

PLANO DE CONTINGÊNCIA

**PARA ENFRENTAMENTO DE
DESASTRE NATURAL / ENCHENTES
EM BARRA DO CORDA
2022 / 2023**



Prefeitura Municipal de Barra de Corda
Secretaria de Saúde
Coordenação de Vigilância Epidemiológica

PLANO DE CONTINGÊNCIA

PARA ENFRENTAMENTO DE DESASTRE NATURAL / ENCHENTES EM BARRA DO CORDA

Secretaria de Saúde
Coordenação de Vigilância Epidemiológica

Prefeito de Barra do Corda
Rigo Alberto Teles de Sousa

Secretária Municipal de Saúde
Nakyoane Cunha Andrade

Secretaria Adjunta de Saúde
Joanice Carneiro

Presidente do Conselho Municipal
Cristiana Marcelino da Silva

Coordenadora de Vigilância Epidemiológica
Odila Marcia Vinhas da Silva

Coordenadora de Atenção Primária
Dilene José da Silva Nogueira

Coordenadora da Vigilância Sanitária
Daniela da Silva Alves Guedelha

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
INTRODUÇÃO	6
JUSTIFICATIVA	9
OBJETIVO	10
SISTEMA MUNICIPAL DE PROTEÇÃO E DEFESA CIVIL	11
CENÁRIO DE RISCO	12
Principais pontos definidos do Cenário de Risco.	12
Resumo/Histórico	12
Fatores contribuintes	12
Perfil epidemiológico	12
Tipos de ocorrência de desastres por região do Brasil.	15
ESTRATÉGIA PARA INUNDAÇÃO	16
Nível de Resposta	17
Nível de resposta I: Emergência localizada	18
Nível de resposta II: Emergência expandida	19
Nível de resposta III: Emergência nacional	19
CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
REFERÊNCIAS	22
ANEXO	23

APRESENTAÇÃO

O Plano de Contingência para Enfrentamento de Desastre Natural / Enchentes em Barra do Corda tem como objetivo nortear a atuação da Prefeitura Municipal, na resposta às Emergências em Saúde Pública buscando parceria coordenada no âmbito do SUS. (Lei nº8080, de 19 de setembro de 1990, **ANEXO**).

As causas e consequências, bem como as respostas e as ações para prevenção e mitigação é uma temática de grande interesse em alerta para a comunidade tendo em vista que as alterações climáticas resultam no aumento das frequências e intensidades das chuvas e outros eventos.

Em relação às enchentes e saúde pública é necessário oferecer subsídios para uma melhor compreensão destes eventos que causam impactos significativos para a população e na infraestrutura dos serviços de saúde o que exige planejamento e cooperação com outros setores, de modo ordenado: Defesa civil, Meio ambiente, agricultura, transportes, política, além de empresas privadas.

Esta cooperação é fundamental após as enchentes são necessárias medidas de reparos estruturais devido a danos materiais.

Secretária de Saúde



Localização de Barra do Corda no Maranhão

INTRODUÇÃO

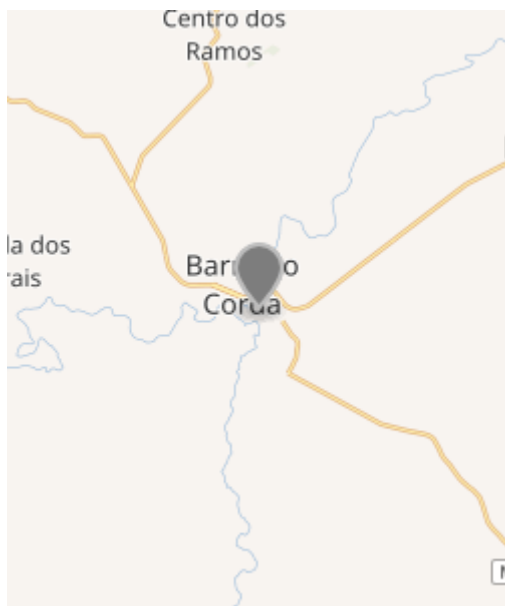
“Resiliência é a capacidade que um sistema, uma comunidade ou uma sociedade exposta a riscos tem de resistir, absorver, adaptar-se, recuperar-se dos efeitos de um perigo de maneira tempestiva e eficiente, por meio, por exemplo, da preservação e restauração de suas estruturas básicas essenciais.”

(<https://www.unisdr.org/we/inform/terminology>)

O Município de Barra do Corda é sede da Regional de Saúde e Educação estando localizada no centro geográfico do Maranhão, na confluência dos rios **Rio Corda e Rio Mearim**.

Barra do Corda possui de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tem uma extensão territorial de 5.190,339 quilômetros quadrados. Situa-se a 5°30'21" de latitude sul e 45°14'34" de longitude oeste estando distante cerca de 446 da capital estadual e população de 88.623 habitantes. Os municípios limítrofes são Formosa da Serra Negra e Fernando Falcão ao sul; Grajaú, Itaipava do Grajaú e Jenipapo dos Vieiras, ao oeste; Tuntum ao leste; Joselândia, São Raimundo do Doca Bezerra, e São Roberto ao norte.

O clima de Barra do Corda é classificado como tropical tipo Aw, de acordo com a classificação climática de Köppen. Possui verões quentes e chuvosos, e invernos amenos e secos. O índice pluviométrico é de 1.180 milímetros (mm) anuais, com tempo de insolação de aproximadamente 2.300 horas/ano.



Mapa de Barra do Corda

Coordenadas: 5° 30' 21" S 45° 14' 34" O

País: Brasil

Unidade federativa: Maranhão

Municípios limítrofes: Formosa da Serra Negra, Tuntum, Grajaú, Jenipapo dos Vieiras, Fernando Falcão, Joselândia, São Roberto, São Raimundo do Doca Bezerra e Itaipava do Grajaú.

História

Fundação 3 de maio de 1835 (186 anos).

Aniversário 3 de maio

Administração

Prefeito: Rigo Alberto Teles de Sousa

Vereadores: 17

Características geográficas

Área total: 5.190,339 km²

População total (estimativa DATASUS/2021): 88.623 habitantes.

• Posição MA: 11°

Densidade: 16,9 hab./km²

Climatropical Aw - Clima tropical, com inverno seco. Apresenta estação chuvosa no verão, de novembro a abril, e nítida estação seca no inverno, de maio a outubro.

Altitude: 148 m

Fuso horário: Hora de Brasília (UTC−3)

Indicadores

IDH (PNUD/2010)

0,606 — Médio

• Posição MA: 21º

PIB (IBGE/2014)

R\$ 586.097 mil

• Posição MA: 16º

PIB per capita (IBGE/2014)

R\$ 6.846,69

Demografia

Sua população, conforme estimativas do IBGE de 2018, era de 87.794 habitantes.

Crescimento populacional		
Censo	Pop.	%±
<u>1991</u>	90.820	—
<u>2000</u>	78.147	−14,0%
<u>2010</u>	82.830	6,0%
Est. 2020	88.492	−99,9%
Fonte: <u>Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística</u> (IBGE)		

Bandeira



Brasão de armas



Hino

Apelido(s)

"Princesa do Sertão"

Gentílico: barra-cordense

JUSTIFICATIVA

Barra do Corda em consequências com suas características, topográficas e hidrográficas, usufrui dos rios, sendo que o fenômeno sedimentar pode ser observado em algumas localidades do Rio Corda e outras após seu encontro com o Rio Mearim. (Lei nº8142, de dezembro de 1990, **ANEXO**).

No perímetro urbano de Barra do Corda encontra-se bastante deformados pela ocupação dessas áreas. Possui obras de grande porte constituídas em portos e que deveria ser resguardo esse patrimônio que é a urbanização da avenida litoral do bairro Incra o qual percorre por mais de 2,5km.

É fundamental enfrentar estes desafios com foco em monitoramentos, avaliação e compreensão do risco de enchentes com respostas efetivas nas situações de calamidade. Sendo assim, torna-se necessário compartilhar informações para o fortalecimento da governança do risco de desastres e coordenação entre as instituições e os setores relevantes.

É importante a participação plena e significativa com todos os envolvidos, com investimentos em resiliência por meio de tecnologias, comunicação, preparação, resposta, recuperação, reabilitação e reconstrução.

No bairro Tamarindo as paredes do açude romperam atingindo com força as casas desse local vitimando **81** famílias que tiveram suas casas com alagamento e 12 desabrigadas.

A série das ações foi iniciada pelo Prefeito Rigo Teles e órgãos municipais com a ajuda da população.

Com as fortes chuvas e o aumento da água dos rios houve inundação nos bairros: Centro, Altamira, Trizidela, Tamarindo, Entre Rios, totalizando 110 famílias desabrigadas.

OBJETIVO

Este Plano de Contingência tem por objetivo orientar as ações de prevenção, mitigação, preparação, resposta e recuperação em situação de ocorrências de desastres naturais em Barra do Corda.

- Orienta o planejamento a partir das ações recomendadas pela Estratégia Internacional de Redução de Desastres da Organização das Nações Unidas – EIRD/ONU, sobretudo os Marcos de Hyogo e de Sendai, um marco de orientação para redução do risco de desastres. (ANEXO)
- Estabelecer estratégias no setor saúde para gestão de riscos e desastres associados às inundações considerando os princípios do SUS, dando especial atenção a integralidade e equidade, elaborando o planejamento integral do cuidado.
- Preconizar que medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos a saúde pública devem ser estabelecidas com o processo contínuo no âmbito do SUS em suas três esferas de gestão, em consonância com a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS).
- Aumentar a consciência pública para entender a redução das vulnerabilidades e ameaças.

SISTEMA MUNICIPAL DE PROTEÇÃO E DEFESA CIVIL

Proteção e Defesa Civil, em seu conceito mais simplificado, é o conjunto de ações de prevenção, mitigação, preparação, socorro e recuperação para redução dos riscos de desastres em Barra do Corda.

O Sistema Municipal de Proteção e Defesa Civil possui articulação institucionalizada com todos os órgãos públicos municipais, coordenados para emprestar suas competências nas atividades de prevenção, mitigação, preparação, resposta e recuperação nos desastres potenciais ou acontecidos no município.

As ações de Defesa Civil são cíclicas e complementam-se simultaneamente. As ações de prevenção devem ser desencadeadas prioritariamente antes desastres, mas permanecem durante as demais fases objetivando evitar a eclosão de incidentes secundários.

CENÁRIO DE RISCO

Principais pontos definidos do Cenário de Risco.

Nome do risco: Enchentes / Inundações.

Local: Bairros: Tamarindo, Entre Rios, Centro, Altamira, Trizidela.

Povoados: Três lagoas do Manduca, Santa Vitória.

Descrição: são áreas situadas nas margens dos rios Corda e Mearim, sujeitas a escorregamentos com ocupação desordenada, cursos d'água que podem gerar acidentes com danos ao patrimônio ou até mesmo para vidas humanas. Foram estimadas **210** famílias com risco alto. Com a intensidade das chuvas o município sofreu com cheias dos rios Corda e Mearim.

A gestão municipal preocupada em mitigar as inundações na cidade, vem investindo em ações de fortalecimento institucional para fazer frente à temática da gestão das águas urbanas.

Resumo/Histórico: Desmoronamentos de casas, parede de açude rompida, ruas intrafegáveis, contaminação biológica de água para consumo humano e alimentos. As principais doenças estão relacionadas com doenças de transmissão hídrica e alimentar; gripes, rinites, asma e enteroinfecção.

Fatores contribuintes: Rompimento do açude, enchente dos rios, prejuízos econômicos pela destruição total e parcial de propriedades, casas e construções, fontes de renda e trabalho, perdas de bens pessoais e de valor sentimental.

Perfil epidemiológico: Existe o aumento da incidência das doenças potencialmente epidêmicas nos períodos após as enchentes com o aumento de diarreia e gastroenterites, hepatite A, leptospirose, infecções pulmonares,

laringite, stress, transtornos comportamentais, ansiedade, abuso no consumo de álcool e medicamentos.

Com o ambiente alterado, há um considerado aumento na quantidade de mosquitos, moscas e ratos, assim como aumento da contaminação fecal por parasitos e helmintos.

Além dessas doenças, em grandes partes, relacionadas ao saneamento ambiental inadequado, há também o aumento da umidade neste mesmo período, com rápido crescimento de micobactérias, proliferação de fungos, agravando os problemas de saúde para pessoas alérgicas e suscetíveis tendo sido registradas rinites alérgicas, infecções respiratórias agudas, sinusite, infecções pulmonares, laringite, hipertensão arterial, infecções renais, cefaleias, tosse, resfriados e gripes.

Aconteceram impactos sobre a saúde mental e emocional das populações expostas às enchentes, como distúrbios do sono, pesadelos, fadiga, quebra da rotina familiar e social.

As pessoas desabrigadas ficaram provisoriamente acomodadas em colégios: Escola Frederico Figueira, Unidade Integrada Wolney Milhomem, Unidade Integrada Deputado Edgar Galeno Brandes, com acomodações humanas, distribuição de água mineral, alimentação saudável, vacinação, testagem, atendimento médico, educação e conscientização em relação aos riscos e problemas de saúde. Continua a vigilância no controle de hospedeiros e vetores de doenças. (Portaria nº2.952, de 14 de Dezembro de 2011, **ANEXO**).

Fonte: Vigilância Epidemiológica, Controle e Avaliação, Atenção Primária.

Esses desastres de origem natural constituem uma ameaça pela possibilidade de causar diferentes danos e efeitos ao bem-estar físico, social, mental, econômico e ambiental da população.

Vale ressaltar que no ano de 2021 continuo a pandemia de COVID-19 que continuo com uma sobrecarga dos serviços de saúde relacionada a esse agravo fazendo com que muitas doenças de notificação compulsória tivessem uma diminuição significativa de suas notificações. E provável que esse fato tenha ocorrido principalmente em relação aos casos leves e moderados de leptospirose devido à falta de procura pelos serviços de saúde por parte da população que temeu se infectar pelo coronavírus e também porque esses quadros clínicos

podem ter sido confundidos com COVID-19 e ocasionando dificuldades nos quadros de procedimentos importantes de leptospirose com insuficiência renal.

Foi observado a subnotificação de acidentes por animais peçonhentos, uma vez que nas enchentes e em situações de alagamentos, os animais peçonhentos como serpentes, aranhas e escorpiões também ficam desabrigados e procuram abrigo em locais secos. Estes animais invadem as residências, aumentando o risco de acidentes.

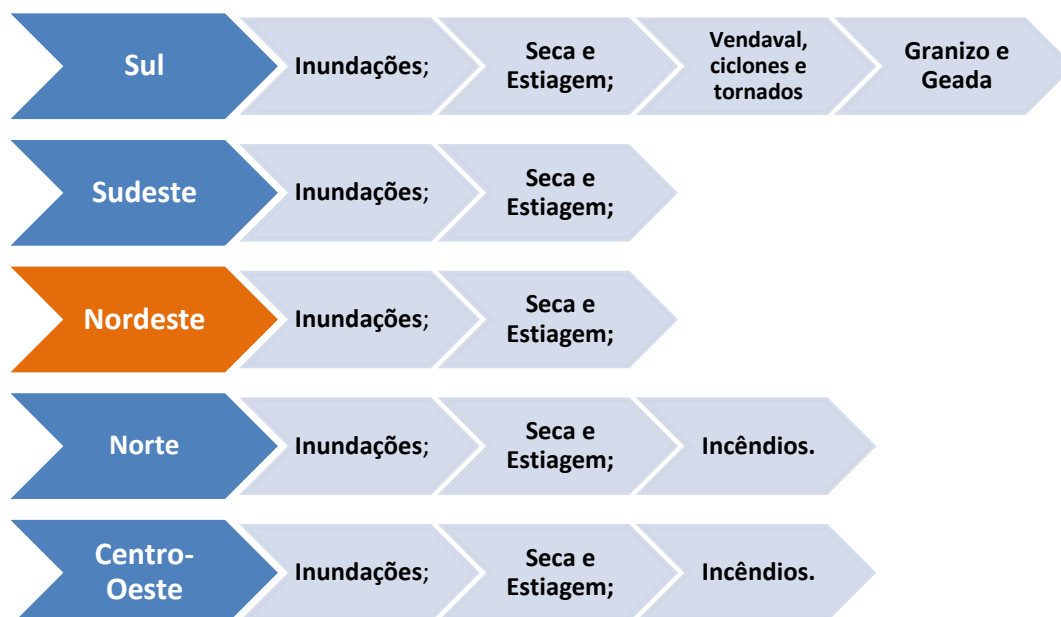
É importante lembrar que as serpentes, aranhas ou escorpiões podem estar em qualquer parte da casa, principalmente em lugares escuros.

As inundações propiciam a ocorrência de acidentes com ferimentos, levando ao aumento do risco de contaminação pelo bacilo do tétano, o qual está presente na natureza, no solo, na poeira e nas fezes de alguns animais, sendo necessárias algumas medidas de prevenção e controle como:

- Prover condições para que todas as pessoas, crianças e adultos, que sofreram ferimentos venham a receber criteriosa avaliação clínica por profissional de saúde capacitado, com os cuidados necessários de limpeza e antissepsia;
- Prover os hospitais com soro antitetânico para a prevenção ou tratamento de casos de tétano conforme esquema de conduta profilática vigente e de acordo com o ferimento e situação vacinal;

Os serviços de saúde deveram avaliar a situação vacinal contra tétano da comunidade de abrangência através da identificação e busca de faltosos bem como os grupos expostos aos riscos gerados pela situação (trabalhadores de saúde, defesa civil, limpeza urbana e outros) e **completar** o esquema vacinal contra o tétano.

Tipos de ocorrência de desastres por região do Brasil.



Fonte: UFSC, 2012.

ESTRATÉGIA PARA INUNDAÇÃO

De acordo com o Ministério da Saúde do Município devem ser implementada atividades específicas classificadas em três níveis de resposta (I, II, III), conforme as condições que caracterizam o cenário de risco. Para cada nível são definidos indicadores e suas atividades.

Na aplicação do Plano de Contingência para Emergência em Saúde Pública (ESP) por enchente serão realizadas atividades específicas nos três níveis.

Nível de resposta I: Emergência localizada

O município de Barra do Corda necessita da mobilização de recursos adicionais e apoio complementar do Estado. A esfera federal restringe se ao monitoramento e à orientação técnica a distância, bem como encaminhamento de insumos básicos, quando solicitado.

Nível de resposta II: Emergência expandida

A capacidade de resposta da esfera Estadual é necessária a mobilização de recursos adicionais (materiais e humanos) e apoio complementar da esfera federal, incluindo o acionamento de instituições parceiras. (ANEXO)

Nível de resposta III: Emergência nacional

A ESP envolve mais de um estado, excedendo a capacidade de resposta das esferas nacional e estadual. É necessária a mobilização de recursos adicionais e apoio complementar da esfera federal e acionamento de instituições parcerias, podendo culminar a Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin). (ANEXO)

Nível de Resposta

As ações desenvolvidas em situação de enchente e inundação são de caráter intersetorial e multidisciplinar o que exige coordenação para o desenvolvimento para ações de promoção, vigilância e atenção à saúde.

Para buscar melhoria da qualidade de vida da população, a **promoção da saúde** é uma das estratégias, visando a integralidade do cuidado e a intensificação das medidas de prevenção e controle dos fatores de risco de doenças ou agravos à saúde.

A **Vigilância em Saúde** faz o seu papel contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção, atuação, condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças. (Brasil, 2018).

Neste Plano, **Atenção à Saúde**, corresponde as ações desempenhadas pela rede assistencial, ressalta o papel estratégico da Gestão na organização das ações e serviços de saúde para produção do cuidado necessário a resposta de cada situação de risco ou emergência, incluindo as ações de promoção, proteção, reabilitação e tratamento de doenças as ações estratégicas neste contexto incluem as ações da Atenção Primária e Especializada no âmbito do SUS, com atenção especial aos grupos vulneráveis e linhas de cuidado. Fazem parte da estratégia as ações de urgência e **emergência**, regulação, controle e avaliação, que são imprescindíveis.

Na gestão da **emergência** articula resposta à emergência e promove a avaliação de sua efetividade.

A **Comunicação** subsidia a divulgação das informações repassadas pela **Vigilância em Saúde** aos diversos públicos, desde os gestores e técnicos envolvidos no manejo da emergência, meios de comunicação e a população.

Neste **Plano de Contingência** foram agrupados quatro tópicos: Vigilância em Saúde, Atenção a Saúde, Comunicação e Gestão.

Este plano está sendo atualizado para 2023 conforme as ocorrências das enchentes em Barra do Corda.

Nível de resposta I: Emergência localizada

Indicadores:

- Alerta e prognóstico de chuvas;
- Banco de dados da Defesa Civil: número de desabrigados e de desalojados;
- Epidemiológicos: incidência para doenças transmissíveis (DDA, leptospirose, hepatite A, tétano acidental, acidente por animais peçonhentos, mortalidade, entre outros), dados referentes a capacidade instalada da rede assistencial;

Gestão

Ações

- Comunicar às Secretarias Municipais sobre o potencial acionamento de recurso adicional para atendimento à emergência;
- Articular ações em tempo oportuno para redução de danos;
- Articular com a Secretaria Municipal de Saúde o desenvolvimento das ações de saúde abordadas em ESP por enchentes;
- Apresentar a situação da ESP nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde;

Vigilância em Saúde

Ações

- Verificar com a Secretaria Municipal de Saúde a capacidade de assistência farmacêutica básica e à saúde da população atingida pelas enchentes;
- Monitorar a situação epidemiológica de doenças transmissíveis relacionadas a enchentes, inundação e outros agravos (ex: acidentes por animais peçonhentos);
- Elaborar boletim epidemiológico sobre a situação da emergência no âmbito do SUS;

- Orientar a SMS quanto a avaliação de danos e das necessidades de saúde incluindo a notificação do evento no Sistema de Monitoramento;
- Articular com a SMS as ações de saúde na gestão de abrigo;
- Articular com a SMS a intensificação das ações da Coordenação de Saúde do Trabalhador;
- Articular com a SMS as ações de vigilância da qualidade da água para consumo humano, com especial atenção nos abrigos;
- Articular com a assistência farmacêutica o envio de kits de medicamentos insumos estratégicos, quando necessário.

Atenção à Saúde

Ações

- Manter canal de comunicação com colaboradores de outras secretarias, elaboração de estratégias a serem desenvolvidas em educação permanentes;
- Identificar cenários de risco junto aos secretários caso possíveis desassistências em saúde;
- Mapear fragilidade de resposta local;

Comunicação

Ações

- Articular com a SMS a elaboração e distribuição de material educativo (folders, spot de rádio) para a população e profissionais de saúde;
- Receber e divulgar boletins informativos sobre a emergência.

Estratégia de Contingência baseada em informações do MS.

Nível de resposta II: Emergência expandida (ANEXO)

Nível de resposta III: Emergência nacional (ANEXO)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As enchentes encontram-se entre os desastres naturais responsáveis por grande proporção de danos à infraestrutura local, às habitações e às condições de vida das comunidades e sociedades de baixa renda.

As tendências atuais de crescimento e concentração da população em áreas urbanas de Barra do Corda, sem a adequada infraestrutura e com degradação ambiental, e desigualdades sociais já apontam para o crescimento das pessoas expostas e das perdas econômicas relacionadas às enchentes.

Com este cenário, é previsto que as pessoas mais vulneráveis e menos preparadas sofram mais as consequências.

O município deve estar cada vez mais preparado para reduzir riscos atuais e futuros.

Considera-se que a redução das causas e consequências das enchentes no âmbito do setor saúde deve envolver respostas integradas com amplas políticas para o desenvolvimento sustentável, reduzindo a vulnerabilidade de bairros e localidades da zona rural com seus municípios para que não sofram impactos recorrentes sobre a saúde e a perda da qualidade de vida, exigindo parcerias integradas.

Precisamos entender que a chave para se pensar a gestão dos problemas ambientais e sociais que estão acontecendo são complexos como é o caso das enchentes, alagamentos, está na construção de uma nova visão acerca dos problemas em si, uma visão que reconheça os vários olhares e conhecimentos de integrar as diversas áreas, em prol da questão comum a todos, as enchentes.

Importante compreender que somente através da visão necessária à gestão do problema das enchentes, vale resaltar o planejamento, ação e monitoramento adequado às iniciativas envolvidas na resolução do problema.

Necessitamos enxergar e reconhecer as enchentes como uma situação onde existe a direta responsabilidade humana inserida no processo. Só ocorre um desastre se a resposta de uma comunidade não for suficiente frente à exposição a um perigo natural.

Não temos uma visão aprofundada do todo o que é de se esperar a falta de medidas de combate ao problema devido à ocupação desordenada e uso irregular do solo, o zoneamento ecológico-econômico, ausência de programa de educação para prevenção e combate às enchentes, alagamentos com a população através de educação para desastres, educação ambiental, planejamento comunitário.

Em relação às medidas de atendimento às vítimas, deve ser considerado que o ser humano tem necessidade além daquelas que se limitam a higiene, água, alimento, também de segurança, saúde emocional e psicológica, amor, amizade, solidariedade e apoio em planejamento futuro familiar.

As ações de prevenção e respostas específicas às enchentes devem integrar não só Gestão, mais outros setores como Atenção a Saúde, Vigilância em Saúde, Meio Ambiente, Infraestrutura, Comunicação, Educação, Defesa Civil com planejamento e discussões intersetorialmente: drenagem local, esgotos, águas pluviais urbanas, outros.

Em relação às enchentes, alagamentos é necessário que toda a sociedade se mobilize com ações preventivas e solidárias, principalmente que as mudanças ocorram no íntimo humano, na abertura da visão, se refletindo nas ações cotidianas de todos os cidadãos de Barra do Corda.

"É extremamente importante que estejamos todos preparados para tal ocasião (uma ameaça natural). Não somente as instituições públicas, e sim que cada um de nós deve pensar na preparação para a prevenção de desastres e manifestá-la em nossas vidas cotidianas. O governo fará tudo que está ao seu alcance para que o Japão siga desenvolvendo sua capacidade de ser um país que pode enfrentar os desastres. Mas ao mesmo tempo, peço a cada um de vocês que faça o que está ao seu alcance, mediante a previsão dos danos que poderão ocorrer e ao contemplar os esforços de resgate que requeridos para que possam estar preparados para situações de emergência". (Junichiro Koizumi, Primeiro-ministro do Japão).

REFERÊNCIAS

NOJI, E.K. Impacto de Los Desastres en La Salud Publica. Organización Panamericana de la Salud/OMS, 2000.

FREITAS, Carlos Machado. Problemas ambientais, saúde coletiva e ciências sociais. Ciência & Saúde Coletiva, 2003.

BRASIL. Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011. Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde - FN-SUS.

BRASIL. 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 e dá outras providências.

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

BRASIL. Lei nº 2.952, de 14 de dezembro de 2011. Regulamenta, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o decreto nº 7.616 de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde(FN-SUS).

Marco de Sendai para Redução de Riscos e Desastres. Foi definido na Assembleia do Escritório de Redução de Riscos de Desastres da ONU, realizada na cidade de Sendai, no Japão, em 2015.

Nível de resposta II: Emergência Expandida. MS, Brasília - DF, 2019.

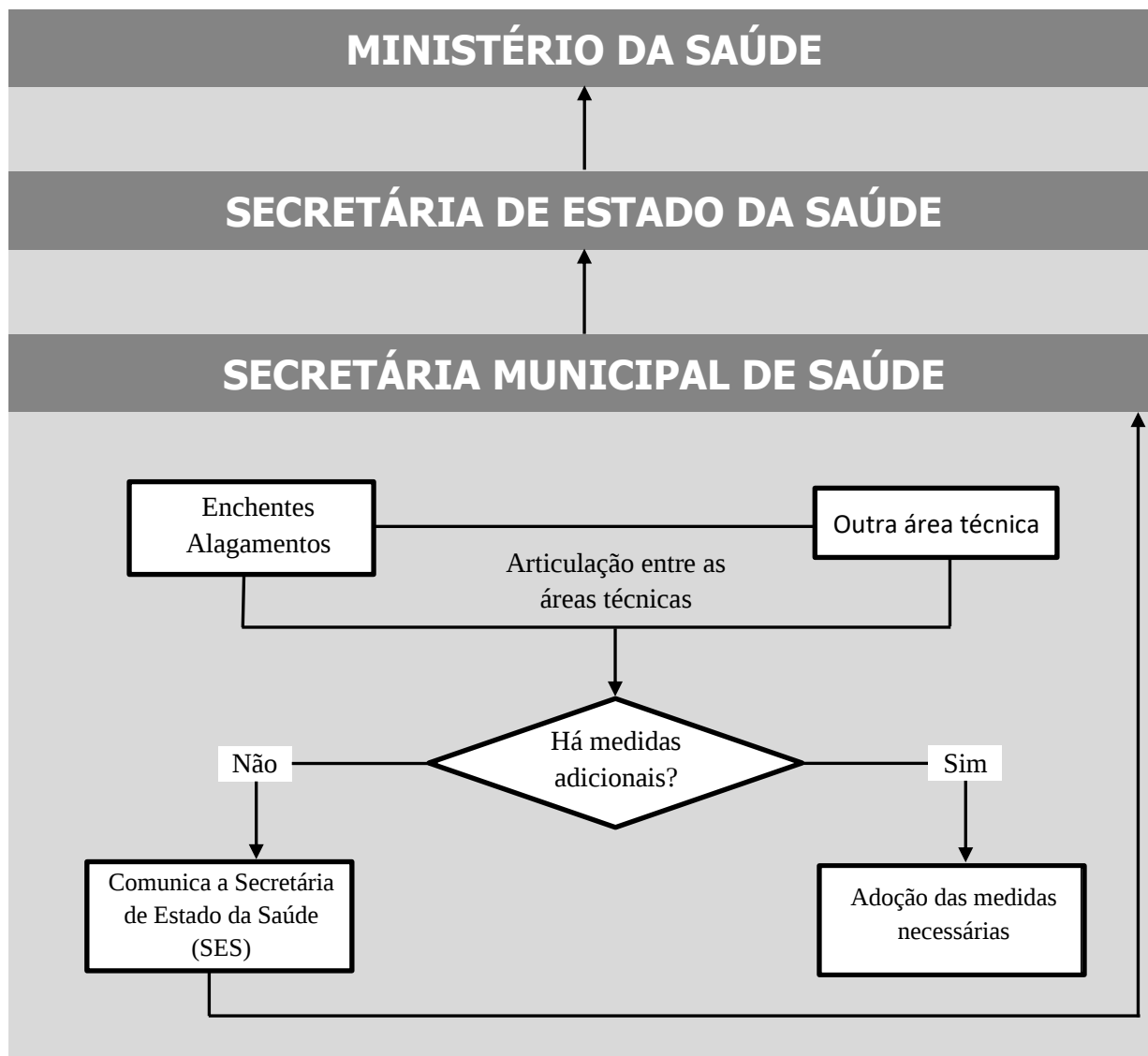
Nível de resposta III: Emergência Nacional. MS, Brasília - DF, 2019.

Fluxograma de monitoramento de enchentes, alagamento. MS/SMS/VE, BDC, 2022.

Check List das Principais Ações a serem Desenvolvidas em Situações de Inundações. MS, 2019.

ANEXO

Fluxograma de monitoramento de enchentes, alagamentos.



Fonte: MS/SMS/VE.

Check list das principais ações a serem desenvolvidas em situações de inundações

VIGILÂNCIA EM SAÚDE			
	S	N	NA
Detectar alterações no comportamento de doenças e agravos com potencial para surtos e epidemias			
Monitorar dados e informações de morbimortalidade			
Disponibilizar orientações e informações para subsidiar a atuação das SES e SMS			
Intensificar a Vigilância e controle de doenças transmissíveis (DDA, Leptospirose, Hepatite A, Doenças de transmissão respiratória, Tétano acidental, Doenças transmitidas por vetores			
Intensificar a vigilância e controle de doenças não-transmissíveis e agravos			
Estabelecer diretrizes e orientar as ações de imunização			
Estabelecer diretrizes e orientar as ações de vigilância da qualidade da água para consumo humano			
Estabelecer diretrizes e orientações para o controle sanitário de alimentos, medicamentos e outros produtos sujeitos à vigilância em saúde do trabalhador			
Estabelecer diretrizes e orientações para o controle sanitário de alimentos, medicamentos e outros produtos sujeitos a vigilância sanitária			
Estabelecer diretrizes e orientações para o controle higiênico-sanitário de abrigos			
Orientar o controle higiênico-sanitário de unidades de saúde e de interesse à saúde			
Estabelecer diretrizes e orientações para o manejo de resíduos			

S: Sim

N: Não

NA: Não se aplica

ATENÇÃO À SAÚDE			
Atenção Básica	S	N	NA
Estabelecer orientações técnicas para avaliação dos danos			
Incentivar a retomada dos serviços de rotina			
Fomentar a integração com a Vigilância em saúde e rede especializada			
Identificar e recadastrar as famílias atingidas			
Intensificar ações nos abrigos e comunidades			
Desenvolver ações de busca ativa de casos agudos e crônicos			
Notificar os casos suspeitos e confirmados de cada agravo no SINAN			
Manter atualizado o SIAB e SISVAN			
Atender e acompanhar os casos notificados			
Atender e acompanhar pacientes egressos de outros níveis de atenção			
Realizar avaliação da situação da saúde em conjunto com as outras equipes			
Reorganizar o atendimento da rede básica de saúde			
Urgência e emergência	S	N	NA
Estabelecer ações com outros níveis de cobertura de assistência e complexidade			
Restabelecer os serviços de urgência			
Realizar ações Integradas com a equipe de resgate			
Identificar a necessidade da presença da FN-SUS			
Atenção hospitalar	S	N	NA
Fazer um diagnóstico da situação do hospital			
Estabelecer plano de remanejamento de equipamentos, insumos e serviços			
Implementar o plano de evacuação de pacientes			
Estabelecer fluxo de atendimento			
Estabelecer fluxo diário de notificação das doenças relacionadas ao evento			
Manter atualizado os sistemas de informação (SIH, SINAN, SINASC, SIM)			

Sangue e hemoderivados	S	N	NA
Coordenar as ações			
Identificar serviços de Hemoterapia para servir como alternativa			
Definir e estabelecer as funções para as diferentes áreas de trabalho			
Avaliar os danos nos serviços de hemoterapia			
Verificar o número de unidades de hemocomponentes disponíveis			
Avaliar a demanda, perdas e estoque de hemocomponentes			
Racionalizar o uso dos hemocomponentes/hemoderivados existentes			
Atenção psicossocial	S	N	NA
Diagnóstico da situação prévia			
Avaliar danos psicológicos			
Garantir o atendimento às pessoas afetadas			
Estruturar a coordenação das ações de saúde mental			
Integração permanente com as equipes de atenção básica			
Assistência farmacêutica	S	N	NA
Diagnóstico das necessidades			
Garantir o fornecimento dos medicamentos e insumos			
Manter fluxo de informação entre a assistência farmacêutica e os serviços de saúde			
Estabelecer parcerias com outros níveis de cobertura de assistência farmacêutica			
Elaborar mapa de distribuição de medicamentos prioritários para doenças crônicas			

Regulação	S	N	NA
Identificar os serviços de saúde em funcionamento			
Reorganizar o fluxo de atendimento em saúde			
Estabelecer parcerias com outros níveis de cobertura de assistência à saúde			
Outros			

S: Sim

N: Não

NA: Não se aplica

LABORATÓRIOS			
	S	N	NA
Estabelecer rede de referência e colaboradores			
MEDICAMENTOS, INSUMOS E EQUIPAMENTOS			
	S	N	NA
Estabelecer mecanismos para a gestão e orientar a utilização de estoques para atendimento à emergência em saúde pública			
Recebimento no local de consumo			
Promover a gestão de estoques estratégicos de saúde			
COMUNICAÇÃO EM SAÚDE			
	S	N	NA
Definir atores envolvidos			
Estabelecer fluxo de informações			
Definir meios de comunicação			
Elaborar relatórios, informes, boletins, etc.			
ORIENTAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE			
	S	N	NA
Estabelecer ações educativas (abrigos e comunidades)			
Criar parcerias com outros setores relativos à educação em saúde			

IDENTIFICAÇÃO DE RECURSOS			
	S	N	NA
Medicamentos, insumos e equipamentos			
Gestão de pessoas			
Recursos financeiros			
Logística (transporte, alimento, hospedagem e serviços diversos)			
Outros			

S: Sim

N: Não

NA: Não se aplica

Nível de resposta II: Emergência expandida

A capacidade de resposta da esfera estadual é excedida e o COE é ativado, sendo necessária a mobilização de recursos adicionais (materiais e humanos) e apoio complementar da esfera federal, incluindo o acionamento de instituições parcerias.

Indicadores: Alertas e prognóstico de chuvas, banco de dados da Defesa Civil, número de desabrigados e de desalojados, indicadores epidemiológicos de incidência para doenças transmissíveis (DDA, leptospirose, hepatite A, dentre outras), tétano acidental, acidentes por animais peçonhentos, dados de mortalidade, e dados referentes a capacidade instalada da rede assistencial.

■ Gestão

Ações

- Acompanhar junto a SES o desenvolvimento das ações de saúde estabelecidas no Plano de Contingência Estadual para Inundação;
- Acionar o Plano de Contingência Nacional para Inundação;
- Apoiar o desenvolvimento das ações intersetoriais e interinstitucionais;
- Apresentar e monitorar a situação da ESP nas reuniões do CME;
- A partir da avaliação de risco e capacidade de resposta regional, definir o estabelecimento do COE para apoio na organização da resposta em situações de risco e ESP por inundações, desenvolvendo as possíveis ações e estratégias de resposta:
 - » Autorizar o envio de missão exploratória da FN-SUS e do Grupo deresposta à ESP;
 - » Analisar a necessidade e definir o envio de recurso adicional (material e humano) para atendimento à ESP;
 - » Acionar e articular instituições parceiras para oferecer suporte à SES.

■ Vigilância em Saúde

Ações

- Identificar com a SES a necessidade de envio de recurso adicional (material e humano);
- Orientar a SES na avaliação de danos e necessidades em saúde, incluindo a notificação do evento no Sistema de Monitoramento;
- Intensificar as atividades de vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis relacionadas à inundação e outros agravos (acidentes com animais peçonhentos), em caráter de urgência, até o restabelecimento da normalidade;
- Intensificar as ações de Vigilância em Saúde Ambiental;
- Intensificar as ações de Vigilância Sanitária;
- Intensificar as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador;
- Monitorar alertas e o prognóstico de chuvas;
- Elaborar boletim informativo diário sobre a situação da emergência e ações desenvolvidas nas três esferas de gestão do SUS;
- Subsidiar tecnicamente o COE sobre a situação da ESP por inundação (previsão do tempo, necessidades de saúde, dados e informações de doenças e agravos);
- Avaliar a necessidade de envio de missão exploratória da FN-SUS e da equipe de resposta a ESP da Vigilância em Saúde;
- Acionar Protocolos de Cooperação Interinstitucional para o desenvolvimento das ações previstas;
- Acompanhar com a SES as ações em desenvolvimento, considerando as matrizes de responsabilidade;
- Monitorar com a SES as ações de saúde na gestão de abrigos;
- Atualizar os dados da ESP por inundação no Sistema de Monitoramento.

■ Atenção à Saúde

Ações

- Manter canal de comunicação com a gestão local para identificação de novas estratégias de educação permanente a serem desenvolvidas;
- Identificar cenários de risco junto aos gestores locais no âmbito de possíveis situações de desassistência em saúde;
 - » Manter contato direto com os gestores locais de áreas em risco ou diretamente afetadas por inundações;
 - » Mapear fragilidades de resposta local;
 - » Orientar a emissão de alerta aos profissionais de saúde quanto à ocorrência de doenças e agravos relacionados à inundação.
- Orientar a organização da rede assistencial, para fortalecer a capacidade de reposta local em situação de risco direto às inundações;
- Avaliar a necessidade de envio de missão exploratória da FN-SUS e do Grupo de Resposta da ESP.

■ Comunicação

Ações

- Articular com a SES para a distribuição de materiais educativos (cartilhas, *folders* e *spot* de rádio) para a população e profissionais de saúde;
- Elaborar e divulgar notas informativas específicas, conforme necessidade identificada;
- Divulgar boletins informativos sobre os eventos em monitoramento;
- Subsidiar diariamente o COE com boletins informativos sobre a emergência;
- Subsidiar o COE para atendimento às demandas de imprensa.

Nível de resposta III: Emergência nacional

A ESP envolve mais de um estado, excedendo a capacidade de resposta das esferas municipal e estadual. É necessária a mobilização de recursos adicionais e apoio complementar da esfera federal e acionamento de instituições parceiras, podendo culminar na Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin).

Indicadores: Alertas e prognóstico de chuvas, número de desabrigados e de desalojados, indicadores epidemiológicos de incidência para doenças transmissíveis (DDA, leptospirose, hepatite A, dentre outras), tétano acidental, acidentes por animais peçonhentos, dados de mortalidade, e dados referentes a capacidade instalada da rede assistencial.

■ Gestão

Ações

- Acompanhar com a SES o desenvolvimento das ações de saúde estabelecidas no Plano de Contingência Estadual para Inundação;
- Acionar o Plano de Contingência Nacional para Inundação;
- Apoiar o desenvolvimento das ações intersetoriais e interinstitucionais;
- Apresentar e monitorar a situação da ESP nas reuniões do CME;
- Definir o estabelecimento do COE para apoio na organização da resposta em situações de risco e ESP por inundações, desenvolvendo as possíveis ações e estratégias de resposta:
 - » Autorizar o envio de missão exploratória da FN-SUS e do Grupo de resposta à ESP;
 - » Definir o envio de recurso adicional (material e humano) para atendimento à ESP;
 - » Acionar e articular instituições parceiras para oferecer suporte à SES.
- Definir porta-voz responsável pela comunicação;
- Acionar a colaboração de especialistas para apoio na resposta à ESP;
- Informar às coordenações da SVS, pontos focais da atenção à saúde e demais instituições envolvidas na resposta à emergência a situação em saúde da região

afetada e as ações de resposta desenvolvidas no âmbito do SUS;

- Acionar Protocolos de Cooperação Interinstitucional em desastres;
- Avaliar a necessidade de recomendar ao Ministro da Saúde a Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin).

■ Vigilância em Saúde

Ações

- Identificar com a SES a necessidade de apoio e envio de recurso adicional (material e humano);
- Avaliar o cenário e dimensionar o recurso adicional (material e humano) necessários no âmbito do setor saúde;
- Orientar a SES na avaliação de danos e necessidades em saúde, incluindo a notificação do evento no Sistema de Monitoramento;
- Apresentar a situação da emergência em saúde pública nas reuniões do Comitê de Monitoramento de Eventos – CME;
- Contatar especialistas para apoio à resposta à ESP, quando necessário;
- Subsidiar o COE na elaboração do Plano de Ação do Evento (PAE);
- Articular com instituições parceiras o desenvolvimento das ações necessárias;
- Intensificar as atividades de vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis relacionadas à inundação e outros agravos (acidentes por animais peçonhentos), em caráter de urgência, até o restabelecimento da normalidade;
- Intensificar as ações de Vigilância em Saúde Ambiental;
- Intensificar as ações de Vigilância Sanitária;
- Intensificar as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador;
- Manter contato diário com a SES para acompanhamento da evolução e resposta à ESP, considerando a matriz de responsabilidade;
- Elaborar boletim informativo sobre a situação da emergência e ações desenvolvidas nas três esferas de gestão do SUS;
- Subsidiar tecnicamente o COE;
- Atualizar os dados da ESP, por inundação, no Sistema de monitoramento;
- Monitorar com a SES as ações de saúde na gestão de abrigos;

- Articular o apoio complementar no desenvolvimento de ações de vigilância em saúde dos grupos vulneráveis (idosos, crianças, gestantes, pessoas com necessidades especiais e doentes crônicos).

■ Atenção à Saúde

Ações

- Manter canal de comunicação com a gestão local para identificação de novas estratégias de educação permanente a serem desenvolvidas;
- Identificar cenários de risco junto aos gestores locais no âmbito de possíveis situações de desassistência em saúde;
 - » Manter contato direto com os gestores locais de áreas em risco ou diretamente afetadas por inundações;
 - » Mapear fragilidades de resposta local;
 - » Orientar a emissão de alerta aos profissionais de saúde quanto à ocorrência de doenças e agravos relacionados à inundação.
- Orientar a organização da rede assistencial, para fortalecer a capacidade de resposta local em situação de risco direto às inundações;
- Envio de missão exploratória da FN-SUS e do Grupo de Resposta da ESP.

■ Comunicação

Ações

- Articular com a SES para a distribuição de materiais educativos (cartilhas, *folders* e *spot* de rádio) para a população e profissionais de saúde;
- Elaborar e divulgar notas e boletins informativos, direcionados a técnicos, gestores, mídia e população;
- Subsidiar o COE para atendimento às demandas de imprensa.
- No Anexo A é apresentado um *check-list* com as principais ações que devem ser desenvolvidas no âmbito do SUS em suas três esferas de gestão, em situações de ESP por inundação.



Legenda:

● Cerâmica	● Altamira	● Tamarindo	● Vila Sampaio
● Trizidela	● Centro	● Vila Mariano	



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

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 e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o **Congresso Nacional** decreta e eu sanciono a seguinte lei:

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

TÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

~~Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.~~

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.
[\(Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013\)](#)

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

TÍTULO II

DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

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

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

CAPÍTULO I

Dos Objetivos e Atribuições

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

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

I - a execução de ações:

- a) de vigilância sanitária;
- b) de vigilância epidemiológica;
- c) de saúde do trabalhador; e
- d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

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

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

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

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

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

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

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

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

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

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

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

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

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

CAPÍTULO II

Dos Princípios e Diretrizes

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

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

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

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

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

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

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

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

VIII - participação da comunidade;

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

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

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

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

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

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

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

XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a [Lei nº 12.845, de 1ª de agosto de 2013](#). [\(Redação dada pela Lei nº 13.427, de 2017\)](#)

CAPÍTULO III

Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

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

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

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

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

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

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

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

Art. 11. (Vetado).

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

I - alimentação e nutrição;

II - saneamento e meio ambiente;

III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;

IV - recursos humanos;

V - ciência e tecnologia; e

VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Art. 14-A. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). [\(Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011\).](#)

Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo: [\(Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011\).](#)

I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde; [\(Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011\).](#)

II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados; [\(Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011\).](#)

III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados. [\(Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011\).](#)

Art. 14-B. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento. [\(Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011\).](#)

§ 1º O Conass e o Conasems receberão recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Saúde, para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais, podendo ainda celebrar convênios com a União. [\(Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011\).](#)

§ 2º Os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos. [\(Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011\).](#)

CAPÍTULO IV

Da Competência e das Atribuições

Seção I

Das Atribuições Comuns

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; ([Vide ADIN 3454](#));
- 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.

Seção II

Da Competência

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

- I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;
- II - participar na formulação e na implementação das políticas:
 - a) de controle das agressões ao meio ambiente;

b) de saneamento básico; e

c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

III - definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;

b) de rede de laboratórios de saúde pública;

c) de vigilância epidemiológica; e

d) vigilância sanitária;

IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

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

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

VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;

IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

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

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

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

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

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

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

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal. ([Vide Decreto nº 1.651, de 1995](#))

~~Parágrafo único. 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.~~

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

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

§ 3º Os benefícios resultantes da exploração econômica de produto acabado ou material reprodutivo oriundo de acesso ao patrimônio genético de que trata o § 2º deste artigo serão repartidos nos termos da [Lei nº 13.123, de 20 de maio de 2015](#). [\(Incluído pela Lei nº 14.141, de 2021\)](#)

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

- I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;.
- II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);
- III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
- IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:
 - a) de vigilância epidemiológica;
 - b) de vigilância sanitária;
 - c) de alimentação e nutrição; e
 - d) de saúde do trabalhador;
- V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;
- VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;
- VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;
- VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;
- IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;
- X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;
- XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;
- XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;
- XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

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

- I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;
- II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;
- III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
- IV - executar serviços:
 - a) de vigilância epidemiológica;
 - b) vigilância sanitária;
 - c) de alimentação e nutrição;
 - d) de saneamento básico; e
 - e) de saúde do trabalhador;
- V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

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

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

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

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

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

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

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

CAPÍTULO V

Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

[\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela [Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990](#), com o qual funcionará em perfeita integração. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

§ 1º A União instituirá mecanismo de financiamento específico para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, sempre que houver necessidade de atenção secundária e terciária fora dos territórios indígenas. [\(Incluído pela Lei nº 14.021, de 2020\)](#)

§ 2º Em situações emergenciais e de calamidade pública: [\(Incluído pela Lei nº 14.021, de 2020\)](#)

I - a União deverá assegurar aporte adicional de recursos não previstos nos planos de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dseis) ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena; [\(Incluído pela Lei nº 14.021, de 2020\)](#)

II - deverá ser garantida a inclusão dos povos indígenas nos planos emergenciais para atendimento dos pacientes graves das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, explicitados os fluxos e as referências para o atendimento em tempo oportuno. [\(Incluído pela Lei nº 14.021, de 2020\)](#)

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

§ 1º O Subsistema de que trata o *caput* deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

§ 1º-A. A rede do SUS deverá obrigatoriamente fazer o registro e a notificação da declaração de raça ou cor, garantindo a identificação de todos os indígenas atendidos nos sistemas públicos de saúde. [\(Incluído pela Lei nº 14.021, de 2020\)](#)

§ 1º-B. A União deverá integrar os sistemas de informação da rede do SUS com os dados do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. [\(Incluído pela Lei nº 14.021, de 2020\)](#)

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

CAPÍTULO VI

DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR

[\(Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002\)](#)

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar. [\(Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002\)](#)

§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio. [\(Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002\)](#)

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora. [\(Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002\)](#)

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. [\(Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002\)](#)

CAPÍTULO VII

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

[\(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005\)](#)

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. [\(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005\)](#)

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente. [\(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005\)](#)

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo. [\(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005\)](#)

§ 3º Ficam os hospitais de todo o País obrigados a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito estabelecido no **caput** deste artigo. [\(Incluído pela Lei nº 12.895, de 2013\)](#)

Art. 19-L. **(VETADO)** [\(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005\)](#)

CAPÍTULO VIII

[\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

DA ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA E DA INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA EM SAÚDE"

Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea *d* do inciso I do art. 6º consiste em: [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravamento à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P; [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado.

Art. 19-N. Para os efeitos do disposto no art. 19-M, são adotadas as seguintes definições: [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

I - produtos de interesse para a saúde: órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos; [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

II - protocolo clínico e diretriz terapêutica: documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravamento à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

Art. 19-O. Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravamento à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

Parágrafo único. Em qualquer caso, os medicamentos ou produtos de que trata o caput deste artigo serão aqueles avaliados quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravamento à saúde de que trata o protocolo. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

Art. 19-P. Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada: [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

I - com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite; [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

II - no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite; [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

III - no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada no Conselho Municipal de Saúde. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

Art. 19-Q. A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

§ 1º A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento são definidos em regulamento, contará com a participação de 1 (um) representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

§ 2º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente: [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso; [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

§ 3º As metodologias empregadas na avaliação econômica a que se refere o inciso II do § 2º deste artigo serão dispostas em regulamento e amplamente divulgadas, inclusive em relação aos indicadores e parâmetros de custo-efetividade utilizados em combinação com outros critérios. [\(Incluído pela Lei nº 14.313, de 2022\)](#)

Art. 19-R. A incorporação, a exclusão e a alteração a que se refere o art. 19-Q serão efetuadas mediante a instauração de processo administrativo, a ser concluído em prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolado o pedido, admitida a sua prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

§ 1º O processo de que trata o caput deste artigo observará, no que couber, o disposto na Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, e as seguintes determinações especiais: [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

I - apresentação pelo interessado dos documentos e, se cabível, das amostras de produtos, na forma do regulamento, com informações necessárias para o atendimento do disposto no § 2º do art. 19-Q; [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

II - [\(VETADO\)](#); [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

III - realização de consulta pública que inclua a divulgação do parecer emitido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS; [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

IV - realização de audiência pública, antes da tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

V - distribuição aleatória, respeitadas a especialização e a competência técnica requeridas para a análise da matéria; [\(Incluído pela Lei nº 14.313, de 2022\)](#)

VI - publicidade dos atos processuais. [\(Incluído pela Lei nº 14.313, de 2022\)](#)

§ 2º [\(VETADO\)](#). [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

Art. 19-S. [\(VETADO\)](#). [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

Art. 19-T. São vedados, em todas as esferas de gestão do SUS: [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

I - o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

II - a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

Parágrafo único. Excetuam-se do disposto neste artigo: [\(Incluído pela Lei nº 14.313, de 2022\)](#)

I - medicamento e produto em que a indicação de uso seja distinta daquela aprovada no registro na Anvisa, desde que seu uso tenha sido recomendado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), demonstradas as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança, e esteja padronizado em protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde; [\(Incluído pela Lei nº 14.313, de 2022\)](#)

II - medicamento e produto recomendados pela Conitec e adquiridos por intermédio de organismos multilaterais internacionais, para uso em programas de saúde pública do Ministério da Saúde e suas entidades vinculadas, nos termos do [§ 5º do art. 8º da Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999](#). [\(Incluído pela Lei nº 14.313, de 2022\)](#)

Art. 19-U. A responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos de interesse para a saúde ou procedimentos de que trata este Capítulo será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

TÍTULO III

DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CAPÍTULO I

Do Funcionamento

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

~~Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.~~

~~§ 1º Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.~~

~~§ 2º Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.~~

Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos: [\(Redação dada pela Lei nº 13.097, de 2015\)](#).

I - doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos; [\(Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015\)](#).

II - pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar: [\(Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015\)](#).

a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e [\(Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015\)](#).

b) ações e pesquisas de planejamento familiar; [\(Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015\)](#).

III - serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e [\(Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015\)](#).

IV - demais casos previstos em legislação específica. [\(Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015\)](#)

CAPÍTULO II

Da Participação Complementar

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3º (Vetado).

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

TÍTULO III-A

[\(Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022\)](#).

DA TELESSAÚDE

Art. 26-A. A telessaúde abrange a prestação remota de serviços relacionados a todas as profissões da área da saúde regulamentadas pelos órgãos competentes do Poder Executivo federal e obedecerá aos seguintes princípios: [\(Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022\)](#).

I - autonomia do profissional de saúde; [\(Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022\)](#).

II - consentimento livre e informado do paciente;

III - direito de recusa ao atendimento na modalidade telessaúde, com a garantia do atendimento presencial sempre que solicitado; [\(Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022\)](#).

IV - dignidade e valorização do profissional de saúde; [\(Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022\)](#).

V - assistência segura e com qualidade ao paciente; [\(Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022\)](#).

VI - confidencialidade dos dados; [\(Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022\)](#).

VII - promoção da universalização do acesso dos brasileiros às ações e aos serviços de saúde; [\(Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022\)](#).

VIII - estrita observância das atribuições legais de cada profissão; [\(Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022\)](#)

IX - responsabilidade digital. [\(Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022\)](#)

Art. 26-B. Para fins desta Lei, considera-se telessaúde a modalidade de prestação de serviços de saúde a distância, por meio da utilização das tecnologias da informação e da comunicação, que envolve, entre outros, a transmissão segura de dados e informações de saúde, por meio de textos, de sons, de imagens ou outras formas adequadas. [\(Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022\)](#)

Parágrafo único. Os atos do profissional de saúde, quando praticados na modalidade telessaúde, terão validade em todo o território nacional. [\(Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022\)](#)

Art. 26-C. Ao profissional de saúde são asseguradas a liberdade e a completa independência de decidir sobre a utilização ou não da telessaúde, inclusive com relação à primeira consulta, atendimento ou procedimento, e poderá indicar a utilização de atendimento presencial ou optar por ele, sempre que entender necessário. [\(Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022\)](#)

Art. 26-D. Compete aos conselhos federais de fiscalização do exercício profissional a normatização ética relativa à prestação dos serviços previstos neste Título, aplicando-se os padrões normativos adotados para as modalidades de atendimento presencial, no que não colidirem com os preceitos desta Lei. [\(Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022\)](#)

Art. 26-E. Na prestação de serviços por telessaúde, serão observadas as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento, observada a competência dos demais órgãos reguladores. [\(Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022\)](#)

Art. 26-F. O ato normativo que pretenda restringir a prestação de serviço de telessaúde deverá demonstrar a imprescindibilidade da medida para que sejam evitados danos à saúde dos pacientes. [\(Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022\)](#)

Art. 26-G. A prática da telessaúde deve seguir as seguintes determinações: [\(Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022\)](#)

I - ser realizada por consentimento livre e esclarecido do paciente, ou de seu representante legal, e sob responsabilidade do profissional de saúde; [\(Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022\)](#)

II - prestar obediência aos ditames das [Leis nºs 12.965, de 23 de abril de 2014](#) (Marco Civil da Internet), [12.842, de 10 de julho de 2013](#) (Lei do Ato Médico), [13.709, de 14 de agosto de 2018](#) (Lei Geral de Proteção de Dados), [8.078, de 11 de setembro de 1990](#) (Código de Defesa do Consumidor) e, nas hipóteses cabíveis, aos ditames da [Lei nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018](#) (Lei do Prontuário Eletrônico). [\(Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022\)](#)

Art. 26-H. É dispensada a inscrição secundária ou complementar do profissional de saúde que exercer a profissão em outra jurisdição exclusivamente por meio da modalidade telessaúde. [\(Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022\)](#)

TÍTULO IV

DOS RECURSOS HUMANOS

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II - (Vetado)

III - (Vetado)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

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

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.

§ 1º Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 2º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29. (Vetado).

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

TÍTULO V

DO FINANCIAMENTO

CAPÍTULO I

Dos Recursos

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

I - (Vetado)

II - Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º Ao Sistema Único de Saúde (SUS) caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).

§ 4º (Vetado).

§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

§ 6º (Vetado).

CAPÍTULO II

Da Gestão Financeira

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não

aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

- I - perfil demográfico da região;
- II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

~~§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.~~ [\(Revogado pela Lei Complementar nº 141, de 2012\)](#) [\(Vide Lei nº 8.142, de 1990\)](#)

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º (Vetado).

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

CAPÍTULO III

Do Planejamento e do Orçamento

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.

§ 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.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 39. (Vetado).

§ 1º (Vetado).

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do Inamps para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros bens móveis e ficarão disponíveis para utilização pelo órgão de direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS ou, eventualmente, pelo estadual, em cuja circunscrição administrativa se encontrem, mediante simples termo de recebimento.

§ 7º (Vetado).

§ 8º O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerencia informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

Art. 40. (Vetado)

Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42. (Vetado).

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressaltando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44. (Vetado).

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§ 1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§ 2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46. o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48. (Vetado).

Art. 49. (Vetado).

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 51. (Vetado).

Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas ([Código Penal, art. 315](#)) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Art. 53. (Vetado).

Art. 53-A. Na qualidade de ações e serviços de saúde, as atividades de apoio à assistência à saúde são aquelas desenvolvidas pelos laboratórios de genética humana, produção e fornecimento de medicamentos e produtos para saúde, laboratórios de análises clínicas, anatomia patológica e de diagnóstico por imagem e são livres à participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros. [\(Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015\)](#)

Art. 54. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. São revogadas a [Lei nº. 2.312, de 3 de setembro de 1954](#), a [Lei nº. 6.229, de 17 de julho de 1975](#), e demais disposições em contrário.

Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR
Alceni Guerra

Este texto não substitui o publicado no DOU de 20.9.1990

*



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990.

Vide Lei nº 8.689, de 1993

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a [Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no [art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#).

§ 1º Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no [art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo. ([Vide Lei nº 8.080, de 1990](#)).

§ 2º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

§ 3º Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei.

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o [Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990](#);

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o [§ 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#);

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Art. 5º É o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta lei.

Art. 6º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 28 de dezembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR
Alceni Guerra

Este texto não substitui o publicado no DOU de 31.12.1990

*



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 2.952, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2011

Regulamenta, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS);

Considerando o inciso I do art. 8º do Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, que regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica e sobre o Programa Nacional de Imunizações e estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças; e

Considerando o Decreto Legislativo nº 395, de 9 de julho de 2009, que aprova o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional 2005, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial da Saúde, em 23 de maio de 2005, resolve:

Art. 1º Esta Portaria regulamenta, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS).

Art. 2º Para os efeitos desta Portaria, considera-se:

I - Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN): situação que demande o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública nas seguintes situações:

a) situações epidemiológicas: surtos e epidemias que:

1. apresentem risco de disseminação nacional;
2. sejam produzidos por agentes infecciosos inesperados;
3. representem a reintrodução de doença erradicada;
4. apresentem gravidade elevada; ou
5. extrapolem a capacidade de resposta da direção estadual do Sistema Único de Saúde;

b) situação de desastre: evento que configure situação de emergência ou estado de calamidade pública reconhecido pelo Poder Executivo federal nos termos da Lei nº 12.340, de 1º de dezembro de 2010, e que implique atuação direta na área de saúde pública;

c) situação de desassistência à população: evento que, devidamente reconhecido mediante a decretação de situação de emergência ou calamidade pública pelo ente federado afetado, coloque em risco a saúde dos cidadãos por incapacidade ou insuficiência de atendimento à demanda e que extrapolem a capacidade de resposta das direções estadual, distrital e municipal do SUS; e

II - Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS): programa de cooperação voltado à execução de medidas de prevenção, assistência e repressão a situações epidemiológicas, de desastres ou de desassistência à população.

CAPÍTULO I

DA DECLARAÇÃO DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA DE IMPORTÂNCIA NACIONAL (ESPIN)

Art. 3º A ESPIN será declarada por ato do Ministro de Estado da Saúde nas seguintes situações:

I - em caso de situação epidemiológica que requeira a adoção de medidas para, dentre outras finalidades, interromper a propagação ou disseminação de doenças ou agravos, após análise de requerimento do Secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, que será instruído com as seguintes informações:

- a) relatório técnico sobre risco de propagação de doença ou agravamento de saúde, inclusive com análise das informações obtidas sobre a ocorrência;
- b) nível de gravidade da emergência em saúde pública ou a sua natureza incomum ou inesperada com indicação do potencial de propagação;
- c) níveis de morbidade, letalidade e de contaminação que ocorreram ou que possam ocorrer em determinada localidade;
- d) descrição dos aspectos ambientais do evento, caso se aplique, e outras informações e dados técnicos pertinentes, conforme o caso;

II - em caso de desastre, após análise de requerimento do Ministério da Integração Nacional, que será instruído com as seguintes informações:

- a) ato de reconhecimento da situação de emergência ou estado de calamidade pelo Ministro de Estado da Integração Nacional;
 - b) termo de motivação, com as seguintes informações: 1. tipo do desastre, de acordo com a codificação de desastres, ameaças e riscos definida pelo Ministério da Integração Nacional;
2. data e local do desastre;
 3. descrição da área afetada, das causas e dos efeitos do desastre;
 4. estimativa de danos humanos, materiais, ambientais e dos serviços essenciais de saúde prejudicados; 5. medidas e ações em curso;
 6. informações sobre capacidade de atuação e recursos humanos, materiais, institucionais e financeiros a serem empregados pelos entes federados envolvidos para o restabelecimento da normalidade;
 7. outras informações disponíveis acerca do desastre e seus efeitos;

III - em caso de desassistência à população, após parecer favorável do Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde em requerimento do Poder Executivo do Estado, do Distrito Federal ou do Município afetado, que será instruído com as seguintes informações:

- a) ato do ente federado que decretou a situação de emergência ou o estado de calamidade pública local;
 - b) termo de motivação, com as seguintes informações:
1. tipo de desassistência por especialidade, conforme o disposto na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES);
 2. data e local da desassistência;
 3. descrição da área afetada, das causas e dos efeitos da desassistência;
 4. estimativa dos danos humanos, materiais, ambientais e dos serviços essenciais de saúde prejudicados;
 5. medidas e ações em curso;
 6. informações sobre capacidade de atuação e recursos humanos, materiais, institucionais e financeiros a serem empregados pelo ente federado requerente para o restabelecimento da normalidade; e
 7. outras informações disponíveis acerca da desassistência e seus efeitos.

§ 1º No caso do inciso III do caput, o Ministro de Estado da Saúde comunicará ao Ministro de Estado da Integração Nacional do encaminhamento do requerimento, para avaliação da necessidade de atuação conjunta entre os órgãos.

§ 2º O Ministro de Estado da Saúde poderá solicitar informações complementares para a declaração de ESPIN ou dispensar as exigências referidas na alínea "b" do inciso II e na alínea "b" do inciso III, considerando-se a intensidade do desastre ou da situação de desassistência à população e seu impacto social, econômico ou ambiental.

Art. 4º O ato de declaração da ESPIN conterá:

- I - delimitação da circunscrição territorial objeto da declaração;
- II - diretrizes e medidas que nortearão o desenvolvimento das ações voltadas à solução da ESPIN; e

III - designação do representante do Ministério da Saúde responsável pela coordenação das medidas a serem executadas durante a ESPIN.

§ 1º Compete ao representante do Ministério da Saúde responsável pela coordenação das medidas a serem executadas durante a ESPIN:

I - planejar, organizar, coordenar e controlar as medidas a serem empregadas durante a ESPIN, especialmente:

a) mobilizar equipes e profissionais especializados de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental, laboratório, assistência à saúde, comunicação, logística ou outros, de acordo com a natureza da ESPIN;

b) viabilizar acesso a serviços especializados na área de diagnóstico, assistência, vigilância epidemiológica, transporte, logística, ou outros recursos necessários na resposta às ESPIN;

c) disponibilizar insumos, materiais ou recursos financeiros complementares;

II - articular-se com os gestores estaduais, distrital e municipais do SUS;

III - encaminhar ao Ministro de Estado da Saúde, regularmente ou a pedido, relatórios técnicos sobre a ESPIN e as ações administrativas em curso;

IV - divulgar à população informações relativas à ESPIN;

V - propor, de forma justificada, ao Ministro de Estado da Saúde:

a) o acionamento da FN-SUS;

b) a contratação temporária de profissionais, nos termos do disposto no inciso II do caput do art. 2º da Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993;

c) a aquisição de bens e a contratação de serviços necessários para a atuação na ESPIN;

d) a requisição de bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, nos termos do inciso XIII do caput do art. 15 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; e

e) o encerramento da ESPIN. § 2º Fica autorizada a delegação das atribuições previstas no § 1º deste artigo.

CAPÍTULO II DA FORÇA NACIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (FN-SUS)

Art. 5º A gestão da FN-SUS será realizada por intermédio:

I - do Comitê Gestor da FN-SUS (CG/FN-SUS), de caráter permanente; e

II - do Grupo de Resposta da FN-SUS (GR/FN-SUS), instituído para cada convocação da FN-SUS.

Art. 6º A FN-SUS poderá ser convocada pelo Ministro de Estado da Saúde nas seguintes hipóteses:

I - em caso de declaração de ESPIN, nos termos do disposto no inciso II do art. 13 do Decreto nº 7.616, de 2011;

II - por solicitação do Comitê Gestor da FN-SUS (CG/FNSUS), na ocorrência de outras situações de emergência em saúde pública, nos termos do disposto no inciso II do art. 13 do Decreto nº 7.616, de 2011;

III - por solicitação dos entes federados, nos termos do inciso III do art. 13 do Decreto nº 7.616, de 2011; e

IV - para integrar ações humanitárias e em resposta internacional coordenada, quando solicitada pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), nos termos do art. 22 do Decreto nº 7.616, de 2011.

§ 1º A convocação da FN-SUS será imediatamente comunicada ao CG/FN-SUS.

§ 2º Na hipótese prevista no inciso III do caput deste artigo, o requerimento de convocação da FN-SUS deverá conter as seguintes informações:

I - relatório técnico sobre risco de propagação de doença ou agravamento de saúde, inclusive com análise das informações obtidas sobre a ocorrência;

II - nível de gravidade da emergência em saúde pública ou a sua natureza incomum ou inesperada com indicação do potencial de propagação;

III - níveis de morbidade, letalidade e de contaminação que ocorreram ou que possam ocorrer em determinada localidade;

IV - descrição dos aspectos ambientais do evento, caso se aplique, e outras informações e dados técnicos pertinentes, conforme o caso;

V - ato do ente federado que decretou a situação de emergência em saúde pública ou o estado de calamidade pública local;

VI - termo de motivação, com as seguintes informações:

a) tipo de desassistência por especialidade, conforme o disposto na RENASES;

b) data e local da desassistência;

- c) descrição da área afetada, das causas e dos efeitos da desassistência;
- d) estimativa dos danos humanos, materiais, ambientais e dos serviços essenciais de saúde prejudicados;
- e) medidas e ações em curso;
- f) informações sobre capacidade de atuação e recursos humanos, materiais, institucionais e financeiros a serem empregados pelo ente federado requerente para o restabelecimento da normalidade; e
- g) outras informações disponíveis acerca da desassistência e seus efeitos.

§ 3º Para fins do disposto no parágrafo anterior, o requerimento será apreciado pelo Ministro de Estado da Saúde após parecer do Secretário de Atenção à Saúde e/ou do Secretário de Vigilância em Saúde.

Art. 7º As diretrizes operacionais da FN-SUS são aquelas constantes das normas e práticas estabelecidas pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) e pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS).

Art. 8º A FN-SUS será operacionalizada em articulação com as esferas federal, estadual, distrital e municipal, nos aspectos da força de trabalho, da logística e dos recursos materiais, para assegurar a execução das ações e serviços de saúde.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde celebrará instrumentos de cooperação interfederativa, contratos e convênios para assegurar a força de trabalho, a logística e os recursos materiais.

Seção I Do Comitê Gestor da FN-SUS (CG/FN-SUS)

Art. 9º Compete ao CG/FN-SUS:

- I - solicitar ao Ministro de Estado da Saúde a convocação da FN-SUS, nos termos do inciso II do caput do art. 6º;
- II - realizar diagnóstico situacional com identificação do tipo de calamidade, avaliação de risco e magnitude do evento, para fins do disposto no inciso anterior, ou por solicitação das autoridades previstas nesta portaria, para subsidiar as manifestações em relação à declaração de ESPIN ou acionamento da FN-SUS;
- III - estabelecer o nível de resposta da FN-SUS em articulação com gestores das instâncias municipal, distrital e estadual de saúde;
- IV - definir os recursos essenciais para execução das ações de saúde da FN-SUS;
- V - estabelecer as diretrizes de seleção, educação permanente e qualificação para a FN-SUS;
- VI - estabelecer critérios e procedimento de seleção e manter cadastro de profissionais integrantes da FN-SUS, para convocação e mobilização sempre que se fizer necessário;
- VII - manter cadastro de pesquisadores e especialistas em saúde, instituições e serviços que comporão as respostas coordenadas às emergências em saúde pública;
- VIII - articular-se com as demais instâncias do SUS na provisão de força de trabalho, de logística e de recursos materiais para assegurar a execução das ações de saúde da FN-SUS;
- IX - sugerir ao Ministro de Estado da Saúde a solicitação de apoio de outros órgãos e entidades federais na operacionalização da resposta às emergências em saúde pública e desastres;
- X - sugerir ao Ministro de Estado da Saúde a solicitação de apoio das Forças Armadas, nos termos do art. 18 do Decreto nº 7.616, de 2011;
- XI - sugerir ao Ministro de Estado da Saúde a celebração de contratos, convênios e instrumentos de cooperação para assegurar a força de trabalho, a logística e os recursos materiais;
- XII - sugerir ao Ministro de Estado da Saúde que solicite ao Ministro de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão, no caso de servidores ou empregados públicos que não integrem o Quadro de Pessoal do Ministério da Saúde, a designação para compor o cadastro de profissionais integrantes da FN-SUS;
- XIII - solicitar aos entes federados a indicação de servidores ou empregados públicos a eles vinculados para compor o cadastro de profissionais integrantes da FN-SUS; e
- XIV - designar os integrantes e o coordenador do GR/FNSUS que atuarão no caso de convocação da FN-SUS.

§ 1º Na hipótese de declaração da ESPIN, o coordenador do GR/FN-SUS será o representante do Ministério da Saúde responsável pela coordenação das medidas a serem executadas durante a ESPIN.

§ 2º Os critérios e o procedimento de seleção de profissionais integrantes da FN-SUS, bem como o respectivo formulário de inscrição, serão periodicamente revistos, atualizados e divulgados por meio do sítio eletrônico do Ministério da Saúde <http://www.saude.gov.br>.

Art. 10. O CG/FN-SUS será composto por representantes, titulares e suplentes, dos seguintes órgãos:

- I - SAS/MS, que o coordenará e prestará o apoio técnico e administrativo necessário ao desenvolvimento dos trabalhos;

II - Secretaria-Executiva (SE/MS); e

III - SVS/MS. Parágrafo único. O CG/FN-SUS será instituído por ato do Ministro de Estado da Saúde, mediante indicação dos representantes, titulares e suplentes, pelos dirigentes de seus respectivos órgãos. Seção II Do Grupo de Reposta da FN-SUS (GR/FN-SUS)

Art. 11. Compete ao GR/FN-SUS:

I - planejar, coordenar, executar, monitorar respostas às situações que ensejaram a sua instituição, de acordo com as orientações do CG/FN-SUS;

II - cooperar tecnicamente com os entes federados nas ações de resposta às ESPIN;

III - prover medidas de assistência e proteção à saúde;

IV - apoiar a rede assistencial pública e privada de serviços de saúde;

V - elaborar normas técnicas, operacionais, diretrizes e protocolos no âmbito da sua atuação;

VI - fomentar ações de educação permanente para qualificação dos profissionais integrantes do GR;

VII - elaborar relatórios técnicos das ações realizadas para o CG/FN-SUS;

VIII - monitorar o sistema de logística;

IX - padronizar os materiais permanentes e de consumo; e

X - planejar estratégia de distribuição, controle e armazenamento dos medicamentos, materiais, insumos e descartáveis.

Art. 12. O GR/FN/SUS utilizará quatro níveis de resposta:

I - Nível de Resposta I: monitoramento, orientação técnica à distancia e encaminhamento de insumos básicos necessários;

II - Nível de Resposta II - monitoramento, orientação técnica, operação local de suporte básico e avançado, com envio de profissionais do GR/FN-SUS;

III - Nível de Resposta III: monitoramento, orientação técnica, operação local de suporte básico e avançado de vida, envio de profissionais do GR/FN-SUS e Hospital de Campanha (HCAMP) adaptado à necessidade; e

IV - Nível de Resposta IV: aplicável a situações de excepcional gravidade, que poderão demandar recursos extraordinários para adequada resposta de saúde pública.

CAPÍTULO III DO FINANCIAMENTO

Art. 13. Os recursos financeiros a serem aplicados para operacionalização da FN-SUS são oriundos das dotações orçamentárias consignadas ao Ministério da Saúde e serão repassados por meio do Fundo Nacional de Saúde.

Parágrafo único. Os órgãos e entidades federais, mediante ajuste com o Ministério da Saúde, poderão oferecer instalações, recursos humanos, transporte, logística e treinamento para contribuir com as atividades da FN-SUS.

Art. 14. Os uniformes e demais Equipamentos de Proteção Individual (EPI) das equipes que compõem a FN-SUS, de uso exclusivo nas atividades de que trata esta Portaria, serão fornecidos pelo Ministério da Saúde.

Art. 15. As funções dos membros do CG/FN-SUS e CR/FNSUS não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante.

Art. 16. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

Marco de Sendai para Redução de Riscos e Desastres

O Marcos de Ação de Sendai foi definido na Assembleia do Escritório de Redução de Riscos de Desastres da ONU, realizada na cidade de Sendai, no Japão, em 2015.

O Marco dá continuidade às ações definidas pelo Marco de Ação de Hyogo, estabelecendo diretrizes para que os governos locais possam investir no desenvolvimento da resiliência.

Conheça abaixo um pouco mais sobre o Marco e sobre os objetivos para desenvolver a resiliência local.

Objetivo

Reduzir riscos de desastres existentes e prevenir novos riscos por meio da implementação de medidas integradas e inclusivas em âmbito econômico, estrutural, legal, social, saúde, cultural, educacional, ambiental, tecnológico, político e institucional que previnam e reduzam a exposição ao risco e a vulnerabilidade a desastres, aprimorem a preparação para a resposta e para recuperação e, dessa forma, fortaleçam a resiliência.

Prioridades

- 1 – Compreender o risco de desastres.
- 2 – Fortalecer a governança do risco de desastres para gerenciar o risco de desastres.
- 3 – Investir na redução do risco de desastres para a resiliência.
- 4 – Melhorar a preparação para desastres para uma resposta efetiva e "reconstruir melhor" (*Build Back Better*) na recuperação, reabilitação e reconstrução.

Metas globais

REDUZIR SUBSTANCIALMENTE:

- a) A mortalidade provocada por desastres.
- b) O número de pessoas afetadas.
- c) As perdas econômicas em relação ao Produto Interno Bruto mundial.
- d) Os danos em infraestruturas críticas e a interrupção de serviços básicos.

AUMENTAR SUBSTANCIALMENTE

- e) O número de países com estratégias de redução de riscos de catástrofes a nível nacional e local, até 2020.
- f) A cooperação internacional com países em desenvolvimento.
- g) A disponibilidade e acesso a sistemas de alerta precoce e informação sobre redução de riscos de desastres.

Princípios norteadores

- Responsabilidade fundamental dos Estados em prevenir e reduzir o risco de desastres, inclusive por meio de cooperação
- Responsabilidade compartilhada entre o Governo Central e autoridades nacionais, setores e stakeholders, conforme a realidade local
- Proteção de pessoas e seus ativos, e ao mesmo tempo que se promove e protege todos os direitos humanos, inclusive o direito ao desenvolvimento
- Engajamento de toda a sociedade
- Engajamento completo de todas as instituições de Estado de natureza executiva e legislativa em nível nacional e local

- Empoderamento de autoridades locais e comunidades através de recursos, incentivos e responsabilidades de tomada de decisão, conforme cabível
- Tomada de decisão baseada em informações de risco, utilizando uma abordagem multirrisco
- Coerência nas políticas, planos e mecanismos de redução de riscos de desastres e desenvolvimento sustentável, através dos diferentes setores
- Consideração acerca das características específicas e locais de riscos de desastres ao determinar as medidas para redução de riscos
- Abordar os fatores de risco subjacentes de maneira econômica por meio de investimento ao invés de confiar principalmente na resposta e recuperação pós-desastre.
- "Construir melhor" (*Build Back Better*) para prevenir a criação de novos riscos e reduzir os riscos de desastres existentes
- Serem efetivas, significativas e fortes a qualidade da parceria global e a cooperação internacional
- Personalização do apoio dado pelos países desenvolvidos e parceiros aos países em desenvolvimento, de acordo com as necessidades e prioridades identificadas por estes

