e vulnerabilidades sociais;

VII - desenvolver estratégias de formação e provimento de profissionais para a atenção primária à saúde, prioritariamente para a Estratégia Saúde da Família;

VIII - planejar a oferta de recursos humanos para a atenção primária à saúde e apoiar a elaboração de plano de formação profissional com ênfase nas especificidades da Estratégia Saúde da Família;

IX - desenvolver sistemas, mecanismos de gestão, de controle, de monitoramento e de avaliação das ações destinadas à organização e à implementação das políticas estruturantes para o fortalecimento da atenção primária à saúde, com foco nos seus atributos essenciais e com incorporação de mecanismos indutores de melhor desempenho;

X - fomentar a informatização das Unidades Básicas de Saúde e demais serviços de atenção primária à saúde, de forma a produzir informação relevante para a tomada de decisão clínica e gerencial, em todos os níveis assistenciais e de governo;

XI - propor, monitorar e avaliar a incorporação de tecnologias do cuidado em atenção primária à saúde, a fim de ampliar a resolutividade, facilitar o acesso e regular o fluxo de pessoas na rede assistencial;

XII - coordenar a formulação e a definição de diretrizes para o financiamento federal das políticas, dos programas e das estratégias estruturantes e suficientes para alcançar uma atenção primária à saúde de qualidade;

XIII - acompanhar e avaliar a programação orçamentária e financeira dos recursos que compõem o financiamento da atenção primária à saúde;

XIV - elaborar indicadores e relatórios de gestão para monitoramento e avaliação das ações da atenção primária à saúde no âmbito de atuação do Ministério da Saúde;

XV - coordenar os processos de implementação, fortalecimento e avaliação da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e da rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas no âmbito do SUS;

XVI - coordenar a organização das ações da Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase nas ações de promoção da atividade física, nas ações de promoção e prevenção de doenças crônicas, nas ações de prevenção e controle do tabagismo e na articulação de ações intersetoriais;

XVII - prestar cooperação técnica para o aperfeiçoamento da capacidade gerencial e operacional dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no

que concerne às políticas, aos programas e às ações estratégicas da Secretaria;

XVIII - fomentar a produção de conhecimento científico e investigações científicas, além de divulgar experiências e estratégias de fortalecimento em atenção primária à saúde;

XIX - coordenar e acompanhar as políticas, os programas e as estratégias destinados a apoiar os Estados, o Distrito Federal e os Municípios na garantia de ambiência, estrutura física, equipamentos, insumos e tecnologias adequados às Unidades Básicas de Saúde e aos demais pontos de atenção fundamentais ao seu fortalecimento; e

XX - promover, em conjunto com a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, ações de integração da atenção primária à saúde aos serviços de urgência e emergência, à atenção especializada e às ações de vigilância em saúde.

(...)

Art. 22. À Secretaria de Atenção Especializada à Saúde compete:

I - participar da formulação e da implementação da política de atenção especializada à saúde, observados os princípios e as diretrizes do SUS;

II - definir e coordenar sistemas de redes integradas de ações e serviços de atenção especializada à saúde;

III - estabelecer normas, critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade e para a avaliação da atenção especializada à saúde;

IV - identificar os serviços de referência para o estabelecimento de padrões técnicos de atenção especializada à saúde;

V - elaborar e propor normas para disciplinar as relações entre as instâncias gestoras do SUS e os serviços privados contratados de assistência especializada à saúde;

VI - avaliar, em âmbito nacional, as ações de atenção especializada à saúde; [\(Redação dada pelo Decreto nº 10.477, de 2020\)](#) [\(Vigência\)](#)

VII - prestar cooperação técnica para o aperfeiçoamento da capacidade gerencial e operacional da atenção especializada à saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios;

VIII - coordenar a formulação e a implementação da política de regulação assistencial do SUS;

IX - participar da elaboração, da implantação e da implementação de normas, instrumentos e métodos que fortaleçam a capacidade de gestão do SUS nas três esferas de governo no âmbito da atenção especializada à saúde;

X - proceder à certificação das entidades beneficentes de assistência social que prestem ou realizem ações sociais na área de saúde, nos termos do disposto na Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009;

XI - propor normatização ao Ministro de Estado acerca das ações e dos serviços de atenção especializada à saúde no âmbito do SUS e estabelecer normas complementares necessárias à implementação das normas editadas pelo Ministro de Estado;

XII - promover, em conjunto com a Secretaria de Atenção Primária à Saúde, ações de integração da atenção primária à saúde aos serviços de urgência e emergência, à atenção especializada e às ações de vigilância em saúde;

XIII - promover ações da rede de atenção à saúde;

XIV - apoiar financeiramente os Estados, o Distrito Federal e os Municípios na organização das ações de rede de atenção especializada à saúde;

XV - desenvolver, em conjunto com a Secretaria-Executiva, sistemas, mecanismos de gestão, de controle, de monitoramento e de avaliação das ações destinadas à organização e à implementação de redes de atenção especializada à saúde;

XVI - apoiar o desenvolvimento de mecanismos inovadores que fortaleçam a organização de sistemas de saúde e a capacidade de gestão do SUS nas três esferas de governo; [\(Redação dada pelo Decreto nº 9.816, de 2019\)](#)

XVII - definir diretrizes para as ações estruturantes e emergenciais da Força Nacional do SUS; [\(Redação dada pelo Decreto nº 9.816, de 2019\)](#)

XVIII - formular políticas e definir diretrizes de articulação e contratualização entre o Ministério da Saúde, os entes federativos e os estabelecimentos de saúde privados, com ou sem fins lucrativos, na oferta de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS; [\(Incluído pelo Decreto nº 9.816, de 2019\)](#)

XIX - apoiar tecnicamente os gestores estaduais, distritais e municipais na implementação de ações direcionadas à articulação com estabelecimentos de saúde privados, com ou sem fins lucrativos; e [\(Incluído pelo Decreto nº 9.816, de 2019\)](#)

XX - promover a inserção dos estabelecimentos de saúde privados, com ou sem fins lucrativos, na rede de atenção à saúde. [\(Incluído pelo Decreto nº 9.816, de 2019\)](#)

(...)

Art. 34. À Secretaria de Vigilância em Saúde compete:

I - coordenar a gestão do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, por meio:

a) do Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, de doenças transmissíveis e de agravos e doenças não transmissíveis;

b) do Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental, incluído o ambiente de trabalho;

c) do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, nos aspectos pertinentes à vigilância em saúde;

d) dos sistemas de informação de vigilância em saúde;

e) dos programas de prevenção e controle de doenças de relevância em saúde pública, incluído o Programa Nacional de Imunizações; e

f) da Política Nacional de Saúde do Trabalhador;

II - elaborar e divulgar informações e análise de situação da saúde que permitam estabelecer prioridades, monitorar o quadro sanitário do País e avaliar o impacto das ações de prevenção e controle de doenças e agravos, além de subsidiar a formulação de políticas do Ministério da Saúde;

III - coordenar a execução das atividades relativas à disseminação do uso da metodologia epidemiológica em todos os níveis do SUS, para subsidiar a formulação, a implementação e a avaliação das ações de prevenção e controle de doenças e de outros agravos à saúde;

IV - coordenar a execução das atividades relativas à prevenção e ao controle de doenças e outros agravos à saúde;

V - coordenar e supervisionar a execução das atividades técnicas desenvolvidas pelo Instituto Evandro Chagas, o qual coordena, técnica e administrativamente, o Centro Nacional de Primatas;

VI - promover a elaboração e o acompanhamento das ações de vigilância em saúde;

VII - participar da elaboração, da implantação e da implementação de normas, instrumentos e métodos que fortaleçam a capacidade de gestão do SUS, nos três níveis de governo, na área de vigilância em saúde;

VIII - fomentar e implementar o desenvolvimento de estudos e pesquisas que contribuam para o aperfeiçoamento das ações de vigilância em saúde;

IX - promover o intercâmbio técnico-científico, com organismos governamentais e não governamentais, de âmbito nacional e internacional, na área de vigilância em saúde;

X - propor políticas, normas e ações de educação, comunicação e mobilização social referentes à área de vigilância em saúde;

XI - prestar assessoria técnica e estabelecer cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, com vistas à potencialização da capacidade gerencial e ao fomento de novas práticas de vigilância em saúde;

XII - formular e propor a Política de Vigilância Sanitária, em articulação com a Anvisa, além de regular e acompanhar o seu contrato de gestão; e

XIII - definir diretrizes para as ações estruturantes e emergenciais da Força Nacional do SUS no que se refere à vigilância em saúde.

6.10. Por sua vez, o Fundo Nacional de Saúde-FNS, unidade meio e integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, vinculado à Secretaria-Executiva, é o agente financeiro (unidade pagadora/transferidora), na esfera federal, dos recursos denominados "fundo a fundo", utilizados para a execução de ações de saúde integrantes do Sistema Único de Saúde-SUS. Os pagamentos de tais recursos são intitulados e autorizados pelas Secretarias finalísticas e destinados ao financiamento de diversos programas e ações governamentais sob a responsabilidade dessas.

6.11. Por meio do Decreto-Lei nº 701, de 24 de julho de 1969, o Poder Executivo criou o fundo especial denominado Fundo Nacional de Saúde – FNS/SE/MS, o qual foi instituído e vinculado ao Ministério da Saúde pelo Decreto

nº 64.867, de 24 de julho de 1969, sendo posteriormente alterado pelo Decreto nº 66.162, de 03 de fevereiro de 1970 e revogado pelo Decreto nº 806, de 24 de abril de 1993, que, por sua vez, foi revogado pelo Decreto nº 3.964, de 10 de outubro de 2001.

6.12. Atualmente, o Decreto nº 3.964/2001 dispõe sobre o FNS/SE/MS e o organiza de acordo com as diretrizes e objetivos do Sistema Único de Saúde, e como unidade de orçamento, finanças e contábil do SUS, integra os órgãos setoriais do Sistema de Planejamento e de Orçamento Federal, conforme disposto na Lei nº 10.180, de 6 de fevereiro de 2001.

6.13. Assim, o FNS/SE/MS fica sujeito à orientação normativa e à supervisão técnica do órgão central do Sistema de Contabilidade Federal, qual seja, a Secretaria do Tesouro Nacional - STN, sem prejuízo da subordinação à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde - SE/MS estabelecida no Decreto nº 9.795, de 21 de maio de 2019, que aprova a estrutura regimental do Ministério da Saúde.

6.14. Quanto à trajetória do FNS, importante destacar seu papel previsto no Decreto nº 3.964, de 10 de outubro de 2001, que dispõe sobre o seu funcionamento, fortalecendo-o como instituição indispensável na consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS, a saber: "Art. 7º Ao FNS incumbe a provisão de recursos aos entes administrativos do Ministério da Saúde encarregados da execução e implementação das atribuições e competências relacionadas nos arts. 15 e 16 da Lei nº 8.080, de 1990".

6.15. No que tange às transferências de recursos da União, estas se dão por meio da celebração de instrumentos com os órgãos e entidades da Administração Pública Federal com órgãos ou entidades públicas (administração estadual, distrital, municipal) ou privadas sem fins lucrativos para a execução de programas, projetos e atividades de interesse recíproco que envolvam a transferência de recursos financeiros oriundos do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social da União.

6.16. Destarte, o FNS é o gestor financeiro dos recursos destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera federal. Sendo assim, os recursos alocados junto ao FNS se destinam às transferências para os Estados, Distrito Federal e Municípios, a fim de que esses entes federativos realizem, de forma descentralizada, ações e serviços de saúde, bem como investimentos na rede de serviços e na cobertura assistencial e hospitalar, no âmbito do SUS.

6.17. Para que tais transferências sejam realizadas, os processos de pagamento originam-se nas áreas técnicas finalísticas desta Pasta, também responsáveis pelo planejamento e acompanhamento das políticas de saúde, às quais autorizam a realização dos repasses pelo Fundo Nacional de Saúde-FNS aos fundos de saúde dos Estados, Municípios e Distrito Federal, sendo estes os executores e ordenadores de despesas locais, fazendo frente às suas necessidades registradas nos planos de saúde e nos normativos sobre a matéria.

6.18. Suas atribuições estão positivadas nos arts. 5º, do Decreto 3964, de 10 de outubro de 2001, e 7º, do já mencionado Decreto nº 9795/2019, nos seguintes termos:

Art. 5º Ao Diretor-Executivo do FNS compete:

I - planejar, coordenar, orientar e supervisionar a execução das atividades da Diretoria-Executiva do FNS, inclusive das unidades de convênios e gestão do Ministério da Saúde nas unidades federadas;

II - ordenar o desenvolvimento das ações da Diretoria-Executiva do FNS, mediante a expedição de atos;

III - com vistas à destinação de recursos para aplicação em ações e serviços de saúde vinculados ao SUS, movimentar as contas do FNS para:

a) despesas correntes e de capital da administração direta e indireta do Ministério da Saúde por meio de repasses financeiros, na forma prevista no [art. 2º da Lei nº 8.142, de 1990](#); e

b) despesas correntes e de capital de outras entidades públicas federais, por meio de portaria ou instrumento similar, para aplicação em ações e serviços

de saúde vinculados ao SUS;

IV - praticar os atos de gestão orçamentária e financeira e contábil relativos ao orçamento do FNS;

V - exercer a prerrogativa de ordenador de despesas da unidade gestora do FNS e, por subdelegação de competência, das demais unidades gestoras;

VI - zelar, no que lhe couber, pela regularidade e exatidão das transferências de recursos do FNS para os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e para outras entidades e profissionais conveniados, credenciados ou contratados junto ao SUS;

VII - fornecer às autoridades do SUS nas três esferas de governo e aos Conselhos de Saúde os elementos e as informações que lhe forem requeridos, além de criar mecanismos para disponibilizar informações para toda a sociedade, relativos aos custeios, investimentos e financiamentos de programas e projetos do Ministério da Saúde;

VIII - apresentar, trimestralmente, à Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde, proposta de programação financeira destinada a atender o disposto no art. 3º deste Decreto;

IX - elaborar e apresentar relatórios, balancetes, balanços e prestações de contas aos órgãos de controle interno e externo, nos termos da legislação pertinente;

X - conceder, na fase administrativa, os parcelamentos de débitos;

XI - conceder os financiamentos de que trata o inciso III do art. 3º deste Decreto; e

XII - praticar outros atos relativos à gestão orçamentária, financeira e contábil previstos em legislação específica.

(...)

6.19. Ademais, cabe-nos apontar que as competências regimentais afetas ao FNS estão previstas no art. 7º, do Decreto nº 9.795, de 17/05/2019, que aprova os Regimentos Internos e o Quadro Demonstrativo de Cargos em Comissão e das Funções de Confiança das unidades integrantes da Estrutura Regimental do Ministério da Saúde, conforme segue:

Art. 7º À Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde compete:

I - planejar, coordenar e supervisionar a execução orçamentária, financeira e contábil do Fundo Nacional de Saúde, inclusive aquelas atividades executadas por unidades descentralizadas;

II - desenvolver ações de cooperação técnica nas áreas orçamentária, financeira e contábil para subsidiar a formulação e a implementação de políticas de saúde;

III - planejar, coordenar e supervisionar a gestão das fontes de arrecadação e aplicação dos recursos orçamentários e financeiros alocados ao Fundo Nacional de Saúde;

IV - planejar, coordenar e supervisionar as transferências de recursos financeiros destinados às ações e serviços de saúde, de custeio e capital a serem executados no âmbito do SUS;

V - planejar, coordenar e supervisionar a execução de convênios, acordos, ajustes e instrumentos congêneres sob a responsabilidade do Fundo Nacional de Saúde;

VI - planejar, coordenar e supervisionar a execução de análises técnico-econômicas de propostas de investimentos em infraestrutura física e tecnológica para ações e serviços de saúde; e

VII - instaurar processo de tomada de contas especial dos recursos do SUS alocados ao Fundo Nacional de Saúde.

6.20. No que diz respeito à transparência relativa à transferência de recursos aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destacamos que todos os repasses realizados às Unidades Gestoras locais do SUS, inclusive os relativos às ações de combate à COVID-19, estão disponíveis para consulta no Portal do Fundo Nacional de Saúde (<http://www.portalfns.saude.gov.br>), (opção consulta de pagamentos detalhada, nos blocos custeio e investimento, grupo "CORONAVÍRUS – COVID-19"), podendo ser acessadas por qualquer interessado, visualizando-se, em tempo real, todas as transferências.

6.21. Ainda como ferramenta que viabiliza a realização do controle dos gastos públicos, inclusive o controle social, o FNS desenvolveu e disponibilizou painéis com informações de todos os repasses que realiza, os quais podem ser

acessados em https://painelms.saude.gov.br/extensions/Portal_Paineis/Portal_Paineis.html, instrumentos de suma importância ao cumprimento dos princípios da publicidade e transparência, bem como da consecução da efetividade e eficiência dos serviços públicos de saúde.

7. DOS REPASSES ORÇAMENTÁRIO PARA A COVID-19

7.1. No primeiro semestre de 2020 foram abertos créditos que enfatizavam despesas associadas ao atendimento das pessoas contaminadas e prevenção de novas contaminações. Essas despesas englobaram transferências de recursos a estados, municípios e ao Distrito Federal para apoiar o funcionamento das unidades de saúde de atenção primária e especializada, aquisição de equipamentos de proteção individual (EPI) para utilização por profissionais da saúde, aquisição de ventiladores pulmonares e medicamentos para disponibilização às localidades mais afetadas, fornecimento de testes para detecção da doença, medidas para ampliação emergencial dos profissionais de saúde disponíveis na rede pública, entre outras.

7.2. No segundo semestre de 2020, além das ações associadas ao atendimento das pessoas contaminadas e prevenção de novas contaminação, foi dada ênfase na busca de vacinas eficazes e seguras. De agosto a dezembro de 2020 foram abertos créditos com o objetivo de viabilizar a imunização da população brasileira e assim conter e interromper a transmissão do novo coronavírus em território nacional, reduzindo o número de óbitos e as demais repercussões sociais e econômicas. Como isso, foi necessária a edição de novos créditos extraordinários para financiamento de despesas excepcionais decorrentes da pandemia, como transferências de recursos a estados, municípios e ao Distrito Federal para apoiar o funcionamento das unidades de saúde de atenção primária e especializada, aquisição de medicamentos utilizados na intubação de pacientes, fornecimento de testes para detecção da doença e medidas para ampliação emergencial dos profissionais de saúde disponíveis na rede pública.

7.3. A imunização da população brasileira foi iniciada em janeiro de 2021, porém ao longo de todo ano, o governo federal não poupou esforço no combate a pandemia, sendo constante a edição de crédito extraordinário que viabilizou o quantitativo de doses de vacinas para imunizar todo públicos alvo previsto no Plano Nacional de Operacionalização de Vacinação contra a Covid-19 e fortalecimento e manutenção do funcionamento do Sistema Único de Saúde no enfrentamento da pandemia.

7.4. Ao todo, foram, até o momento, R\$ 89,6 bilhões de despesas autorizadas ao Ministério da Saúde especificamente para enfrentamento da pandemia. Vale frisar que esse montante, também foram executados regularmente os valores previstos nas leis orçamentárias anuais para manutenção do funcionamento do Sistema Único de Saúde.

7.5. Da dotação prevista, R\$ 83,4 bilhões já foram executados (empenhados) até o momento. Os valores pagos em transferências a Estados, Municípios e DF, até o momento, R\$ 43,1 bilhões^[1].

7.6. A tabela a seguir detalha, por medida provisória, os créditos extraordinários autorizados ao Ministério da Saúde para enfrentamento da pandemia de Covid-19.

Medida Provisória	Data de Publicação	Objeto	Dotação	Empenhado	Pago
nº 924	13 de março de 2020	Outras ações e serviços de saúde	R\$ 4.838.795.979,00	R\$ 4.738.863.786,97	R\$ 4.593.987.134,68
nº 940	2 de abril de 2020	Outras ações e serviços de saúde	R\$ 9.444.373.172,00	R\$ 9.303.051.836,09	R\$ 9.282.796.172,24
nº 941 (Lei nº 14.032/2020)	2 de abril de 2020	Outras ações e serviços de saúde	R\$ 2.048.736.866,00	R\$ 2.032.952.379,00	R\$ 2.031.951.379,00
nº 947	8 de abril de 2020	Outras ações e serviços de saúde	R\$ 2.600.000.000,00	R\$ 2.500.072.057,00	R\$ 2.499.983.885,76
nº 967 (Lei nº 14.055/2020)	19 de maio de 2020	Outras ações e serviços de saúde	R\$ 5.566.379.351,00	R\$ 5.561.661.847,83	R\$ 5.495.848.590,62
nº 969 (Lei nº 14.056/2020)	20 de maio de 2020	Outras ações e serviços de saúde	R\$ 10.000.000.000,00	R\$ 9.998.795.680,26	R\$ 9.995.084.027,24
nº 970	25 de maio de 2020	Outras ações e serviços de saúde	R\$ 338.260.654,00	R\$ 338.260.654,00	R\$ 19.125.783,43
nº 976 (Lei nº 14.056/2020)	4 de junho de 2020	Outras ações e serviços de saúde	R\$ 4.489.224.000,00	R\$ 4.489.083.900,31	R\$ 4.461.055.342,33
nº 989	8 de julho de 2020	Outras ações e serviços de saúde	R\$ 332.482.471,00	R\$ 295.329.811,00	R\$ 295.329.811,00
nº 994 (Lei nº 14.056/2020)	6 de agosto de 2020	Vacinas	R\$ 1.994.960.005,00	R\$ 1.994.954.619,02	R\$ 1.765.765.074,89
nº 1.004 (Lei nº 14.122/2021) (Decreto nº 10.601/2021 – reabertura)	24 de setembro de 2020	Vacinas	R\$ 2.513.700.000,00	R\$ 2.508.510.815,18	R\$ 1.219.769.709,56
nº 1.015 (Decreto nº 10.595/2021 – reabertura)	17 de dezembro de 2020	Vacinas	R\$ 20.000.000.000,00	R\$ 18.384.860.775,34	R\$ 11.613.016.627,61
nº 1.032	24 de fevereiro de 2021	Outras ações e serviços de saúde	R\$ 2.861.205.000,00	R\$ 2.854.451.797,01	R\$ 2.729.907.151,89
nº 1.041	30 de março de 2021	Outras ações e serviços de saúde	R\$ 5.324.320.142,00	R\$ 5.319.831.351,74	R\$ 4.545.435.443,92
nº 1.043	16 de abril de 2021	Outras ações e serviços de saúde	R\$ 2.693.315.000,00	R\$ 2.692.906.787,47	R\$ 2.590.259.117,06
nº 1.048	10 de maio de 2021	Vacinas	R\$ 5.500.071.904,00	R\$ 5.500.051.995,58	R\$ 1.315.526.680,61
nº 1.062	09 de agosto de 2021	Outras ações e serviços de saúde	R\$ 9.102.436.262,00	R\$ 4.891.942.603,48	R\$ 3.270.512.926,17
Total			R\$ 89.648.260.806,00	R\$ 83.405.582.697,28	R\$ 67.725.354.858,01

7.7. Vale destacar no que tange às transferências de recursos da União, estas se dão por meio da celebração de instrumentos com os órgãos e entidades da Administração Pública Federal com órgãos ou entidades públicas

(administração estadual, distrital, municipal) ou privadas sem fins lucrativos para a execução de programas, projetos e atividades de interesse recíproco que envolvam a transferência de recursos financeiros oriundos do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social da União.

7.8. Destarte, o FNS é o gestor financeiro dos recursos destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera federal. Sendo assim, os recursos alocados junto ao FNS se destinam às transferências para os Estados, Distrito Federal e Municípios, a fim de que esses entes federativos realizem, de forma descentralizada, ações e serviços de saúde, bem como investimentos na rede de serviços e na cobertura assistencial e hospitalar, no âmbito do SUS.

7.9. Para que tais transferências sejam realizadas, os processos de pagamento originam-se nas áreas técnicas finalísticas desta Pasta, também responsáveis pelo planejamento e acompanhamento das políticas de saúde, às quais autorizam a realização dos repasses pelo Fundo Nacional de Saúde-FNS aos fundos de saúde dos Estados, Municípios e Distrito Federal, sendo estes os executores e ordenadores de despesas locais, fazendo frente às suas necessidades registradas nos planos de saúde e nos normativos sobre a matéria.

7.10. Nos exercícios de 2020 e 2021 foram transferidos R\$35.566.440.537,31 (trinta e cinco bilhões, quinhentos e sessenta e seis milhões, quatrocentos e quarenta mil, quinhentos e trinta e sete reais e trinta e um centavos), para ações de combate à COVID-19, aos fundos de saúde dos entes estaduais, municipais e distrital, referentes a 620 (seiscentas e vinte) Portarias do Ministério da Saúde relativas ao exercício de 2020, e 35 (trinta e cinco) Portarias do exercício de 2021.

7.11. Assim, segue tabela demonstrativa dos Recursos Transferidos pelo FNS aos Estados, Municípios e DF em 2020 até agosto de 2021 (transferências fundo a fundo ordinárias e de créditos extraordinário para Covid-19) (R\$ bilhões):

Mês referencia	Recursos ordinários	Créditos Extraordinários - COVID-19	Total recursos Transferidos
jan/20	R\$ 5,2	R\$ 0,0	R\$ 5,2
fev/20	R\$ 6,2	R\$ 0,0	R\$ 6,2
mar/20	R\$ 6,4	R\$ 1,0	R\$ 7,4
abr/20	R\$ 9,7	R\$ 4,3	R\$ 13,9
mai/20	R\$ 6,7	R\$ 2,4	R\$ 9,1
jun/20	R\$ 7,3	R\$ 2,3	R\$ 9,5
jul/20	R\$ 6,3	R\$ 6,4	R\$ 12,7
ago/20	R\$ 6,6	R\$ 9,1	R\$ 15,7
set/20	R\$ 6,4	R\$ 2,7	R\$ 9,1
out/20	R\$ 6,3	R\$ 0,8	R\$ 7,1
nov/20	R\$ 6,5	R\$ 0,9	R\$ 7,3
dez/20	R\$ 9,3	R\$ 2,5	R\$ 11,8
jan/21	R\$ 5,1	R\$ 1,0	R\$ 6,1
fev/21	R\$ 6,5	R\$ 0,0	R\$ 6,5
mar/21	R\$ 6,4	R\$ 1,4	R\$ 7,8
abr/21	R\$ 6,2	R\$ 0,9	R\$ 7,0
mai/21	R\$ 7,3	R\$ 2,2	R\$ 9,6
jun/21	R\$ 6,7	R\$ 0,1	R\$ 6,8
jul/21	R\$ 8,3	R\$ 1,3	R\$ 9,6
ago/21	R\$ 8,8	R\$ 1,9	R\$ 10,7
Total	R\$ 138,3	R\$ 41,1	R\$ 179,4

7.12. Nesse diapasão cabe ainda mencionar que os dados sobre a execução orçamentaria financeira para o enfrentamento da COVID-19, está disponíveis para acesso por meio do link: https://painelms.saude.gov.br/extensions/Portal_Paineis/Portal_Paineis.html, frisa-se que na consulta pode-se utilizar como exemplo o Painel Gerencial Saldos de Repasse. Em consulta feita no dia 03/05/2021, existiam 69.513 (sessenta e nove mil, quinhentas e treze) contas abertas pelo Governo Federal

em instituições bancárias oficiais federais em favor dos fundos locais de saúde (estaduais, municipais e distrital). Os gestores dos fundos de saúde locais são os ordenadores das despesas executadas em atendimento às suas necessidades regionalizadas e devidamente planejadas em seus planos de saúde, contando com repasses da ordem de R\$560.633.405.000,75 (quinhentos e sessenta bilhões, seiscentos e trinta e três milhões, quatrocentos e cinco mil, e setenta e cinco centavos).

7.13. Em relação aos saldos existentes nas contas utilizadas pelos Gestores locais do SUS para a consecução de ações de saúde, abertas pelo Governo Federal junto a bancos oficiais federais, convém destacar que em 2020 foi publicada a Lei Complementar nº 172, de 15 de abril de 2020, que autorizou os Estados, Distrito Federal e Municípios a realizarem a transposição e transferência de saldos financeiros remanescentes de exercícios anteriores, constantes nos respectivos Fundos de Saúde, provenientes de repasses do Ministério da Saúde, exclusivamente para a realização de ações e serviços públicos de saúde, conforme estabelecem os arts. 2º e 3º, da LC nº 141/2012, e desde que:

- a) não haja descumprimentos das normas que regem o Sistema Único de Saúde;
- b) ocorra a inclusão desses valores na Lei Orçamentária Anual e na respectiva Programação Anual de Saúde, indicando-se a nova categoria econômica;
- c) seja comprovada a realização de despesas no Relatório Anual de Gestão;
- d) ocorra ciência do Conselho de Saúde local; e
- e) a transposição e a transferência ocorram até 31.12.2020, salvo se ocorresse a revogação antecipada do Decreto Legislativo nº 6/2020, que decretou o estado de calamidade devido à pandemia de COVID-19.

7.14. Parte desses saldos era oriundo dos recursos que foram transferidos aos fundos de saúde dos entes federativos quando da existência de diversos blocos de financiamento criados pela então Portaria GM/MS nº 204/2007, cujo crédito se dava em conta bancária especificamente aberta para cada um dos blocos.

7.15. Com a publicação da Portaria GM/MS nº 3.992/2017, os recursos fundo a fundo passaram a ser destinados para apenas 02 (dois) blocos de financiamento com suas respectivas contas bancárias, quais sejam: (i) Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e (ii) Bloco de Investimento e Serviços Públicos de Saúde, posteriormente redesignados pela Portaria GM/MS nº 828, de 17/04/2020, para "Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde" e "Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde", respectivamente.

7.16. Assim, a Lei Complementar em questão atingiu os recursos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde - FNS para os Fundos de Saúde dos Estados, Municípios e Distrito Federal (modalidade de transferência fundo a fundo), ainda existentes nas contas bancárias abertas anteriormente e posteriormente à Portaria GM/MS nº 3.992/2017, até o exercício de 2019, e que se revelavam como saldos remanescentes.

7.17. Saldo remanescente, por consequência, pode ser considerado como a "sobra" do recurso anteriormente transferido ao Fundo de Saúde local, ou sua não utilização no tempo devido, bem como os rendimentos desses recursos nas duas hipóteses. Quanto à sobra, pode ser observada em situações em que o gestor conseguiu, com base na economicidade, atender à necessidade de saúde planejada/pactuada, mas em valor menor do que o inicialmente previsto.

7.18. Apenas a título de exemplo, vale ressaltar as transferências de recursos ao Município de São Paulo/SP, totalizando 1.047.778.149,24, visando ao enfrentamento da emergência sanitária decorrente da COVID-19. Além disso, os repasses processados por aquela unidade aos estados, município e Distrito Federal já somam R\$ 34.189.760.450,58, exclusivamente para ações de combate à pandemia.

7.19. Igualmente, destaca-se a que foram autorizadas a habilitação de 23.907 leitos de UTI COVID-19, gerando um repasse de custeio mensal de

R\$1.147.536.000,00 (um bilhão, cento e quarenta e sete milhões quinhentos e trinta e seis mil reais), além de 4.305 leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar, gerando um repasse de custeio mensal de R\$61.826.688,00 (sessenta e um milhões, oitocentos e vinte e seis mil seiscentos e oitenta e oito reais).

8. DOS NORMATIVOS REFERENTES À COVID-19

8.1. Além das competências e organização do SUS faz-se necessário nos debruçarmos sobre a normatização para o enfrentamento da pandemia.

8.2. Diante da necessidade de recursos públicos para amenizar os efeitos da pandemia, em 13 de março de 2020, foi aberto de crédito extraordinário na Lei Orçamentária Anual no valor de cerca de R\$ 5 bilhões, conforme Medida Provisória nº 924/2020. A Constituição (art. 167, inciso V) veda a abertura de crédito suplementar ou especial sem prévia autorização legislativa, admitindo-se, todavia, o uso de Medida Provisória – apenas e tão somente – para abertura de crédito extraordinário (art. 167, § 3º), desde que seja para atender a despesas imprevisíveis e urgentes, como as decorrentes de calamidade pública. Contudo, o montante não foi suficiente para suprir as necessidades em questão.

8.3. A fim de evitar a realização de contingenciamentos (bimestrais) obrigatórios de despesas e para poder ultrapassar o limite da meta de déficit primário do setor público consolidado – estabelecida no artigo 2º da LDO/2020, no montante de R\$ 124 bilhões de reais –, e assim poder enfrentar financeiramente a grave situação e custear as ações na área da saúde no combate ao COVID-19, em 18 de março de 2020, o Poder Executivo federal encaminhou à Câmara dos Deputados a Mensagem Presidencial nº 93/2020.

8.4. A necessidade de reconhecimento formal pelo Poder Legislativo do ato ou demanda do Poder Executivo de decretação de estado de calamidade pública decorre do princípio da democracia fiscal, pelo qual os representantes do povo são chamados – em nome da sociedade – a autorizar a adoção de um regime de exceção na aplicação das normas gerais e regulares constantes da Lei de Responsabilidade Fiscal.

8.5. Assim, na noite do mesmo dia 18 de março, de maneira diligente, a Câmara dos Deputados aprovou, por votação simbólica, aprovou o Projeto de Decreto Legislativo (PDL) 88/2020, que reconhece o estado de calamidade pública no Brasil. A Câmara dos Deputados observou que a ampliação dos gastos públicos se justificava para fazer frente ao combate à pandemia que vivenciamos, sendo certo que, ultrapassado esse difícil período, a prioridade deveria voltar ao controle dos gastos públicos.

8.6. Dois dias depois, em 20 de março, o Senado Federal, realizou a sua primeira sessão virtual, dentro do esforço conjunto para aprovar a medida.

8.7. Com a aprovação unânime da medida pelo Senado Federal, foi publicado o Decreto Legislativo nº 06/2020, que reconhece *"exclusivamente para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, notadamente para as dispensas do atingimento dos resultados fiscais previstos no art. 2º da Lei nº 13.898, de 11 de novembro de 2019, e da limitação de empenho de que trata o art. 9º da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, com efeitos até 31 de dezembro de 2020, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de 2020"*.

8.8. Desde então, o Poder Executivo vem publicando uma série de Medidas Provisórias, com vistas a abrir crédito extraordinário em favor do Ministério da Saúde, cujo escopo é o enfrentamento da situação de emergência decorrente do Coronavírus (COVID-19). Vale destacar que até a presente data o Governo Federal destinou mais de R\$ 89 bilhões de reais em crédito extraordinário exclusivo para enfrentamento da pandemia, sendo que parte desses recursos foram destinados aos estados e municípios, por meio de transferências diretas, e outra parte utilizado como execução direta para aquisições de EPI, medicamento para Intubação, respiradores, monitores cardioversores, bombas de infusão, oxigênio, assim como a aquisição de mais de 632 milhões de doses da vacinas para imunização da população alvo.

8.9. Neste mesmo sentido em fevereiro de 2020, foi publicado Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) que define o nível de resposta e a estrutura de comando correspondente a ser configurada, em cada nível de resposta para resposta a uma emergência.

8.10. O Brasil adota a ferramenta de classificação de emergência em três níveis, seguindo a mesma linha utilizada globalmente na preparação e resposta em todo o mundo. Deste modo, recomenda-se que as Secretarias de Saúde dos Municípios, Estados e Governo Federal, bem como serviços de saúde pública ou privada, agências, empresas tomem nota deste plano na elaboração de seus planos de contingência e medidas de resposta. Toda medida deve ser proporcional e restrita aos riscos vigentes.

8.11. O Plano de Contingência é composto por três níveis de resposta: Alerta, Perigo Iminente e Emergência em Saúde Pública. Cada nível é baseado na avaliação do risco do novo Coronavírus afetar o Brasil e seu impacto para a saúde pública.

ALERTA

O nível de resposta de alerta corresponde a uma situação em que o risco de introdução do SARS-CoV-2 no Brasil seja elevado e não apresente casos suspeitos.

PERIGO IMINENTE

Corresponde a uma situação em que há confirmação de caso suspeito.

EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA DE IMPORTÂNCIA NACIONAL (ESPIN)

Este nível corresponde a uma situação em que há confirmação de transmissão local do primeiro caso de Coronavírus (COVID-19), no território nacional, ou reconhecimento de declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

AJUSTES NO NÍVEL DE RESPOSTA

Em situações epidêmicas, as etapas iniciais da resposta são realizadas com base em poucas ou frágeis evidências. A avaliação de riscos nessas circunstâncias requer flexibilidade e, possivelmente, erros por precaução. O nível de resposta será ajustado adequadamente quando uma melhor avaliação de risco puder ser feita à luz de mais informações disponíveis.

OBS: Cabe destacar que o Plano de Contingência em sua primeira versão foi publicado e divulgado apenas em fevereiro de 2020, ou seja, quando já estávamos no Nível de Resposta ESPIN, uma vez que a OMS declarou ESPIN em 30 de janeiro. Ou seja, as fases de Alerta e Perigo Iminente foram ultrapassadas sem o normativo em vigor.

As alterações no Plano de Contingência são esperadas, com base nos fatos concretos da evolução do evento, ou ainda aprimorados a partir das lições apreendidas. Nesse contexto, as alterações no Plano foram fruto de uma adequação de conhecimento e também ao modelo de gestão do SUS – tripartite.

25000.161310/2020-82

No dia 3 de dezembro de 2020 - Nota Técnica nº 32 – Com as alterações no Plano de Contingência

25000.022929/2021-53

Dia 26 de fevereiro de 2021 - Nota Informativa 3 – Nota Informativa sobre alterações e última versão do Plano de Contingência

Dia 03 de março de 2021 – E-mail do SE para Ascom para substituição do Plano nas mídias do MS.

Nota Técnica nº 32/2020-SE/GAB/SE/MS – Alteração do Plano de Contingência no âmbito da ESPIN

(25000.161310/2020-82)

Tendo em vista que em resposta ao Acórdão 1.888/2020- TCU/Plenário, por meio da Nota Técnica Nº 8/2020-SE/GAB/SE/MS (0016389215), o Ministério da Saúde (MS) informou, à época, estar em processo de elaboração junto às áreas técnicas, a revisão do Plano de Contingência e elaboração do Plano Tático Operacional e considerando que as referidas ações, se enquadram nas determinações do item 9.1.1 e 9.1.2 do Acórdão 2817/2020 – TCU, encaminha-se a planilha com as alterações no Plano de Contingência (ANEXO 6) e o Plano de Contingência Estratégico Atualizado (ANEXO 7).

Nota Técnica nº 3/2021-SE/GAB/SE/MS -DOCUMENTO SUBSTITUI O PLANO DE CONTINGÊNCIA NACIONAL PARA INFECÇÃO HUMANA PELO NOVO CORONAVÍRUS COVID-19, DE FEVEREIRO DE 2020.

8.12. Também foi publicado o Guia de Vigilância Epidemiológica visa garantir a atualização do sistema de vigilância da COVID-19 devido ao cenário pandêmico no País.

8.13. Vale ressaltar que até 6 de abril de 2020, as orientações e informações sobre COVID-19 eram apresentadas no Boletim Epidemiológico, sendo este último, o Boletim Epidemiológico 7.

8.14. Dentre os tópicos abordados no Boletim Epidemiológico 7 estão:

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DO SUS NA RESPOSTA À PANDEMIA

- Interromper a transmissão de humano para humano, incluindo a redução de infecções secundárias entre contatos próximos e profissionais de saúde, prevenindo eventos de amplificação de transmissão e prevenindo a dispersão internacional, por meio da identificação rápida de casos suspeitos e diagnóstico;
- Identificar, isolar e cuidar dos pacientes precocemente, inclusive fornecendo atendimento diferenciado aos pacientes infectados;
- Pesquisar e compartilhar as dúvidas existentes sobre: gravidade clínica, extensão da transmissão e infecção, opções de tratamento e acelerar o desenvolvimento de diagnósticos, terapias e participar dos estudos de vacinas;
- Manter a população informada, combater a desinformação (fake news) e atualizar sobre os riscos, diariamente;
- Minimizar o impacto social e econômico por meio de parcerias multissetoriais e em apoio às medidas de distanciamento social ampliado e seletivo adotadas pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;
- Realizar o monitoramento dos casos notificados e óbitos, ocupação e instalação de leitos, suprimento de equipamentos de proteção individual, testes laboratoriais (moleculares e sorológicos), respiradores mecânicos, força de trabalho, logística e comunicação.

RESPOSTA COORDENADA

No âmbito do Governo Federal as ações são coordenadas pelo Centro de Coordenação de Operações (CCOP) da Casa Civil da Presidência da República. O Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE-COVID19), do Ministério da Saúde, integra e faz a ligação entre as demandas externas e internas com o CCOP, subsidiando os gestores do SUS para tomada de decisão

PREPARAÇÃO DA RESPOSTA

A resposta do Governo Federal à Pandemia por COVID-19 teve início nos primeiros dias de janeiro quando a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) detectou os primeiros rumores sobre a doença na China, tendo sido registrado no boletim epidemiológico nº 01, publicado em 16/01/2020, com o título "Evento de monitoramento internacional: China – Pneumonia de etiologia desconhecida".

8.15. O Boletim Epidemiológico 7 trouxe também a série histórica de fatos relevantes do COVID-19 e as ações desenvolvidas para coordenação e resposta:

2020

janeiro

- 03: CIEVS/SVS/MS – detecção de rumor e solicitação de verificação junto à OMS
- 05: OMS - 44 casos de coronavírus e epidemia na China
- 09: OMS divulgada a etiologia da epidemia: Coronavírus
- 11: 1º óbito registrado na China
- 13: 1º caso registrado fora da China (Tailândia)
- 16: SVS/MS: 1º Boletim epidemiológico sobre o tema
- 20: 1º caso confirmado nas Américas (EUA)
- 21: 1º Boletim da OMS – classificou a epidemia como Risco Moderado para o mundo
- 22: MS: Ativação do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para gestão da resposta do SUS (Nível 1 – Alerta: sem caso suspeito)
- 23: 1ª Coletiva de imprensa do Ministério da Saúde para informar a população sobre o Plano de Contingência e ações. China inicia quarentena em Wuhan, epicentro
- 27: 1º Caso suspeitos no Brasil em MG (Nível 2 – Perigo Iminente)
- 28: OMS admite erro e eleva o risco para “alto”
- 30: OMS declara Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) e Itália confirma seu primeiro caso de COVID-19 e fecha o tráfego aéreo com a China
- 31: Ativação do Grupo Executivo Interministerial para a ESPII – Decreto nº 10.2011 (<http://j.mp/decretoGEI-ESP>)

março

- 06: Região Nordeste: 1º caso confirmado – Bahia
- 07: Região Centro-Oeste: 1º caso confirmado – Distrito Federal
- 10: Região Sul: 1º caso confirmado – Rio Grande do Sul
- 11: Distrito Federal: suspensão de aulas e eventos – 1º distanciamento social Brasil
- 15: Região Norte: 1º caso confirmado – Amazonas
- 17: Região Sudeste: 1º óbito registrado no Brasil por COVID-19 – SP
- 25: Região Norte e Nordeste: 1º óbito registrado Amazonas e Pernambuco
- 25: Região Sul : 1º óbito registrado Rio Grande do Sul
- 25: Região Centro-Oeste: 1º óbito registrado Goiás
- 20: Transmissão comunitária – Portaria nº 454 - <http://bit.ly/portaria454covid>
- 24: São Paulo: declara quarentena para todos Estado por 15 dias e STF decide que é prerrogativa dos gestores Estaduais e Municipais
- 30: Coletivas mudam para o Palácio do Planalto, coordenadas pela Casa Civil da Presidência da República, promovendo a gestão por Sistema de Comando de Incidentes (comando único, unificado e unidirecional) e integração dos Centros de Operações de Emergências de cada órgão.

8.16. Até o momento, foram editadas e publicadas 3 versões do Guia de Vigilância Epidemiológica. Cada versão traz novos conhecimentos sobre o tema e também orientações a partir de experiências de outros países e evoluções científicas.

8.17. Importante ressaltar que a vigilância dos vírus respiratórios de relevância em saúde pública possui uma característica dinâmica, devido ao potencial de alguns vírus respiratórios causar epidemias e/ou pandemias, motivo que justifica as constantes atualizações deste Guia de Vigilância Epidemiológica.

8.18. Assim, o Guia de Vigilância Epidemiológica – Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus visa garantir a atualização do sistema de vigilância da COVID-19 devido ao atual cenário pandêmico no país. O Guia está disposto conforme se segue:

INTRODUÇÃO

Características gerais sobre a Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19)

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Objetivos da vigilância
Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal (SG)
Vigilância de Síndrome Gripal (SG) para Casos Suspeitos de COVID-19 nos demais serviços de saúde
Vigilância de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)
Códigos Internacionais de Doenças (CID-10) para a COVID-19
DEFINIÇÕES OPERACIONAIS
CASOS SUSPEITOS
Casos confirmados de COVID-19
Caso de SG ou SRAG não especificada
Caso de SG descartado para COVID-19
NOTIFICAÇÃO E REGISTRO
INVESTIGAÇÃO DE CASOS E MONITORAMENTO DE CONTATOS DE COVID-19
Investigação De Casos De COVID-19
RASTREAMENTO E MONITORAMENTO DE CONTATOS DE CASOS DE COVID-19
INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL DO CORONAVÍRUS
SOBRE O REGISTRO DOS TESTES
TIPOS DE TESTES LABORATORIAIS PARA VÍRUS RESPIRATÓRIOS
ORIENTAÇÕES PARA COLETA DE MATERIAL
CASOS DE SG OU SRAG
BIOSSEGURANÇA
AMOSTRAS PRECONIZADAS PARA RT-QP
MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

8.19. A versão publicada em 15 de março de 2021 está em vigor até a atual data e traz alguns tópicos de relevância. Esses tópicos foram inseridos devido ao conhecimento adquirido sobre o tema e pela introdução de novas variantes do vírus, assim como novas metodologias diagnósticas e incorporação das vacinas como uma das principais frentes de combate ao COVID-19.

8.20. Importante mencionar, ainda, que o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.565, de 18 de junho de 2020, que estabelece orientações gerais visando à prevenção, ao controle e à mitigação da transmissão da COVID-19 (disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.565-de-18-de-junho-de-2020-262408151>).

8.21. A referida Portaria, constam as medidas "*não farmacológicas, como distanciamento social, etiqueta respiratória e de higienização das mãos, uso de máscaras, limpeza e desinfecção de ambientes e isolamento domiciliar de casos suspeitos e confirmados, que devem ser utilizadas de forma integrada, a fim de prevenir o adoecimento e controlar a transmissão da COVID-19, permitindo também a retomada gradual das atividades desenvolvidas pelos vários setores e o retorno seguro do convívio social*". Tais informações foram amplamente divulgadas para a população em geral e encontram-se disponíveis no portal do Ministério da Saúde podendo ser acessada no seguinte endereço: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/como-se-proteger>.

8.22. Ainda, como indicativo da continuidade de orientação dessa Pasta acerca da prevenção e do combate à covid-19, vale acrescentar a atual estratégia de combate à disseminação do vírus, o Plano Nacional de Expansão da Testagem para Covid-19, por meio do qual o Ministério da Saúde distribuirá para todo o país testes de antígeno, que mostram o diagnóstico de pessoas com ou sem sintomas com mais rapidez e podem ser utilizados em locais de grande circulação de pessoas. (disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/setembro/ministerio-da-saude-lanca-plano-nacional-de-expansao-da-testagem-para-covid-19>)

9. DISPOSIÇÕES FINAIS

9.1. Percebe-se, pela manifestação exarada nos parágrafos anteriores, que o Ministério da Saúde tem cumprido sua função legal e institucional de agente financiador das ações de saúde que são realizadas, de forma descentralizada, em razão da própria estruturação constitucional do Sistema Único de Saúde-SUS, não cabendo ao Governo Federal realizar interferências

invasivas e afrontosas à autonomia do ente federativo, essencialmente de sua gestão local do SUS.

9.2. Sabe-se que intervenções que mitigam a autonomia dos entes federativos só são possíveis em situações excepcionalíssimas, como as hipóteses de intervenção federal, previstas no art. 34 da Constituição Federal, cuja execução depende de uma série de formalidades, inclusive envolvendo o Congresso Nacional, exatamente porque o pacto federativo e, por consequência, a autonomia conferida aos entes que a compõem, é cláusula pétrea prevista no §4º do art. 60, no texto constitucional.

9.3. Dessa forma, toda a execução realizada pelo Ministério da Saúde leva em consideração suas atribuições-deveres previstas na Constituição Federal e nos textos normativos infra-constitucionais, os quais são de observância obrigatória por qualquer agente público, especialmente àqueles que se incumbem do poder-dever de realizar a concretização do direito fundamental à saúde.

9.4. Atuações respaldadas nos princípios da legalidade, moralidade, probidade, eficiência, publicidade e transparência não custam caro ao administrador público, ao contrário, são suas premissas legais de atuação, as quais também são observadas nesta Pasta, dentro do âmbito de sua competência.

9.5. De outra ordem, como a presente demonstra, a execução dos serviços de saúde de forma proba, eficaz e condizente com as necessidades locais dos cidadãos brasileiros depende, inevitavelmente, de uma gestão local que também respeite as mesmas máximas que a União vem observando em sua atuação, cabendo, por consequência, a atuação de órgãos de controle, apuratórios e de imposição de sanções, como Controladoria-Geral da União-CGU, Polícia Federal, Ministério Público, Legislativo Local, Tribunal de Contas da União e dos demais entes, e Judiciário, agindo frente a eventuais atos desconformes ao que a Lei determina.

9.6. Diante do exposto, encaminho à Consultoria Jurídica - **CONJUR/MS**, em restituição, para prosseguimento.

ALESSANDRO GLAUCO DOS ANJOS DE VASCONCELOS
Secretário-Executivo Adjunto

REFERÊNCIAS:

[1] http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm

[2] <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>

[3] http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7616.htm

[4] "Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições: I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde; II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde; III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais; IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde; V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde; VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador; VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente; VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde; IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde; X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde; XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública; XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal; XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a

autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização; XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados; XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente; XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde; XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde; XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde; XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde; XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária; XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial."

[5] "Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete: I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição; II - participar na formulação e na implementação das políticas: a) de controle das agressões ao meio ambiente; b) de saneamento básico; e c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

III - definir e coordenar os sistemas: a) de redes integradas de assistência de alta complexidade; b) de rede de laboratórios de saúde pública; c) de vigilância epidemiológica; e d) vigilância sanitária; IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana; V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador; VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica; VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios; VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano; IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde; X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais; XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde; XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde; XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional; XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde; XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal; XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados; XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais; XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal; XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal. § 1º A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional. (Renumerado do parágrafo único pela Lei nº 14.141, de 2021). §2º Em situações epidemiológicas que caracterizem emergência em saúde pública, poderá ser adotado procedimento simplificado para a remessa de patrimônio genético ao exterior, na forma do regulamento. § 3º Os benefícios resultantes da exploração econômica de produto acabado ou material reprodutivo oriundo de acesso ao patrimônio genético de que trata o § 2º deste artigo serão repartidos nos termos da Lei nº 13.123, de 20 de maio de 2015."

[6] "Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete: I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde; II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS); III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde; IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços: a) de vigilância epidemiológica; b) de vigilância sanitária; c) de alimentação e nutrição; e d) de saúde do trabalhador; V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana; VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico; VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho; VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde; IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional; X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa; XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde; XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano; XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras; XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade

no âmbito da unidade federada.”

[7] “Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete: I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde; II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual; III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho; IV - executar serviços: a) de vigilância epidemiológica; b) vigilância sanitária; c) de alimentação e nutrição; d) de saneamento básico; e e) de saúde do trabalhador; V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde; VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las; VII - formar consórcios administrativos intermunicipais; VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros; IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras; X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução; XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde; XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.”

[8] “Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.”

[9] http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

[10] http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm

[11] http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

[12] http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13844.htm

[13] [9] http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13979.htm

[14] Hely Lopes Meirelles. Direito Administrativo Brasileiro. São Paulo: Malheiros Editores, 1999, p. 134.

[15] http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

[16] http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

[17] MÂNICA, Fernando Borges Prestação de Serviços de Assistência à Saúde pelos Municípios. Belo Horizonte, Ed. Fórum, p. 43, 2017.

[18] http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

BASE LEGAL:

Lei Complementar nº 141/2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal;

Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional pela Organização Mundial da Saúde em 30 de janeiro de 2020;

Lei Complementar 101/2020, que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências [Art. 23, parágrafos 1º e 2º e questionados na Ação Direta de Inconstitucionalidade – ADI 2238];

Portaria nº 188/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2020, que declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV);

Portaria nº 539/GM-MD, de 4 de fevereiro de 2020, que aprova a Diretriz Ministerial nº 2/2020, de 4 de fevereiro de 2020, que regula o emprego das Forças Armadas, sob a coordenação deste Ministério, na "Operação Regresso", para ações subsidiárias visando a colaborar com os esforços do governo federal para retirada de nacionais e familiares devidamente autorizados da cidade de Wuhan, na China;

Lei nº 13.979/2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019, alterada pela Lei 14.035/2020;

Portaria nº 356/GM/MS, de 11 de março de 2020, que dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19);

Portaria nº 395/GM/MS, de 16 de março de 2020, que estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade-MAC, a ser disponibilizado aos Estados e Distrito Federal, destinados às ações de saúde para o enfrentamento do Coronavírus - COVID 19;

Mensagem nº 93/PR, de 18 de março de 2020, no qual solicita que o Congresso Nacional, e enquanto perdurar o estado de calamidade, que a União seja dispensada do atingimento dos resultados fiscais e da limitação de empenho prevista no art. 9º da Lei de Responsabilidade Fiscal;

Portaria nº 414/GM/MS, de 18 de março de 2020, que autoriza a habilitação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrico, para atendimento exclusivo dos pacientes COVID-19;

Portaria nº 428/GM/MS, de 19 de março de 2020, que dispõe sobre as medidas de proteção para

enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19) no âmbito das unidades do Ministério da Saúde no Distrito Federal e nos Estados;

Portaria nº 430/GM/MS, de 19 de março de 2020, que estabelece incentivo financeiro federal de custeio no âmbito da Atenção Primária à Saúde, em caráter excepcional e temporário, com o objetivo de apoiar o funcionamento em horário estendido das Unidades de Saúde da Família (USF) ou Unidades Básicas de Saúde (UBS) no país, para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19);

Portaria nº 454/GM/MS, de 20 de março de 2020, que declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (COVID-19);

Decreto Legislativo nº 6/CN, de 20 de março de 2020 (Decreto de Calamidade Pública Federal), que reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de 2020;

Portaria nº 480/GM/MS, de 23 de março de 2020 [PO MP01], que estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, a ser disponibilizado aos estados e Distrito Federal, destinados às ações de saúde para o enfrentamento do Coronavírus - COVID 19;

Portaria nº 488/GM/MS, de 23 de março de 2020, que dispõe sobre a aplicação de emendas parlamentares que adicionarem recursos ao Sistema Único de Saúde (SUS), para a realização de transferências do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, no exercício de 2020; alterada pela Portaria nº 545/GM/MS, de 25 de março de 2020, para orientar a aplicação de recursos oriundos de emendas parlamentares em medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do Coronavírus (COVID-19);

Portaria nº 545 GM/MS, de 25 de março de 2020, altera a Portaria nº 488/GM/MS, de 23 de março de 2020, para orientar a aplicação de recursos oriundos de emendas parlamentares em medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do Coronavírus (COVID-19);

Portaria nº 561/GM/MS, de 26 de março de 2020, autoriza a utilização de leitos de hospitais de pequeno porte para cuidados prolongados em atendimento dos pacientes crônicos oriundos de Unidade de Terapia Intensiva e leitos de enfermagem de hospitais de referência ao COVID-19;

Portaria nº 568/GM/MS, de 26 de março de 2020, autoriza a habilitação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrica para atendimento exclusivo dos pacientes com a COVID-19;

Portaria Interministerial nº 134/ME, de 30 de março de 2020, que altera a Portaria Interministerial nº 424, de 30 de dezembro de 2016, suspende a contagem dos seus prazos, autoriza a prorrogação excepcional dos prazos dispostos no seu art. 24, §§ 1º e 2º, e faculta a aplicação dessas disposições aos instrumentos em execução ou em fase de prestação de contas celebrados na vigência das Portarias Interministerial nº 127, de 29 de maio de 2008 e 507, de 24 de novembro de 2011;

Portaria nº 662/GM/MS, de 1º de abril de 2020, que estabelece regras de forma excepcional - para as transferências de recursos do Bloco de Custeio - Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC pelo período de 90 (noventa) dias;

Medida Provisória nº 938, de 2 de abril de 2020, dispõe sobre a prestação de apoio financeiro pela União aos entes federativos que recebem recursos do Fundo de Participação dos Estados - FPE e do Fundo de Participação dos Municípios - FPM, com o objetivo de mitigar as dificuldades financeiras decorrentes do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19).

Convertida na Lei 14.041/2020.

Decreto nº 10.315/2020, que prorroga, de ofício, a vigência de instrumentos e o prazo para bloqueio dos restos a pagar de transferências voluntárias, tendo em vista o disposto no art. 36 da Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964;

Portaria nº 774/GM/MS, de 9 de abril de 2020 [PO CV20], que estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19;

Lei Complementar nº 172/2020, que dispõe sobre a transposição e a transferência de saldos financeiros constantes dos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, provenientes de repasses federais;

Portaria nº 827/GM/MS, de 15 de abril de 2020, que inclui o procedimento de complementação de valor de sessão de hemodiálise em pacientes com suspeição ou confirmação de COVID-19 na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS e estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, a ser disponibilizado aos municípios, estados e Distrito Federal, destinado à realização de hemodiálise em pacientes com suspeição ou confirmação de COVID-19;

Portaria nº 29/SAPS/MS, de 29 de abril de 2020, que prorroga o prazo da etapa de transição da capitação ponderada do Programa Previne Brasil, referente à Portaria nº 2.979/GM/MS, de 12 de novembro de 2019, para as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária do

Distrito Federal e municípios constantes no Anexo da Portaria nº 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020, considerando o contexto da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus (COVID-19);

Portaria nº 859/GM/MS, de 17 de abril de 2020 [PO CV20], que estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a ser disponibilizado aos Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19;

Portaria nº 828/GM/MS, de 17 de abril de 2020, que altera a Portaria de Consolidação nº 6/2017/GM/MS, para dispor sobre os Grupos de Identificação Transferências federais de recursos da saúde [Altera a Portaria de Consolidação nº 6/2017/GM/MS, para dispor sobre os Grupos de Identificação Transferências federais de recursos da saúde [Recomendações do Acórdão nº 847/2019 - TCU - Plenário];

Decreto nº 10.324/2020, que altera o Decreto nº 10.249, de 19 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre a programação orçamentária e financeira e estabelece o cronograma mensal de desembolso do Poder Executivo federal para o exercício de 2020.

Lei nº 13.992/2020, que suspende por 120 (cento e vinte) dias, a contar de 1º de março do corrente ano, a obrigatoriedade da manutenção das metas quantitativas e qualitativas contratualizadas pelos prestadores de serviço de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Lei nº 13.955/2020, que dispõe sobre a prestação de auxílio financeiro pela União às santas casas e hospitais filantrópicos, sem fins lucrativos, que participam de forma complementar do Sistema Único de Saúde (SUS), no exercício de 2020, com o objetivo de permitir-lhes atuar de forma coordenada no combate à pandemia da COVID-19;

Emenda Constitucional nº 106/2020, que institui regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para enfrentamento de calamidade pública nacional decorrente de pandemia;

Portaria nº 1.124/GM/MS, de 7 de maio de 2020, que estabelece regras de forma excepcional para as transferências de recursos do Bloco de Custeio - Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC pelo período de 120 (cento e vinte) dias;

Portaria nº 1.193/GM/MS, de 8 de maio de 2020 [PO CV60], que estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19;

Medida Provisória nº 966, de 13 de maio de 2020, dispõe sobre a responsabilização de agentes públicos por ação e omissão em atos relacionados com a pandemia da COVID-19.

Vide ADI nº 6427 - Vigência encerrada em 10/9/2020.

Portaria nº 1.335/GM/MS, de 19 de maio de 2020 [PO CV60], que estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19;

Portaria nº 1.371/GM/MS, de 19 de maio de 2020 [PO CV60], que estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19;

Decreto nº 10.360/2020, que dispõe sobre a forma de identificação das autorizações de despesas relacionadas ao enfrentamento de calamidade pública nacional decorrente de pandemia e de seus efeitos sociais e econômicos;

Portaria nº 1.393/GM/MS, de 21 de maio de 2020, que dispõe sobre o auxílio financeiro emergencial às Santas Casas e aos hospitais filantrópicos sem fins lucrativos, que participam de forma complementar do Sistema Único de Saúde (SUS), no exercício de 2020, com o objetivo de permitir-lhes atuar de forma coordenada no controle do avanço da pandemia da COVID-19;

Lei Complementar 173/2020, que estabelece o Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus SARS-CoV-2 (COVID-19), altera a Lei Complementar nº W101, de 4 de maio de 2000, e dá outras providências;

Medida Provisória nº 974, de 28 de maio de 2020, autoriza a prorrogação de contratos por tempo determinado no âmbito do Ministério da Saúde.

* Alcança somente os contratos por tempo determinado de profissionais de saúde para exercício de atividades nos hospitais federais do Estado do Rio de Janeiro para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público. Convertida na Lei 14.072/2020.

Portaria nº 1.444/GM/MS, de 29 de maio de 2020, institui os Centros Comunitários de Referência para enfrentamento à COVID-19, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), e estabelece incentivo para custeio dos Centros Comunitário de Referência para enfrentamento à COVID-19 e incentivo financeiro federal adicional per capita, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância internacional;

Portaria nº 1.448/GM/MS, de 29 de maio de 2020, que dispõe sobre a transferência da segunda parcela do auxílio financeiro emergencial às Santas Casas e aos hospitais filantrópicos sem fins lucrativos, nos termos da Lei nº 13.995, de 5 de maio de 2020, e do art. 3º da Portaria nº 1.393/GM/MS, de 21 de maio de 2020;

Portaria nº 510/GM/MS, de 16 de junho de 2020, que inclui leito e habilitação de Suporte Ventilatório Pulmonar no CNES e procedimento de diária na Tabela de Procedimentos,

Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, para atendimento exclusivo dos pacientes da COVID-19;

Portaria nº 1.579/GM/MS, de 19 de junho de 2020, que credencia temporariamente municípios a receberem incentivos financeiros referentes aos Centros de Atendimento para Enfrentamento da COVID-19, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19);

Portaria nº 1.613, de 24 DE junho de 2020, estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19;

Portaria nº 1.615/GM/MS, de 24 de junho de 2020 [PO CV60], que estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19;

Portaria nº 1.666/GM/MS, de 1º de julho de 2020 [PO MP01, CV20, CV30, CV40 e CV50], que dispõe sobre a transferência de recursos financeiros aos Estados, Distrito Federal e Municípios para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da Coronavírus - COVID 19;

Emenda Constitucional 107/2020, que adia, em razão da pandemia da COVID-19, as eleições municipais de outubro de 2020 e os prazos eleitorais respectivos;

Portaria nº 1.740/GM/MS, de 10 de julho de 2020, que estabelece o pagamento por desempenho do Programa Previnde Brasil considerando o resultado potencial de 100% (cem por cento) do alcance dos indicadores por equipe do Distrito Federal e municípios constantes no Anexo da Portaria nº 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020, diante do contexto da emergência de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus (COVID-19);

Portaria nº 1.742/GM/MS, de 13 de julho de 2020 [PO CV20], que credencia temporariamente municípios a receberem incentivo financeiro referente aos Centros Comunitários de Referência para Enfrentamento da COVID-19 e incentivo financeiro federal adicional per capita, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus (Covid-19);

Portaria nº 1.802/GM/MS, de 20 de julho de 2020, que autoriza a habilitação de novos leitos de unidade de terapia intensiva - uti adulto COVID-19 para atendimento exclusivo dos pacientes SRAG/COVID-19;

Portaria nº 1.797/GM/MS, de 21 de julho de 2020 [PO CV20 e CV50], que credencia temporariamente Municípios a receberem incentivos financeiros referentes aos Centros de Atendimento para Enfrentamento da COVID-19, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus;

Portaria nº 1.841/GM/MS, de 28 de julho de 2020, que autoriza o repasse dos valores de recursos federais aos Fundos de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, no Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde a serem alocados no Grupo de Vigilância em Saúde para o fortalecimento da Vigilância Laboratorial nos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN);

Portaria nº 1.857/GM/MS, de 28 de julho de 2020, que dispõe sobre a transferência de incentivos financeiros aos Municípios e ao Distrito Federal para combate à Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus/COVID-19, considerando as escolas públicas da rede básica de ensino;

Portaria nº 1.871/GM/MS, de 29 de julho de 2020 [PO CV60], que estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19;

Portaria nº 1.878/GM/MS, de 29 de julho de 2020 [PO CV60], que estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19;

Portaria nº 1.879/GM/MS, de 29 de julho de 2020 [PO CV60], que estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19;

Portaria nº 1.880/GM/MS, de 29 de julho de 2020 [PO CV60], que estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19;

Portaria nº 1.881/GM/MS, de 29 de julho de 2020 [PO CV60], que estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19;

Portaria nº 1.882/GM/MS, de 29 de julho de 2020 [PO CV60], que estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados,

Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19;

Portaria nº 1.883/GM/MS, de 29 de julho de 2020 [PO CV60], que estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19;

Portaria nº 1.884/GM/MS, de 29 de julho de 2020 [PO CV60], que estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19;

Portaria nº 1.954/GM/MS, de 3 de agosto de 2020, que habilita o Estado, Município ou Distrito Federal a receber recursos destinados à aquisição de equipamentos e materiais permanentes para estabelecimentos de saúde;

Portaria nº 1.956/GM/MS, de 3 de agosto de 2020, que habilita o Estado, Município ou Distrito Federal a receber recursos destinados à aquisição de equipamentos e materiais permanentes para estabelecimentos de saúde;

Portaria nº 1.957/GM/MS, de 3 de agosto de 2020, que habilita o Estado, Município ou Distrito Federal a receber recursos destinados à aquisição de equipamentos e materiais permanentes para estabelecimentos de saúde;

Portaria nº 1.958/GM/MS, de 3 de agosto de 2020, que habilita o Estado, Município ou Distrito Federal a receber recursos destinados à aquisição de equipamentos e materiais permanentes para estabelecimentos de saúde;

Portaria nº 2.072/GM/MS, de 11 de agosto de 2020, que estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19;

Portaria nº 1.994/GM/MS, de 6 de agosto de 2020, estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19.

Portaria nº 2.075/GM/MS, de 11 de agosto de 2020, que estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19;

Portaria nº 2.222/GM/MS, de 25 de agosto de 2020 [PO CV40], que institui, em caráter excepcional e temporário, Ações Estratégicas de Apoio à Gestação, Pré-Natal e Puerpério e o incentivo financeiro federal de custeio para o enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia do coronavírus;

Portaria nº 2.298/GM/MS, de 27 de agosto de 2020, que institui, para o ano de 2020, o repasse financeiro referente ao Piso Variável de Vigilância Sanitária (PV-Visa) para o fortalecimento e execução das ações de Vigilância Sanitária voltadas ao enfrentamento do coronavírus - Sars-CoV-2;

Portaria nº 2.306/GM/MS, de 28 de agosto de 2020, que altera a Portaria nº 1.857/GM/MS, de 28 de julho de 2020, que dispõe sobre a transferência de incentivos financeiros federais aos Municípios e ao Distrito Federal, em caráter excepcional e temporário, considerando ações de saúde nas escolas da rede básica de ensino no enfrentamento da emergência em saúde pública de importância nacional e internacional em decorrência do coronavírus (COVID-19);

Portaria nº 2.358/GM/MS, de 2 de setembro de 2020, que institui incentivo de custeio, em caráter excepcional e temporário, para a execução de ações de rastreamento e monitoramento de contatos de casos de COVID-19;

Portaria nº 2.390/GM/MS, de 8 de setembro de 2020, que estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19;

Portaria nº 2.389/GM/MS, de 8 de setembro de 2020, que estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19;

Portaria nº 2.405/GM/MS, de 16 de setembro de 2020 [PO CV50], que institui incentivo financeiro federal de custeio, em caráter excepcional e temporário, aos municípios e Distrito Federal para o fortalecimento das equipes e serviços da Atenção Primária   Saúde no cuidado às populações específicas, no contexto da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da COVID-19;

Portaria nº 2.488/GM/MS, de 18 de setembro de 2020 [PO CV50], que credencia temporariamente municípios a receber incentivo financeiro referente aos Centros Comunitários de Referência para Enfrentamento da COVID-19, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus;

Portaria nº 2.516/GM/MS, de 21 de setembro de 2020 [PO CV50], que dispõe sobre a

transferência de recursos financeiros de custeio para a aquisição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica utilizados no âmbito da saúde mental em virtude dos impactos sociais ocasionados pela pandemia da COVID-19;

Lei nº 14.061/2020, que prorroga até 30 de setembro de 2020 a suspensão da obrigatoriedade da manutenção das metas quantitativas e qualitativas contratualizadas pelos prestadores de serviço de saúde, de qualquer natureza, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecida na Lei nº 13.992, de 22 de abril de 2020; e dá outras providências;

Portaria nº 2.549/GM/MS, de 24 de setembro de 2020, que estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19;

Portaria nº 2.559/GM/MS, de 24 de setembro de 2020, que estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19;

Portaria nº 2.661/GM/MS, de 24 de setembro de 2020, que estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19;

Portaria nº 2.574/GM/MS, de 24 de setembro de 2020, que dispõe sobre a transferência de recursos financeiros ao Estado do Rio Grande do Sul e Municípios de Porto Alegre, para enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional decorrente da Coronavírus - COVID -19;

Portaria nº 2.624/GM/MS, de 28 de setembro de 2020 [PO CV50], que institui incentivo de custeio, em caráter excepcional e temporário, para a execução de ações de vigilância, alerta e resposta à emergência de COVID-19;

Portaria nº 2.625/GM/MS, de 28 de setembro de 2020 [PO CV50], institui incentivo financeiro federal de custeio, em caráter excepcional temporário, aos estados, municípios e Distrito Federal para o fortalecimento dos Serviços de Verificação de Óbito (SVO), no contexto da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da COVID-19;

Portaria nº 2.665/GM/MS, de 24 de setembro de 2020, que estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19;

Portaria nº 2.666/GM/MS, de 24 de setembro de 2020, estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19;

Portaria nº 2.699/GM/MS, de 5 de outubro de 2020, que autoriza a prorrogação de prazos relativos às obras financiadas por recursos transferidos na modalidade fundo a fundo, nos termos do Título IX da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017;

Portaria nº 2.782/GM/MS, de 14 de outubro de 2020 [PO CV50], institui, em caráter excepcional e temporário, incentivos financeiros federais de custeio para execução das ações de imunização e vigilância em saúde, para enfrentamento à Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia de COVID-19;

Portaria nº 2.897/GM/MS, de 20 de outubro de 2020, que estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19;

Portaria nº 2.994/GM/MS, de 29 de outubro de 2020, que institui, em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro federal para atenção às pessoas com obesidade, diabetes mellitus ou hipertensão arterial sistêmica no âmbito da Atenção Primária à Saúde, no Sistema Único de Saúde, no contexto da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia do novo coronavírus;

Portaria nº 3.008/GM/MS, de 4 de novembro de 2020 [PO CV70], que institui, em caráter excepcional e temporário, incentivos financeiros federais de custeio para apoiar a reorganização e adequação dos ambientes voltados à assistência odontológica na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Especializada, para viabilização do acesso e resolução das demandas de saúde bucal em condições adequadas para a mitigação dos riscos individuais e coletivos relacionados à Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia do coronavírus (COVID-19), declarada pela Portaria nº 188/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2020;

Portaria nº 3.017/GM/MS, de 4 de novembro de 2020 [PO CV70], que institui, em caráter excepcional e temporário, incentivos financeiros federais de capital, para apoiar a estruturação, reorganização e adequação dos ambientes voltados à assistência odontológica na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Especializada, para enfrentamento à Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia do Coronavírus (COVID-19);

Portaria nº 3.096/GM/MS, de 16 de novembro de 2020, que estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19;

Portaria nº 3.186/GM/MS, de 26 de novembro de 2020 [PO CV40], que institui, em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro federal a Estados, Distrito Federal e Municípios, destinado à aquisição de equipamentos para reorganização do processo de trabalho e qualificação do cuidado e assistência nos estabelecimentos saúde Municipais, Distritais e Estaduais de administração pública no âmbito do Sistema Único de Saúde, que prestam assistência às gestantes, parturientes, recém-nascidos e puérperas, no contexto da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente do Coronavírus;

Portaria nº 3.193/GM/MS, de 27 de novembro de 2020 [PO CV40], que institui incentivo financeiro federal, em caráter excepcional e temporário, para informatização das equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária, por meio da implementação de Prontuário Eletrônico;

Portaria nº 3.248, de 2 DE dezembro de 2020, institui, em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro destinado aos Estados e Distrito Federal, para estruturação de unidades de Rede de Frio do Programa Nacional de Imunizações e para Vigilância Epidemiológica, para o enfrentamento à Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia de COVID-19;

Portaria nº 3.300/GM/MS, de 4 de dezembro de 2020, que autoriza a habilitação de novos leitos de Unidade de Terapia Intensiva - UTI Adulto e Pediátrico COVID-19 para atendimento exclusivo dos pacientes SRAG/COVID-19;

Portaria nº 3.350/GM/MS, de 8 de dezembro de 2020, que institui, em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro federal de custeio, para o desenvolvimento de ações no âmbito dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no contexto do Enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da COVID-19;

Portaria nº 3.659/GM/MS, de 21 de dezembro de 2020, que habilita o Estado, Município ou Distrito Federal a receber recursos destinados à aquisição de equipamentos e materiais permanentes para estabelecimentos de saúde;

Portaria nº 3.664/GM/MS, de 21 de dezembro de 2020, que habilita o Estado, Município ou Distrito Federal a receber recursos destinados à aquisição de equipamentos e materiais permanentes para estabelecimentos de saúde;

Portaria nº 3.682/GM/MS, de 21 de dezembro de 2020, que habilita o Estado, Município ou Distrito Federal a receber recursos destinados à aquisição de equipamentos e materiais permanentes para estabelecimentos de saúde.

Portaria nº 3.688/GM/MS, de 21 de dezembro de 2020, que habilita o Estado, Município ou Distrito Federal a receber recursos destinados à aquisição de equipamentos e materiais permanentes para estabelecimentos de saúde;

Portaria nº 3.717/GM/MS, de 22 de dezembro de 2020, que institui, em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro federal de capital aos Estados, Municípios e Distrito Federal para o fortalecimento dos Serviços de Verificação de Óbito (SVO), no contexto da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da COVID-19;

Portaria nº 3.746/GM/MS, de 23 de dezembro de 2020, que habilita o Estado, Município ou Distrito Federal a receber recursos destinados à aquisição de equipamentos e materiais permanentes para estabelecimentos de saúde;

Portaria nº 3.766/GM/MS, de 23 de dezembro de 2020, que habilita o Estado, Município ou Distrito Federal a receber recursos destinados à aquisição de equipamentos e materiais permanentes para estabelecimentos de saúde;

Portaria nº 3.855/GM/MS, de 29 de dezembro de 2020, que estabelece recurso financeiro do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo Coronavírus (COVID-19), a ser disponibilizado, em parcela única, ao Estado de São Paulo;

Portaria GM/MS Nº 3.896, DE 30 de dezembro de 2020, dispõe sobre a transferência de recursos financeiros aos Estados e Distrito Federal, para o enfrentamento das demandas assistenciais geradas pela emergência de saúde pública de importância internacional causada pelo novo Coronavírus;

Portaria GM/MS nº 361, de 1º de março de 2021, institui, em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro federal de custeio aos municípios que, nas competências financeiras novembro ou dezembro do ano de 2020, possuíam credenciados e implantados Centros Comunitários de Referência para Enfrentamento da COVID-19, de que trata a Portaria GM/MS nº 1.444, de 29 de maio de 2020, ou Centros de Atendimento para Enfrentamento da COVID-19, de que trata a Portaria GM/MS nº 1.445, de 29 de maio de 2020;

Portaria GM/MS nº 373, de 2 de março de 2021, que dispõe sobre o procedimento para autorização de leitos de Unidade de Terapia Intensiva - UTI Adulto e Pediátrico COVID-19, em caráter excepcional e temporário;

Portaria GM/MS Nº 398, de 8 de março de 2021, altera o prazo estabelecido no § 1º, do art. 3º, da Portaria GM/MS nº 3.896, de 30 de dezembro de 2020, que dispõe sobre a transferência de recursos financeiros aos Estados e Distrito Federal, para o enfrentamento das demandas assistenciais geradas pela emergência de saúde pública de importância internacional causada pelo novo Coronavírus;

Portaria GM/MS nº 471, de 17 de março de 2021, que dispõe sobre o procedimento para autorização de leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar (LSVP), em caráter excepcional e temporário, para atendimento exclusivo dos pacientes da COVID-19;

Portaria GM/MS Nº 561, de 26 DE março de 2021, autoriza, em caráter excepcional, o pagamento de leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar para atendimento exclusivo dos pacientes da COVID-19 aos Estados, Distrito Federal e Municípios, referentes ao primeiro trimestre de 2021.

1ª Versão - Plano-de-Contingencia-2020

2ª Versão - Plano-de-Contingencia-ESPIN

3ª Versão - Plano-de-Contingência-2021

NOTA TÉCNICA Nº 32/2020-SE/GAB/SE/MS

NOTA INFORMATIVA Nº 3/2021-SE/GAB/SE/MS

PLANILHA DE ALTERAÇÕES PLANO DE CONTINGÊNCIA ESPIN

PLANILHA PLANO TÁTICO OPERACIONAL

Boletim Epidemiológico 7

03 de abril 2020 - Guia de Vigilância Epidemiológica - Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019

05 de agosto 2020 - Guia de Vigilância Epidemiológica - Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019

15 de março 2020 - Guia de Vigilância Epidemiológica - Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019 MS



Documento assinado eletronicamente por **Alessandro Glauco dos Anjos de Vasconcelos, Secretário-Executivo Adjunto**, em 07/10/2021, às 12:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0022895379** e o código CRC **963B911C**.

Brasília, 22 de setembro de 2021.

Referência: Processo nº 25000.101739/2021-00

SEI nº 0022895379

Gabinete da Secretaria Executiva - GAB/SE
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br