INDICAÇÃO Nº 79/2017

Assunto: Indica seja estabelecido no Município padrão de acessibilidade para deficientes físicos e idosos nas Unidades de Saúde Municipais, segundo os ditames da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

INDICAMOS ao Excelentíssimo Senhor Prefeito Municipal de Jacareí, Izaías José de Santana, sejam tomadas as providências cabíveis visando a realização dos estudos e procedimentos necessários para seja estabelecido no Município padrão de acessibilidade para deficientes físicos e idosos nas Unidades de Saúde Municipais, segundo os ditames da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

A título de instrução, anexamos os seguintes documentos:

Anexo I
Artigo publicado na Revista da Saúde Pública, intitulado "Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência";

Anexo II
Manual de procedimentos da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, intitulado "Acessibilidade em Unidades Básicas de Saúde"; e

Anexo III
Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências".

Desta forma, mui respeitosamente acionamos a Administração Municipal e agradecemos por seu empenho para que a situação seja devidamente considerada e atendida e colocamo-nos à disposição para discussão sobre o aqui proposto.

Sala das Sessões, 1º de fevereiro de 2017.

DRA. MÁRCIA SANTOS
Vereadora - PV
2ª Secretária

Rev Saude Publica 2011;45(1):99-105

Shamyr Sulyvan Castro[I]

Fernando Lefèvre[II]

Ana Maria Cavalcanti Lefèvre[III]

Chester Luiz Galvão Cesar[IV]

Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência

Accessibility to health services by persons with disabilities

RESUMO

OBJETIVO: Analisar as dificuldades de acessibilidade aos serviços de saúde vividas por pessoas com deficiência.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: Estudo qualitativo realizado com pessoas que relataram ter algum tipo de deficiência (paralisia ou amputação de membros; baixa visão, cegueira unilateral ou total; baixa audição, surdez unilateral ou total). Foram entrevistados 25 indivíduos (14 mulheres) na cidade de São Paulo, SP, de junho a agosto de 2007, que responderam perguntas referentes a deslocamento e acessibilidade aos serviços de saúde. A metodologia utilizada para análise foi o discurso do sujeito coletivo e as análises foram conduzidas com recurso do programa Qualiquantisoft.

ANÁLISE DOS RESULTADOS: A análise dos discursos sobre o deslocamento ao serviço de saúde mostrou diversidade quanto ao usuário ir ao serviço sozinho ou acompanhado, utilizar carro particular, transporte coletivo, ir a pé ou de ambulância e demandar tempo variado para chegar ao serviço. Com relação às dificuldades oferecidas de acessibilidade pelos serviços de saúde, houve relatos de demora no atendimento, problemas com estacionamento, falta de rampas, elevadores, cadeiras de rodas, sanitários adaptados e de médicos.

CONCLUSÕES: As pessoas com algum tipo de deficiência fizeram uso de meios de transporte diversificados, necessitando de companhia em alguns casos. Problemas na acessibilidade dos serviços de saúde foram relatados pelos sujeitos com deficiências, contrariando o princípio da eqüidade, preceito do Sistema Único de Saúde.

DESCRITORES: Pessoas com Deficiência. Limitação da Mobilidade. Acesso aos Serviços de Saúde. Saúde da Pessoa com Deficiência ou Incapacidade. Pesquisa Qualitativa.

[I] Departamento de Fisioterapia. Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG, Brasil

[II] Departamento de Prática de Saúde. Faculdade de Saúde Pública (FSP). Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil

[III] Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo. São Paulo, SP, Brasil

[IV] Departamento de Epidemiologia. FSP-USP. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:
Shamyr Sulyvan de Castro
Departamento de Fisioterapia
Instituto de Ciências da Saúde
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Av. Getúlio Guaritá, 159 - Abadia
3° andar - Sala 331
38025-440 Uberaba, MG, Brasil
E-mail: shamyrsulyvan@gmail.com

Recebido: 2/3/2010
Aprovado: 2/7/2010

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the difficulties in accessibility to health services experienced by persons with disabilities.

METHODOLOGICAL PROCEDURES: A qualitative study was performed with individuals who reported having a certain type of disability (paralysis or amputation of limbs; low vision, unilateral or total blindness; low hearing, unilateral or total deafness). A total of 25 individuals (14 women) were interviewed in the city of São Paulo, Southeastern Brazil, between June and August 2007, responding to questions about transportation and accessibility to health services. Collective Subject Discourse was the methodology used to analyze results and analyses were performed with the Qualiquantisoft software.

ANALYSIS OF RESULTS: The analysis of discourses on transportation to health services revealed a diversity in terms of the user going to the service alone or accompanied; using a private car, public transportation or ambulance or walking; and requiring different times to arrive at the service. With regard to the difficulties in accessibility to health services, there were reports of delayed service, problems with parking, and lack of ramps, elevators, wheelchairs, doctors and adapted toilets.

CONCLUSIONS: Individuals with a certain type of disability used various means of transportation, requiring someone to accompany them in some cases. Problems with accessibility to health services were reported by persons with disabilities, contradicting the principle of equity, a precept of the Brazilian Unified Health System.

DESCRIPTORS: Disabled Persons. Mobility Limitation. Health Services Accessibility. Disabled Health. Qualitative Research.

INTRODUÇÃO

Indivíduos com deficiência estão mais expostos a comorbidades associadas à sua deficiência,[11,19] resultando em maior necessidade de uso de serviços de saúde para a manutenção de sua integridade física e mental.

Entretanto, entre a necessidade de serviços e sua satisfação há a questão da acessibilidade aos serviços, que se não for adequadamente trabalhada pode fazer com que a pessoa com deficiência enfrente obstáculos que inviabilizem o seu acesso aos serviços de saúde. A acessibilidade é definida por Frenk[9] (1985) como o produto da relação entre a disponibilidade efetiva de serviços de saúde e o acesso por parte dos indivíduos a esses serviços. A disponibilidade efetiva acontece quando se analisa a disponibilidade dos serviços de saúde perante a resistência que o meio proporciona a essa disponibilidade.[9] Essa resistência tem especial importância quando se estuda a acessibilidade de pessoas com deficiência aos serviços de saúde. Ela pode ser entendida como a dificuldade encontrada na obtenção dos serviços de saúde e é determinante para a saúde das pessoas com deficiência. Em virtude do quadro geral da deficiência e das co-morbidades dele advindas, mais dificuldades se interpõem entre a pessoa com deficiência e o serviço de saúde, aumentando assim a resistência.[26]

Como a ocorrência de deficiências tem relação direta com o aumento da longevidade populacional e com o incremento de ocorrências por causas externas,[5] a porcentagem de pessoas com deficiência na comunidade tende a aumentar com o passar do tempo. Sendo assim, investigar as dificuldades encontradas pelas pessoas com deficiências na acessibilidade aos serviços de saúde pode fornecer subsídios para o planejamento em saúde, estruturando e melhorando os serviços de forma que atendam a esse grupo populacional de maneira adequada.

O objetivo do presente estudo foi analisar as dificuldades de acessibilidade aos serviços de saúde vividas por pessoas com deficiência.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Pesquisa qualitativa de natureza exploratória realizada com amostra intencional de 25 indivíduos com algum tipo de deficiência (visual, auditiva ou física).

A identificação das pessoas entrevistadas foi obtida de uma listagem maior, com 414 sujeitos com deficiências, provenientes do total de pessoas entrevistadas pelo Inquérito de Saúde e Condições de Vida no Município de São Paulo (ISA – Capital) – 2003.[a]

O estudo integrou a fase inicial do Projeto Acessibilidade aos Serviços de Saúde (AceSS), realizado com 333 pessoas com algum tipo de deficiência na capital de São Paulo e em uma área da Grande São Paulo (Embu, Taboão da Serra e Itapecerica da Serra) no ano de 2007. As entrevistas foram realizadas de junho a agosto de 2007 com um questionário semi-estruturado a respeito das dificuldades na acessibilidade aos serviços de saúde pelas pessoas com algum tipo de deficiência. Foram analisadas questões sobre o deslocamento da pessoa com deficiência ao serviço de saúde: "Como o(a) senhor(a) faz para ir até o serviço de saúde?... Fale um pouco mais sobre isso..." e sobre os problemas de acessibilidade aos serviços de saúde ("Muitos serviços de saúde oferecem dificuldades para as pessoas com deficiência, como falta de rampas, estacionamentos, sinalização, etc.. E para o(a) senhor(a), como tem sido isso?").

A coleta dos dados ocorreu por entrevistas domiciliares, que foram gravadas e transcritas integralmente. Com as informações obtidas na transcrição das conversas foi criado um banco de dados, que foi analisado pelo *software* QualiQuantiSoft.[13] Esse programa tem o objetivo de facilitar a realização de pesquisas que empreguem o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) como metodologia. O QualiQuantiSoft permite associar pensamentos, crenças, valores, representações, às características objetivas dos portadores dessas representações, tais como sexo, idade, grau de instrução, renda e outras.

A partir do banco de dados foram extraídas as idéias centrais das respostas de cada indivíduo e, posteriormente, construídos os DSC, tendo como objetivo expressar empiricamente o pensamento do grupo de entrevistados, como um conjunto, não como ser individual,[13] criando assim um ente pensante coletivo, com voz e respostas às perguntas efetuadas.

A metodologia de pesquisa qualitativa avalia a percepção dos indivíduos, sendo concebida a partir do produto dos discursos/verbalizações de atores sociais diretamente envolvidos com o assunto.[18] A abordagem qualitativa do modo de pensar as questões estudadas permite que nos apossemos das percepções individuais dos entrevistados e as transformemos em um discurso mais coeso e consistente, podendo assim obter as representações sociais referentes aos temas trabalhados nesse grupo de indivíduos. A metodologia qualitativa é usada no campo de estudos das deficiências.[6,12,22]

Segundo Nagai et al[18] (2007), o DSC pode ter mais de uma idéia central na resposta de um indivíduo ou a mesma idéia central pode emergir dos discursos de muitos sujeitos diferentes. Existe ainda a possibilidade de que algumas dessas falas tenham identidade própria e não reflitam a resposta de outras pessoas. Lèfreve et al[14] (2006) esclarecem ainda que desse modo as respostas podem abordar de maneiras diversas um mesmo problema, complementando-se umas às outras e/ou explicando-se mutuamente.

As idéias centrais de cada pergunta foram descritas em itens e foi construído um DSC para cada uma delas.

Das 25 pessoas com deficiência entrevistadas, três tinham idade entre 11 e 20 anos (três mulheres); três entre 31 e 40 anos (duas mulheres); 12 tinham de 55 a 69 anos (quatro mulheres); e sete de 70 a 90 anos (cinco mulheres).

Entre os entrevistados, oito indivíduos relataram ter algum tipo de deficiência física (amputação ou paralisia de membros); nove indivíduos auto-referiram deficiência auditiva (diminuição da audição ou surdez unilateral) e oito indivíduos relataram deficiência visual (diminuição da visão ou cegueira unilateral). Os participantes eram usuários tanto de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto de serviços de convênios de empresas privadas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP (Prot. Nº 1653/2007). Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Deslocamento ao serviço de saúde

As idéias centrais do discurso do sujeito coletivo referentes ao deslocamento ao serviço de saúde (Questão 1 – Como o(a) senhor(a) faz para ir até o serviço de saúde? Fale um pouco mais sobre isso) foram:

Idéia central 1.1: Vai sozinho, usa transporte coletivo e é rápido para chegar

[DSC 1.1] *Eu vou de transporte coletivo; normalmente não preciso de ninguém para me acompanhar e não demora para chegar porque é perto*.

Idéia central 1.2: Vai acompanhado, usa carro particular e demora para chegar

[DSC 1.2] *Tenho que ir acompanhado, uso carro particular e demora para chegar.*

[a] Cesar CLG, Carandina L, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M. Saúde e condição de vida em São Paulo: inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2005.

Idéia central 1.3: Vai acompanhado, usa transporte coletivo e demora para chegar

[DSC 1.3] *Vou acompanhado, uso transporte coletivo e demora para chegar ao serviço de saúde.*

Idéia central 1.4: Vai acompanhado e de ambulância

[DSC 1.4] *Tenho que ir de ambulância porque não posso me sentar e tenho que ter companhia; é difícil vir médico na minha casa.*

Idéia central 1.5: Vai acompanhado, usa transporte coletivo e não demora para chegar

[DSC 1.5] *Vou de ônibus ou metrô, preciso de companhia e o serviço e saúde fica perto da minha casa*

Idéia central 1.6: Vai sozinho, usa transporte coletivo e demora para chegar

[DSC 1.6] *Vou sozinho ao serviço de saúde, só se precisar levo alguém; uso transporte coletivo e demoro para chegar ao serviço de saúde.*

Idéia central 1.7: Vai sozinho, de carro particular e demora para chegar

[DSC 1.7] *Vou de carro, posso ir sozinho e demora para chegar porque o serviço de saúde não é muito perto.*

Idéia central 1.8: Vai acompanhado, a pé, e não demora para chegar

[DSC 1.8] *Vou a pé porque é perto, não demora; e geralmente vou acompanhado.*

Idéia central 1.9: Vai acompanhado, de carro particular, e demora para chegar

[DSC 1.9] *Tenho sempre que ir acompanhado, para levar tem que ser de carro, e demora para chegar porque é longe ou tem trânsito.*

Os discursos relatados mostraram diversidade de opiniões ente os entrevistados, com variações quanto ao tempo de deslocamento, meio de transporte utilizado e necessidade de companhia. Quando se analisa o tempo gasto observa-se que aproximadamente um terço dos respondentes apontaram essa dificuldade em seu deslocamento para o serviço de saúde. Travassos & Martins[24] (2004) afirmam que a acessibilidade geográfica é um importante fator para o efetivo uso dos serviços de saúde, podendo atenuar ou ampliar as dificuldades no acesso. No artigo,[24] as autoras sugerem que a correta distribuição espacial dos serviços de saúde e dos pacientes deve ser coerente para o uso adequado.

De acordo com os discursos, aproximadamente metade das pessoas com deficiência relataram ter necessidade de acompanhantes. Caldas[2] (2003) discute a dependência familiar por parte de idosos e ressalta a ligação entre a dependência e a fragilidade, mostrando uma estreita relação entre o suporte oferecido ao idoso e a execução das suas tarefas diárias. Esse exemplo pode ser aplicado às pessoas com deficiências, que de certa forma também têm características de fragilidade em virtude do processo incapacitante.[10] Para Othero & Dalmaso[21] (2009), a família ou o cuidador tem importante papel na saúde da pessoa com deficiência no que diz respeito ao contato do cuidador/família com os profissionais de saúde, recebendo instruções que complementem o tratamento da pessoa com deficiência. Em estudo realizado na cidade de São Paulo, SP, a deficiência aliada à dependência tem se mostrado freqüente com o aumento da longevidade e da ocorrência de incapacidades.[3]

A respeito do meio de locomoção usado pelas pessoas com deficiências, os discursos mostram padrões variados. Aproximadamente a metade dos entrevistados fez o percurso utilizando meios de transporte coletivos. Araújo et al[1] (2006) observam a importância do fator transporte para a estrutura familiar no que diz respeito a gastos e qualidade em saúde, implicando dispêndio financeiro e dificuldades no uso dos serviços de saúde.

Observou-se ainda referência à necessidade de uso de ambulância para o deslocamento ao serviço de saúde. Isso se mostra um obstáculo, uma vez que o paciente depende da disponibilidade do referido meio de transporte para sua locomoção até o estabelecimento de saúde, considerando que algumas pessoas com deficiência necessitam desse tipo de transporte por terem sua funcionalidade muito comprometida, inviabilizando o uso de outros meios.

Acessibilidade aos serviços de saúde

As idéias centrais do discurso do sujeito coletivo referentes à acessibilidade aos serviços de saúde (Questão 2 – Muitos serviços de saúde oferecem dificuldades para as pessoas com deficiência, como falta de rampas, estacionamentos, sinalização, etc. E para o(a) senhor(a), como tem sido isso?) foram:

Idéia central 2.1: Sem problemas

[DSC 2.1] *Eu sempre fui bem atendido, tem estacionamento, rampa, corrimão, elevador, sinalização, banheiro especial e sala de espera.*

Idéia central 2.2: Demora no atendimento

[DSC 2.2] *Há uma certa demora no atendimento porque sempre tem uma fila de espera. Se marcam para as 10h tem que chegar às 6h; tem que chegar bem cedo.*

Idéia central 2.3: Problemas com estacionamento

[DSC 2.3] *Não tem estacionamento, então tem que parar na rua, mesmo*

Idéia central 2.4: Falta de rampas

[DSC 2.4] *Não tem rampa no serviço de saúde. Já chamaram três vezes, mas não tenho como ir porque não tem rampa para entrar; e quando tem rampa não tem corrimão.*

Idéia central 2.5: Instalações do serviço de saúde

[DSC 2.5] *Não tem lugar para todo mundo esperar, então às vezes esperam no chão e em algumas salas não tem como a pessoa com deficiência entrar.*

Idéia central 2.6: Faltam cadeiras de rodas nos serviços de saúde

[DSC 2.6] *Não tem cadeira de rodas suficientes no serviço de saúde, é uma disputa por cadeiras; às vezes a pessoa com deficiência tem que ser carregado no colo.*

Idéia central 2.7: Faltam sanitários adequados para as pessoas com deficiências

[DSC 2.7] *Nunca vi banheiros para pessoas com deficiência no serviço de saúde; quando tem, está muito sujo ou inutilizado (entupido).*

Idéia central 2.8: Faltam médicos

[DSC 2.8] *No posto de saúde que vou só tem enfermeira; está assim esses dias, não tem médicos.*

Idéia central 2.9: Faltam elevadores

[DSC 2.9] *No serviço de saúde não tem elevador, tem que usar a escada.*

Idéia central 2.10: Problemas com sinalização

[DSC 2.10] *A sinalização é insuficiente, tenho que ficar pedindo informações.*

O tempo de espera foi um dos fatores relatados como obstáculo no uso dos serviços de saúde e é freqüentemente apontado como problema nos atendimentos ambulatorial[8] e hospitalar.[20] Esse período de espera pode ser um fator importante para os pacientes com algum tipo de deficiência, uma vez que podem ter necessidades especiais de alimentação, higiene ou descanso. A Lei Federal 10.048, de 8 de novembro de 2000,[b] garante às pessoas com deficiências, aos idosos com idade igual ou superior a 60 anos, às gestantes, às lactantes e às pessoas acompanhadas por crianças de colo o direito à prioridade nos atendimentos em repartições públicas. Contudo, em um ambiente hospitalar ou de serviço de saúde, essa priorização pela presença de deficiência pode ser questionada por motivos éticos, uma vez que o deficiente pode não ser o paciente mais necessitado de atendimento em saúde em um determinado momento.

Outro fator que se apresentou como obstáculo ao bom uso dos serviços de saúde pelas pessoas com deficiências foram os problemas com o estacionamento. O decreto 3.298/99 regulamenta a lei 7.893/89,[c] que consolida normas de proteção para as pessoas com deficiência, dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de vagas reservadas para veículos de pessoas com deficiência ou que transportem essas pessoas em construções de uso coletivo. Esse decreto garante, portanto, vagas reservadas e específicas para os indivíduos com algum tipo de deficiência também nos serviços de saúde que são de uso coletivo. Entretanto, Mendonça & Guerra[16] (2007) relatam que a presença de facilidades como estacionamento e localização do serviço pode não ter tanta influência na satisfação com o atendimento.

Aproximadamente um décimo dos entrevistados citaram a ausência de rampas como fator que dificultava o uso dos serviços de saúde. O mesmo decreto 3.298/99 obriga a instalação de rampas ou dispositivos eletromecânicos de deslocamento vertical para a transposição de desníveis entre cômodos dos estabelecimentos. Também foi citada inexistência de elevadores e de sinalização para as pessoas com deficiências, que são itens previstos na lei 3.298/99.

Algumas inadequações nos serviços foram citadas pelos entrevistados, como local de espera com lugares insuficientes e salas em que as pessoas com deficiência não tinham acesso por obstáculos físicos. Um dos relatos mostra que o direito de ir e vir, previsto em lei pela Constituição, foi ferido no caso de estabelecimentos de saúde cujos obstáculos impossibilitavam a entrada de pessoas com deficiência em suas dependências.

Um discurso mostrou a necessidade de mais cadeiras de rodas para as pessoas com deficiência, pois em alguns momentos teriam que ser carregadas nos braços para serem atendidas. Isso pode ser um evento que dificulta o uso dos serviços de saúde, uma vez que nem sempre o acompanhante da pessoa com deficiência tem condições de fazer o deslocamento do deficiente nos braços, ficando assim dependente dos funcionários do serviço de saúde.

Ausência ou inadequação de sanitários destinados às pessoas com deficiência foram relatadas pelos entrevistados. A lei 10.098/2000[d] garante a construção de sanitários adaptados para as pessoas com deficiências em repartições públicas e sua adequada manutenção.

[b] Brasil. Lei n. 10.048, de 8 de novembro de 2000 - Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. *Diario Oficial Uniao.* 09 nov 2000[citado 2009 set 08];Seção1:1. Disponível em: http://www.soleis.com.br/L10048.htm

[c] Brasil. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. *Diario Oficial Uniao.* 21 dez 1999[citado 2010 mai 24];Seção1:10. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil/decreto/d3298.htm

[d] Brasil. Lei n. 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. *Diario Oficial Uniao.* 20 dez 2000[citado 2009 set 08];Seção1:2. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L10098.htm

A ausência de médicos no serviço de saúde também foi relatada por entrevistados, os quais referiram que o atendimento era feito por enfermeiras, não havendo, portanto, atendimento médico, somente prestação de cuidados em enfermagem.

Verificou-se ainda a ocorrência da idéia central "Nunca tive problemas", que reflete uma adequação do serviço de saúde procurado às necessidades de acessibilidade das pessoas com deficiência. Machado & Nogueira (2008)[15] também relatam ausência de problemas para utilização de serviços em um grupo de usuários de uma clínica de fisioterapia. Essas informações podem sinalizar que nem sempre a pessoa com deficiência encontra problemas de acessibilidade nos serviços de saúde, levando a crer que uma parcela dessas pessoas tem todas as suas necessidades de acessibilidade aos serviços de saúde satisfeitas.

CONCLUSÕES

A discussão desses itens transcende a simples abordagem presença/ausência de obstáculos ao uso de serviços de saúde, alcançando um tema mais amplo e bastante importante em saúde pública: a eqüidade em saúde. A eqüidade é um dos pilares do SUS e, conforme Travassos,[23] (1997) é um princípio de justiça social. Esse conceito se traduziria por: "tratar desigualmente os desiguais".[7] Assim, diferiria da igualdade, entendida como igualdade de oportunidades. Para uma pessoa com deficiência, não é suficiente ter as mesmas oportunidades quando não há condições de aproveitá-las, comparativamente a alguém que não tenha deficiência. Assim, o princípio da eqüidade seria uma maneira de beneficiar as pessoas com deficiências para que tenham igualdade nas oportunidades. Carneiro Junior et al[4] (2006) caracterizam a eqüidade como "discriminação positiva", uma vez que é direcionada a grupos populacionais desfavorecidos socialmente, com planejamento e políticas de atenção que busquem a eliminação das desigualdades.

Dessa forma, os problemas relatados pelos entrevistados atuariam de forma a pressionar negativamente as pessoas com algum tipo de deficiência no uso dos serviços de saúde. Esse posicionamento é oposto ao princípio de eqüidade do SUS, baseado na idéia de que todos os indivíduos de uma sociedade devem ter oportunidades iguais para desenvolver seu potencial de saúde, sendo tal sistema que se baseia na eqüidade responsável por atuar contra os obstáculos ao reduzir as diferenças evitáveis ou injustas entre os indivíduos.[25]

A relação de iniqüidade (elemento oposto da eqüidade) e deficiência é descrita na literatura[17] e aponta diversos obstáculos que atuam contra o correto uso dos serviços de saúde, deixando esse grupo populacional em desvantagem na utilização dos serviços de saúde.

Em conclusão, os discursos expressam que pessoas com algum tipo de deficiência fazem uso de diversos tipos de transporte, demorando períodos variáveis e necessitando de companhia em alguns casos. Problemas na acessibilidade dos serviços de saúde foram relatados pelos sujeitos com deficiências, violando o princípio da eqüidade, preceito do Sistema Único de Saúde. A eliminação desses obstáculos poderia ter valor significativo para essa população na utilização dos serviços de saúde, proporcionando possibilidades igualitárias, quando comparadas com as pessoas sem deficiências.

REFERÊNCIAS

1. Araújo SSC, Freire DBL, Padilha DMP, Baldisserotto J. Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2006;10(19):203-16. DOI:10.1590/S1414-32832006000100014
2. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):733-81. DOI:10.1590/S0102-311X2003000300009
3. Camargos MCS, Perpetuo IHO, Machado CJ. Expectativa de vida com incapacidade funcional em idosos em São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5-6):379-86. DOI:10.1590/S1020-49892005000500010
4. Carneiro Jr N, Elias PE. Controle público e eqüidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal. *Rev Saude Publica*. 2006;40(5):914-20. DOI:10.1590/S0034-89102006000600023
5. Castro SS, Barros MBA, Carandina L, Alves MCGP, Goldbaum M, Cesar CLG. Deficiência visual, auditiva e física: prevalência e fatores associados em estudo de base populacional. *Cad Saude Publica*. 2008;24(8):1773-82. DOI:10.1590/S0102-311X2008000800006
6. Cheer J, Kroll T, Neri MT, Beatty P. Access barriers for persons with disabilities: the consumer's perspective. *J Disabil Pol Studies*. 2003;13(4):221-31. DOI:10.1177/104420730301300404
7. Fortes PAC. A equidade no sistema de saúde na visão de bioeticistas brasileiros. *Rev Assoc Med Bras*. 2010;56(1):47-50. DOI:10.1590/S0104-42302010000100015
8. Franco SC, Campos GWS. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. *Cad Saude Publica*. 1998;14(1):61-70. DOI:10.1590/S0102-311X1998000100014
9. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Publica Mexico*. 1985;27(5): 438-53.
10. Gill TM, Robison JT, Tinetti ME. Difficulty and dependence: two components of the disability continuum among community-living older persons. *Ann Intern Med*. 1998;128(2):96-101.

11. Harrison T. Health promotion for persons with disabilities: what does the literature reveal? *Fam Community Health*. 2006;29(1Suppl):S12-9.

12. Kroll T, Jones GC, Kehn M, Neri MT. Barriers and strategies affecting the utilization of primary preventive services for people with physical disabilities: a qualitative inquiry. *Health Soc Care Community*. 2006;14(4):284-93. DOI:10.1111/j.1365-2524.2006.00613.x

13. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Depoimentos e discursos: uma análise em pesquisa social. Brasília: Líber Livro; 2005.

14. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O sujeito coletivo que fala. *Interface (Botucatu)*. 2006;10(20):517-24. DOI:10.1590/S1414-32832006000200017

15. Machado NP, Nogueira LT. Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia. *Rev Bras Fisioter*. 2008;12(5):401-8. DOI:10.1590/S1413-35552008000500010

16. Mendonça KMPP, Guerra RO. Desenvolvimento e validação de um instrumento de medida da satisfação do paciente com a fisioterapia. *Rev Bras Fisioter*. 2007;11(5):369-76. DOI:10.1590/S1413-35552007000500007

17. Merrel J, Cert T, Kinsella F, Murphy F, Philpin S, Ali A. Accessibility and equity of health and social care services: exploring the views and experiences of Bangladeshi carers in South Wales, UK. *Health Soc Care Community*. 2006;14(3):197-205. DOI:10.1111/j.1365-2524.2006.00610.x

18. Nagai R, Lefèvre AMC, Lefèvre F, Steluti J, Teixeira LR, Zinn LCS, et al. Conhecimentos e práticas de adolescentes na prevenção de acidentes de trabalho: estudo qualitativo. *Rev Saude Publica*. 2007;41(3):404-11. DOI:10.1590/S0034-89102007000300012

19. Nosek MA, Hughes RB, Petersen NJ, Taylor HB, Robinson-Whelen S, Byrne M, et al. Secondary conditions in a community-based sample of women with physical disabilities over a 1-year period. *Arch Phys Med Rehabil*. 2006;87(3):320-7. DOI:10.1016/j.apmr.2005.11.003

20. Oliveira DF, Arieta CEL, Temporini ER, Kara-José N. Quality of health care: patient satisfaction in a university hospital. *Arq Bras Oftalmol*. 2006;69(5):731-6. DOI:10.1590/S0004-27492006000500021

21. Othero MB, Dalmaso ASW. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. *Interface (Botucatu)*. 2009;13(28):177-88. DOI:10.1590/S1414-32832009000100015

22. Quines S, Cameron I. The use of focus groups with the disabled elderly. *Qual Health Res*. 1985;5(4):454-62. DOI:10.1177/104973239500500406

23. Travassos C. Eqüidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. *Cad Saude Publica*. 1997;13(2):325-30. DOI:10.1590/S0102-311X1997000200024

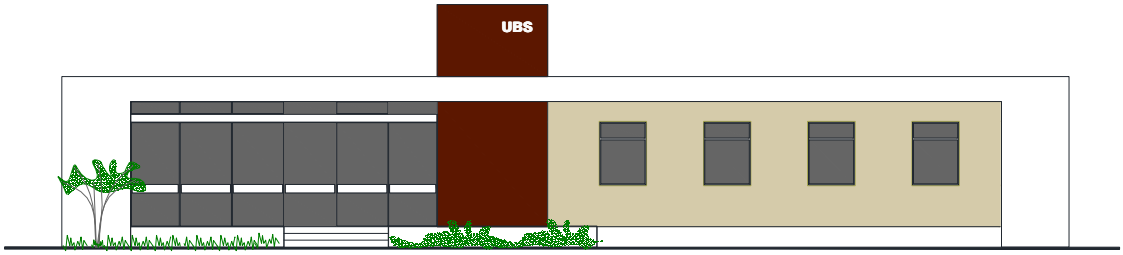
24. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 2004;20(Suppl 2):S190-8. DOI:10.1590/S0102-311X2004000800014

25. Viana ALA, Fausto MCR, Lima LD. Política de saúde e eqüidade. *Sao Paulo Perspec*. 2003;17(1):58-68. DOI:10.1590/S0102-88392003000100007

26. Wilson K, Rosenberg MW. Accessibility and the Canadian health care system: squaring perceptions and realities. *Health Policy*. 2004;67(2):137-48. DOI:10.1016/S0168-8510(03)00101-5

Artigo baseado na tese de doutorado de Castro SS, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, em 2010.
Castro SS foi apoiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp – Processo n° 2006/59655-2, bolsa de doutorado).
Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico Tecnológico (CNPq – Processo n° 409724/2006-8).
Os autores declaram não haver conflitos de interesses.

Acessibilidade em Unidades Básicas de Saúde



No princípio da igualdade de direitos entre as pessoas, as necessidades de todo o indivíduo com deficiência ou sem deficiência têm a mesma importância e elas devem constituir a base do planejamento social. Todas as políticas relativas à pessoa com deficiência devem assegurar o acesso dessas pessoas a todos os serviços da comunidade e todos os recursos devem ser empregados de tal modo que garantam uma oportunidade semelhante de participação para cada indivíduo.

Nações Unidas

APRESENTAÇÃO

É competência da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República assessorar direta e indiretamente o Presidente da República na formulação de políticas e diretrizes voltadas à defesa dos direitos das pessoas com deficiência e promoção da sua integração à vida comunitária, o que inclui a promoção da Acessibilidade.

Este documento tem a finalidade de apresentar **Subsídios sobre Acessibilidade em Unidades Básicas de Saúde, com vistas a orientar** a implantação de equipamentos urbanos deste porte, e recomendar aos municípios e aos técnicos envolvidos na execução dos projetos e obras das Unidades Básicas de Saúde as condições necessárias para o atendimento das regras de acessibilidade vigentes em nosso país.

Os parâmetros recomendados neste documento foram baseados no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família, reeditado em 2008 pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, e visam complementar as orientações aos profissionais e gestores municipais de saúde no planejamento, programação e elaboração de projetos para reforma, ampliação, construção de Unidades Básicas de Saúde para o trabalho das Equipes de Saúde da Família, com foco na acessibilidade.

Informações e Contatos Coordenação Geral de Acessibilidade da Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos das Pessoas com Deficiência / Secretaria Nacional de Direitos Humanos / Presidência da República**:** **Isabela.muller@sdh.gov.br** **http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br** Fone: (61) 2025.3684 – Fax: (61) 2025.9747.

1. OBJETIVOS

O presente trabalho sobre **Acessibilidade nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs)** têm os seguintes objetivos:

- Fornecer informações para o atendimento às exigências legais de acessibilidade vigentes;
- Apresentar as recomendações a serem observadas tanto no entorno, como nas a áreas externas e internas das edificações que fazem parte das UBSs, para torná-las acessíveis;
- Orientar os técnicos envolvidos nos projetos dos referidos equipamentos urbanos para as questões voltadas à acessibilidade contidas neste documento.

2. SOBRE A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

- **Introdução**

A Lei nº 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e o funcionamento dos serviços correspondentes, garante a saúde como um **direito fundamental do ser humano**, e enfatiza a preservação da **autonomia das pessoas,** na defesa de sua integridade física e moral.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU, aprovada no Brasil por meio do Decreto Legislativo nº 186/2008 e do Decreto nº 6.949/2009, com equivalência de emenda constitucional, em seu texto reconhece que *"a deficiência é um conceito em evolução... resultado da interação entre pessoas, barreiras atitudinais e ambientais que impedem a plena e efetiva participação na sociedade, em igualdade de oportunidades"* e ainda que, *"as pessoas com deficiência têm o direito de gozar do estado de saúde mais elevado possível"* e que cabe ao Estado Brasileiro *"tomar todas as medidas apropriadas para assegurar às pessoas com deficiência o acesso a serviços de saúde"*.

Segundo dados do Governo Federal, o **Programa de Saúde da Família (PSF),** implantado em 1994, caracteriza-se como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial e tem por base a implantação de equipes multiprofissionais, que atuam

em **Unidades Básicas de Saúde** e são responsáveis por um número predeterminado de famílias localizadas numa área delimitada.

A expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela estratégia Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Essa concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade.

A ação de governo relativa ao PSF busca estimular a implantação de equipes de saúde da família, agentes comunitários de saúde e equipes de saúde bucal, nos municípios, visando à reorientação das práticas assistenciais básicas, com ênfase nas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde. O público-alvo compreende a população residente na área de abrangência das **Equipes de Saúde da Família -** ESF, determinada mediante processo de territorialização realizado no âmbito do município.

Segundo dados do Ministério da Saúde, a construção de **UBSs** tem o objetivo de ampliar a oferta de serviços e estimular a implantação de novas ESF, e ainda, prover infraestrutura adequada às ESF existentes e melhorar seu desempenho.
Elas são classificadas pelo número de Equipes de Saúde da Família - ESF que irão abrigar:

UBS 01	1 ESF	Até 4.000 pessoas
UBS 02	2 ESF	Até 8.000 pessoas
UBS 03	1 ESF	Até 12.000 pessoas
UBS 04	2 ESF	Até 16.000 pessoas
UBS 05	1 ESF	Até 20.000 pessoas

- **Referências legais:**

- Resolução – **RDC nº 50**, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, o qual dispõe que, para a

execução de qualquer obra nova, de reforma ou de ampliação de Estabelecimento Assistencial de Saúde – EAS, é exigida a avaliação do projeto físico em questão pela Vigilância Sanitária local (estadual ou municipal)

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.htm

- Lei nº 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde.

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf

- Portaria nº 2.226 de 18 de setembro de 2009, em especial, a recomendação de metragem mínima = 153,24 m².para uma Unidade Básica de Saúde

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2206_14_09_2011_rep.html

- A programação visual das Unidades Básicas de Saúde reformadas, devem ser padronizadas em suas áreas externas e internas, de acordo com as marcas nacionais do SUS, seguindo a **Portaria nº 2.838,** de 1º de dezembro de 2011.

O conteúdo exposto no Guia de Sinalização das Unidades e Serviços do SUS encontra-se disponível no endereço eletrônico (*http://www.saude.gov.br/guiasinalizacao)*

- E ainda o **MANUAL DE ESTRUTURA FÍSICA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE** - SAÚDE DA FAMÍLIA do Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Atenção Básica

http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_estrutura_ubs.pdf

3. SOBRE ACESSIBILIDADE

Acessibilidade é um atributo essencial do ambiente que garante a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Deve estar presente nos espaços, no meio físico, no transporte, na comunicação, inclusive nos sistemas e tecnologias da informação e comunicação, como também nos serviços e instalações abertos ao público ou de uso público, tanto na zona urbana como na rural.

3.1 LEIS E NORMAS QUE TRATAM DE ACESSIBILIDADE

O trabalho terá como referências básicas a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, o Decreto Federal nº 5.296/2004, o conjunto de Normas de Acessibilidade da Associação Brasileira de Acessibilidade – ABNT, em especial a NBR 9050 - Acessibilidade a Edificações, Mobiliário, Espaços e Equipamentos Urbanos e as demais leis federais, estaduais, municipais e normas brasileiras que tratam do tema em estudo.

Leis Federais

- Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU, aprovada no Brasil por meio do Decreto Legislativo nº 186/2008 e do Decreto nº 6.949/2009, com equivalência de emenda constitucional.
- Lei Federal nº 10.048 / 2000 - Dá prioridade de atendimento às pessoas com deficiência física, aos idosos com idade igual ou superior a sessenta e cinco anos, às gestantes, às lactantes e às pessoas acompanhadas por crianças de colo.
- Lei Federal nº 10.098 / 2000 - Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida.
- Decreto Federal nº 5.296 / 2003 - Regulamenta as Leis nº 10.048/2000 e 10.098/ 2000. Esse é o principal instrumento para a implementação da acessibilidade no país.
- Lei Federal nº. 10.741 / 2003 – Estatuto do Idoso
- Lei Federal nº. 9.503/1997 – Código de Trânsito Brasileiro

Normas Brasileiras da ABNT

As Normas Técnicas sobre Acessibilidade da Associação Brasileira de Normas Técnicas / ABNT fixam critérios e parâmetros técnicos a serem observados quando da execução de projeto, construção, instalação e adaptação de edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos às condições de acessibilidade, inclusive a acessibilidade ao transporte, em elevadores de passageiros, plataformas verticais e acessos a ônibus, como também na comunicação e prestação de serviços. *http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/normas-da-abnt/termo-de-ajustamento-de-conduta*

Leis Estaduais

- Código de Segurança Contra Incêndio e Pânico;
- Normas para projeto de instalações de Saúde - Anvisa

Leis Municipais

- Lei que regula as atividades de Edificações e Instalações nos Municípios;
- Lei de Uso e Ocupação do Solo do Município.

3.2 COMENTÁRIOS SOBRE A LEGISLAÇÃO

A promulgação das Leis Federais nº 10.048/00 e nº 10.098/00, posteriormente regulamentadas pelo Decreto Federal nº 5.296/04, impõe o reordenamento das ações práticas do poder público e das empresas para as questões voltadas à ACESSIBILIDADE.

A acessibilidade deve estar presente na concepção, planejamento e implantação dos projetos arquitetônicos e urbanísticos a serem desenvolvidos em nosso país, a partir de 2004. O referido decreto vincula ao seu cumprimento:

- A aprovação de projeto de natureza arquitetônica e urbanística, de comunicação e informação, de transporte coletivo, bem como a execução de qualquer tipo de obra, quando tenham destinação pública ou coletiva;
- A outorga de concessão, permissão, autorização ou habilitação de qualquer natureza;
- A aprovação de financiamento de projetos com a utilização de recursos públicos, dentre eles os projetos de natureza arquitetônica e urbanística, os tocantes à comunicação e informação e os referentes ao transporte coletivo, por meio de qualquer instrumento, tais como convênio, acordo, ajuste, contrato ou similar;
- A concessão de aval da União na obtenção de empréstimos e financiamentos internacionais por entes públicos ou privados.

O decreto ressalta a responsabilidade dos profissionais das áreas de projeto e de construção dos espaços da cidade para o conhecimento sobre a matéria quando exige que as entidades de fiscalização profissional das atividades de engenharia, arquitetura e correlatas, ao anotarem a responsabilidade técnica dos projetos, considerem a responsabilidade profissional declarada do atendimento às regras de acessibilidade previstas nosso País.

4 IMPLEMENTAÇÃO DA ACESSIBILIDADE

4.1 CIRCULAÇÃO DE PEDESTRES E ROTAS ACESSÍVEIS - Áreas Externas

Circulações acessíveis de pedestres são rotas, nas vias públicas, que permitem às pessoas transitar entre o transporte público, as edificações e os espaços de interesse, para que elas possam desenvolver sua vida diária com normalidade e independência.

Segundo o Código de Trânsito Brasileiro – CTB (Lei Nº 9.503) o pedestre tem prioridade de trânsito nas vias terrestres do território nacional.

É importante adaptar ao menos um itinerário de pedestres no entorno das Unidades Básicas de Saúde a serem implantadas. As rotas acessíveis devem priorizar a interligação entre avenidas principais, ruas secundárias, pontos de parada e acesso aos transportes públicos e estacionamentos de veículos.

A NBR 9050/ABNT define como Rota Acessível o trajeto contínuo, desobstruído e sinalizado, que conecta os ambientes externos ou internos de espaços e edificações, e que possa ser utilizado de forma autônoma e segura por todas as pessoas, inclusive aquelas com deficiência.

O Sistema de Circulação das Pessoas é um modal de transporte da cidade, portanto, gerenciado pelos órgãos responsáveis pela Mobilidade Urbana de cada região ou município. Esses órgãos deverão ser consultados para a definição dos itinerários acessíveis que garantam o pleno atendimento às UBSs.

Devem ser analisados com especial atenção:

- **Calçadas**

Além de elemento prioritário de circulação nos espaços urbanos, as calçadas são fundamentais para a interação do homem com a paisagem urbana. O estimulo à caminhada, portanto, deve ser tratado como um diferencial de qualidade de vida para todos.

Uma calçada com conforto apresenta um piso liso e antiderrapante, mesmo quando molhado. O piso é quase horizontal, com declividade transversal para escoamento de águas pluviais de não mais de 3%. A inclinação longitudinal deve sempre acompanhar a inclinação das vias lindeiras. Elas devem ser construídas sem desnível, com faixa de circulação recomendável de 1,50m, sendo o mínimo admissível de 1,20m, livre de barreiras, completamente desobstruídas e isentas de interferências como, vegetação, mobiliário urbano, equipamentos de infraestrutura urbana aflorados, (postes, armários de equipamentos, e outros), orlas de árvores e jardineiras, rebaixamentos para acesso de veículos, bem como qualquer outro tipo de interferência ou obstáculo que reduza a largura da faixa livre. Eventuais obstáculos aéreos tais como marquises, faixas e placas de identificação, toldos, luminosos, vegetação e outros, devem se localizar a uma altura superior a 2,10 m.

– Balizamento: O balizamento ou orientação para as pessoas cegas e de baixa visão será feito ao longo de todas as calçadas pelos muros divisórios entre a área

pública e os lotes. Em alguns casos, o balizamento também poderá ser feito pela diferenciação de material existente entre a faixa definida para a circulação dos pedestres e a áreas internas dos lotes.

Nos casos de alargamento das faixas de circulação provocando a indefinição da guia de balizamento, esta deverá ser substituída por faixa tátil direcional, que será instalada no sentido do deslocamento de acordo com a NBR 9050 da ABNT.

– Travessia: A faixa onde o pedestre deverá cruzar a área de circulação dos veículos não motorizados e motorizados receberá um tratamento especial de acordo com a legislação vigente e não terá desnível entre a calçada e o leito carroçável.

Os trechos de calçada correspondentes à sinalização de faixas para travessia de pedestres deverão ser livres de quaisquer tipos de equipamento ou mobiliário de forma a garantir a livre circulação.

Devem ser instaladas as sinalizações, tátil de alerta e tátil direcional nessas travessias para a orientação das pessoas cegas ou de baixa visão.

- **Semáforos**

Os semáforos ou focos para pedestres instalados em vias públicas com grande volume de tráfego ou concentração de passagem de pessoas com deficiência visual devem estar equipados com mecanismos que emitam um sinal sonoro entre 50 dBA e 60 dBA, intermitente e não estridente, ou outro mecanismo alternativo, que sirva de auxílio às pessoas com deficiência visual, quando o semáforo estiver aberto para os pedestres.

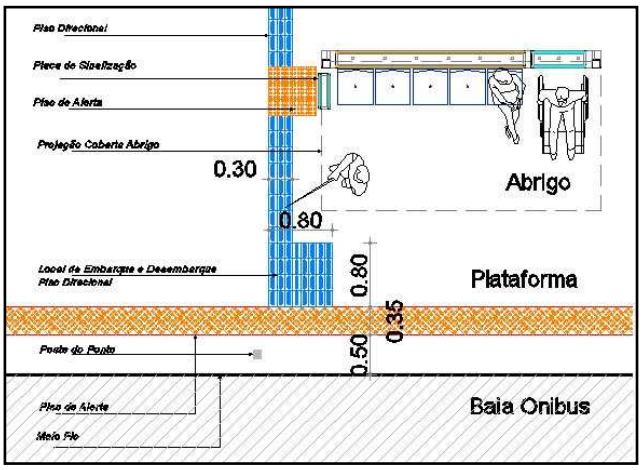
- **Plataforma de Embarque e Desembarque / Abrigos de Ônibus**

Todos os abrigos em pontos de embarque e desembarque de transporte coletivo devem ser acessíveis para as Pessoas com Deficiência e Mobilidade Reduzida.

Nos abrigos devem ser previstos assentos fixos para descanso e espaço para Pessoa em Cadeira de Rodas; esses assentos não devem interferir com a faixa livre de circulação.

Quando se tratar de ponto de ônibus elevado, a borda do desnível entre o ponto e o leito carroçável deve ser sinalizada com piso tátil de alerta (ver Figura 01).

Figura 01



- **Estacionamentos para Veículos**

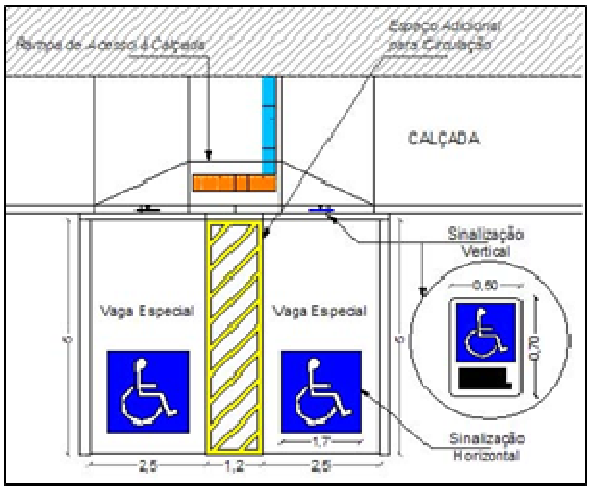
Em toda a área de estacionamento prevista devem ser implantadas vagas especiais para o estacionamento de veículos que conduzam ou que sejam conduzidos por pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, de acordo com a NBR 9050-ABNT e o Estatuto do Idoso.

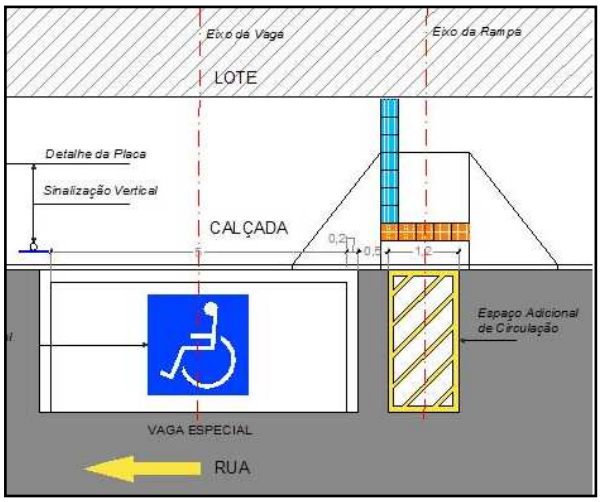
Essas vagas deverão contar com espaço adicional de circulação para o uso da cadeira de rodas e estarem diretamente ligadas às rotas acessíveis com sinalização horizontal e vertical. Ver Figura 02.

Segue adiante o número de vagas a ser reservada de acordo com a legislação vigente:

- Vaga Especial para Pessoa com Deficiência: Nos estacionamentos externos ou internos das edificações de uso público ou de uso coletivo, ou naqueles localizados nas vias públicas, serão reservados, pelo menos, 2% (dois por cento do total de vagas) para veículos que transportem pessoa com de deficiência física ou visual definidas no Decreto Federal nº 5.296/2004, sendo assegurada, no mínimo 01(uma vaga), em locais próximos à entrada principal ou ao elevador, de fácil acesso à circulação de pedestres, com especificações técnicas de desenho e traçado conforme o estabelecido nas normas técnicas de acessibilidade da ABNT.
- Vaga Especial para Pessoa Idosa: É assegurada para os idosos, nos termos da lei local, a reserva de 5% (cinco por cento) das vagas nos estacionamentos públicos e privados, as quais deverão ser posicionadas de forma a garantir a melhor comodidade ao referido usuário. (Lei Federal nº 10.741 / 2003 – Estatuto do Idoso)

Figura 02





- **<u>Mobiliário Urbano</u>**

São objetos, elementos e pequenas construções integrantes da paisagem urbana, de natureza utilitária ou não, que estão locados ao longo de todas as calçadas: telefones, lixeiras, placas e totens de sinalização, entre outros. (Ver NBR 9283/ABNT)

O referido Mobiliário deverá ser concebido de forma a garantir a aproximação, utilização, compreensão e alcance por todas as pessoas, com segurança e autonomia, de acordo com a legislação de acessibilidade existente no nosso país.

Segue adiante algumas recomendações sobre o Mobiliário Urbano:

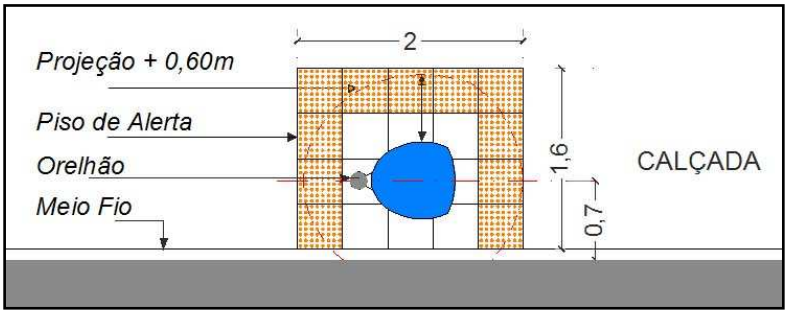
a) Posteação **-** A posteação deverá ser locada próxima ao meio fio, considerando que a faixa livre para a circulação do pedestre será próxima à divisa com os terrenos. A largura mínima necessária para a transposição do poste deve ser de 0,80m, desde que ele não possua dimensão longitudinal à calçada superior a 0,40m, conforme NBR 9050/ABNT.

As normativas locais de locação da posteação devem ser estudadas.

b) Orelhões e Lixeiras – Os telefones públicos deverão garantir a aproximação segura e o uso por pessoas com deficiência física, visual, intelectual, auditiva entre outras.

Devem ser sinalizados com piso tátil de alerta, os obstáculos suspensos entre 0,60 m e 2,10 m de altura do piso acabado, que tenham o volume maior na parte superior do que na base. A superfície a ser sinalizada deve exceder em 0,60m a projeção do obstáculo, em toda a superfície ou somente no perímetro desta, conforme NBR 9050/ABNT. Ver Figura 03.

Figura 03



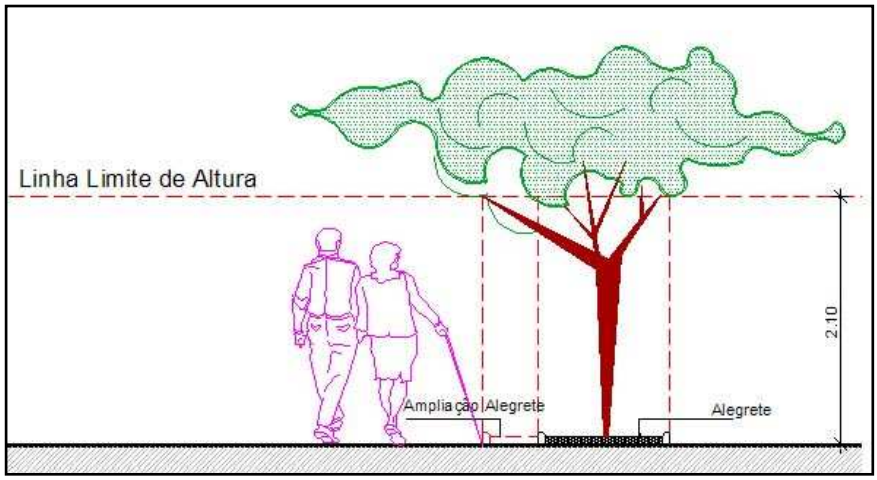
c) Caixas de Inspeção - As tampas de caixas de inspeção e de visita devem estar absolutamente niveladas com o piso onde se encontram. Elas devem ser firmes, estáveis e antiderrapantes sob qualquer condição e a eventual textura de sua superfície não pode ser similar à dos pisos táteis de alerta ou direcionais. Na existência de frestas, estas devem possuir dimensão máxima de 15 mm.

d) Vegetação - Os elementos da vegetação tais como ramos pendentes, plantas entouceiradas, galhos de arbustos e de árvores não devem interferir com a faixa livre de circulação. Nas áreas adjacentes à rota acessível não são recomendadas plantas dotadas de espinhos; produtoras de substâncias tóxicas; invasivas, com manutenção constante; que desprendam muitas folhas, flores, frutos ou substâncias que tornem o piso escorregadio; cujas raízes possam danificar o pavimento.

Muretas, orlas, grades ou desníveis no entorno da vegetação não devem interferir na faixa livre de circulação. Ao se plantar árvore, deve se ponderar o tamanho das raízes, a fim de não levantar a calçada.

Os galhos, cuja projeção esteja abaixo de 2,10m, devem ser sinalizados ou protegidos por guias de balizamento conforme Figura 04.

Figura 04



- **Acesso de Veículos aos Lotes**

No acesso dos veículos aos lotes deverá ser assegurada continuidade do passeio público, sendo proibido o rebaixamento da largura total da calçada. Deverá ser consultada a legislação municipal.

4.2 ACESSO E CIRCULAÇÃO - Áreas Internas

- **Circulação Horizontal e Acessos**

Nas edificações e equipamentos urbanos todas as entradas devem ser acessíveis, bem como as rotas de interligação às principais funções do edifício.

Na adaptação de edificações e equipamentos urbanos existentes deve ser previsto, no mínimo, um acesso vinculado através de rota acessível à circulação principal e às circulações de emergência, quando existirem.

a) Desníveis – Em *Rotas Acessíveis* os desníveis de qualquer natureza deverão ser evitados. As mudanças de nível do piso com altura de até 5mm não demandam tratamento especial, se elas tiverem alturas superiores a 5mm até 15mm devem ser tratadas em forma de rampa, com inclinação máxima de 1:2 (50%). Esses desníveis serão considerados como degraus e deverão ser sinalizados conforme a NBR 9050/ABNT.

b) Catracas - Pelo menos uma, do conjunto das catracas do acesso, deve ser acessível. A passagem por esta e os eventuais comandos acionáveis por usuários devem atender as recomendações da NBR 9050 da ABNT.

c) Sinalização Informativa - Prever sinalização informativa e direcional da localização das entradas acessíveis, de acordo com a ABNT.

d) Áreas de Uso Restrito / Serviço - Acessos de uso restrito, tais como carga e descarga, acesso a equipamentos de medição, guarda e coleta de lixo e outras com funções similares, não necessitam obrigatoriamente atender às condições de acessibilidade da NBR 9050/ABNT.

e) Portas - As portas, inclusive de elevadores, devem ter um vão livre mínimo de 0,80 m e altura mínima de 2,10 m. Em portas de duas ou mais folhas, pelo menos uma delas deve ter o vão livre de 0,80 m.

O mecanismo de acionamento das portas deve requerer força humana direta igual ou inferior a 36 N. Elas precisam ter condições de serem abertas com um único movimento e suas maçanetas devem ser do tipo alavanca, instaladas a uma altura

entre 0,90 m e 1,10 m. Quando localizadas em rotas acessíveis, recomenda-se que as portas tenham na sua parte inferior, inclusive no batente, revestimento resistente a impactos provocados por bengalas, muletas e cadeiras de rodas, até a altura de 0,40m a partir do piso.

As portas do tipo vaivém devem ter visor com largura mínima de 0,20 m, tendo sua face inferior situada entre 0,40m e 0,90m do piso, e a face superior no mínimo a 1,50m do piso. O visor deve estar localizado entre o eixo vertical central da porta e o lado oposto às dobradiças da porta.

Quando as portas forem providas de dispositivos de acionamento pelo usuário, estes devem estar instalados à altura entre 0,90m e 1,10m do piso acabado. Quando instalados no sentido de varredura da porta, os dispositivos devem distar entre 0,80m e 1,00m da área de abertura.

- **Circulação Vertical – Escada e Rampa**

Degraus e escadas fixas em rotas acessíveis devem estar associados à rampa ou ao equipamento de transporte vertical.

a) Corrimãos - Os corrimãos devem ser instalados, em rampas e escadas, em ambos os lados, a duas alturas: 0,92m e 0,70m do piso, medidos da face superior do corrimão até o piso. Eles devem ter largura entre 3,0cm e 4,5cm, sem arestas vivas, sendo preferencialmente de seção circular. Deve ser deixado um espaço livre de, no mínimo, 4,0cm entre a parede e o corrimão, para permitir boa empunhadura e deslizamento (observar para não interromper o deslize das mãos nos apoios das peças do corrimão). Eles devem ser contínuos, sem interrupção nos patamares das escadas.

Os corrimãos laterais devem prolongar-se pelo menos 30cm antes do início e após o término da escada, sem interferir com áreas de circulação ou prejudicar a vazão. Suas extremidades devem ter acabamento recurvado, ser fixadas ou justapostas à parede ou piso, ou ainda ter desenho contínuo, sem protuberâncias.

Para degraus isolados e escadas, a altura dos corrimãos deve ser de 0,92m do piso, medidos de sua geratriz superior.

Guarda-Corpo - Observar que em escadas e rampas que não forem isoladas das áreas adjacentes por paredes, estas devem dispor de guarda-corpo associado ao corrimão, de acordo com normas do Corpo de Bombeiros local.

b) Sinalização - A sinalização tátil de alerta deve ser instalada perpendicularmente ao sentido de deslocamento, no início e término de escadas e rampas, em cor contrastante com a do piso, com largura entre 0,25m a 0,60m, afastada de 0,32m no máximo do ponto onde ocorre a mudança do plano. É recomendável que os corrimãos de escadas e rampas sejam sinalizados através de: anel com textura contrastante com a superfície do corrimão, instalado 1,00m antes das extremidades e sinalização em Braille, informando sobre os pavimentos no início e no final das escadas fixas e rampas, instalada na geratriz superior do prolongamento horizontal do corrimão.

c) Degraus - Todo degrau ou escada deve ter sinalização visual na borda do piso, em cor contrastante com a do acabamento de acordo com as normas da ABNT.

d) Rampas - Inclinações superiores a 5% são consideradas como Rampa.

Recomendações da NBR 9050/ABNT:

Inclinação das Rampas – As inclinações (i) deverão ser calculadas segundo a seguinte equação:

Equação para o Cálculo das Inclinações

$$i = \frac{h \times 100}{c}$$

h – altura

c - comprimento

Tabela de Inclinações

Inclinação **i** em **%**	desnível a vencer **h** em **m**	Nº máximo de segmentos
5% (1:20)	1,50m	sem limite
5,00% (1:20)≤ i < 6,25%(1:16)	1,00m	sem limite
6,25% (1:16)≤ i ≤ 8,33%(1:12)	0,80m	15

- **<u>Sanitários</u>** - Nas edificações de uso público a serem construídas, os sanitários destinados ao uso por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida serão distribuídos na razão de, no mínimo, uma cabine para cada sexo em cada pavimento da edificação, com entrada independente dos sanitários coletivos, obedecendo às normas técnicas de acessibilidade da ABNT. Ver Decreto Federal nº 5.296/2004.
- **<u>Auditórios</u> -** Os auditórios devem possuir, na área destinada ao público, espaços reservados às pessoas com deficiência e mobilidade reduzida, de acordo com a legislação vigente. Observar a hierarquia desses instrumentos legais.

- **<u>Mobiliário Interno</u> -** Todos os elementos do mobiliário interno como móveis, bebedouros, guichês, balcões de atendimento entre outros, devem ser acessíveis, garantindo-se as áreas de aproximação e manobra e as faixas de alcance manual, visual e auditivo.

4.3 INFORMAÇÃO E SINALIZAÇÃO

As informações essenciais aos espaços internos e externos das edificações devem ser sinalizadas de forma visual, tátil, gestual e sonora. Devem ser autoexplicativas e legíveis para todos, inclusive às pessoas com deficiência.

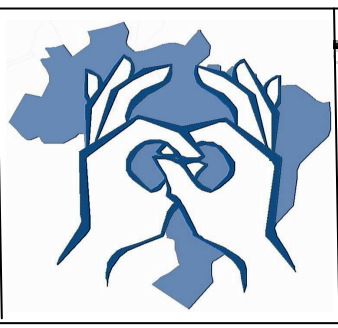
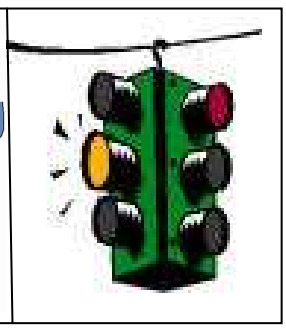
A informação deve ser localizada de forma a identificar as funções e serviços disponibilizados nos ambientes.

Nas edificações deverão ser sinalizados os elementos essenciais, tais como: acesso, recepção, portas, circulação horizontal e vertical, sanitários e rotas de fuga.

A sinalização deve estar disposta em locais acessíveis, de forma que possa ser compreendida por todas as pessoas.

Elementos de orientação e direcionamento, como pisos e maquetes táteis, devem ser instalados como forma de orientação.

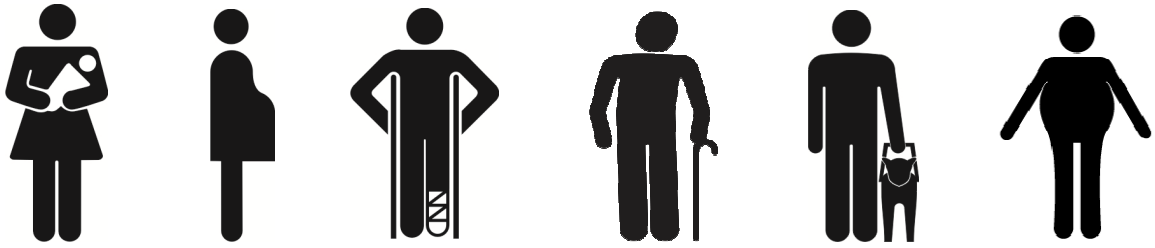
Para uma correta implantação da informação e sinalização nas edificações e meios deverão ser consultadas as *Normas Brasileiras de Acessibilidade da ABNT*.

visual	tátil	gestual	sonora
			

4.4 ATENDIMENTO PRIORITÁRIO

Prioridade de Atendimento - O atendimento prioritário compreende tratamento diferenciado e atendimento imediato às pessoas com deficiência e às pessoas com mobilidade reduzida.

Sinalização de Atendimento Prioritário



1. RECOMENDAÇÕES GERAIS

ÁREAS DE RESPONSABILIDADE DO **PODER PÚBLICO**

PLANTA DE SITUAÇÃO E ENTORNO

Deve apresentar uma **Rota Acessíve**l e procurar esclarecer as responsabilidades do poder público e do proprietário do lote, para que haja o envolvimento dos atores necessários à implantação de uma UBS.

A **Rota Acessível** é representada por uma linha grossa na cor vermelha que liga o equipamento urbano (UBS), aos pontos de acesso dos **transportes coletivos**. Ela prevê as **faixas de travessia dos pedestres**, dando as opções de travessia no nível da faixa de rolamento e travessia elevada. (*Essa opção está sendo regulamentada pelo CONTRAN, em fase final de ajuste).*

Recomenda a locação, pelo órgão municipal de circulação e trânsito, de **vagas para estacionamento em vias públicas.** Deve apresentar um levantamento da situação de **conservação das calçadas** do entorno. Indicar análise da locação do **mobiliário urbano**, postes de iluminação, sinalização, telefone público, caixas de inspeção, lixeiras entre outros. E por fim citar a importância do ordenamento, pelo município, do acesso de veículos aos lotes e aos estacionamentos.

RECOMENDAÇÕES:

01 . CIRCULAÇÃO DAS PESSOAS - Prever ROTA contínua, desobstruída e sinalizada que permita às pessoas transitar entre o transporte público, as edificações e os espaços de interesse, para que elas possam desenvolver sua vida diária com normalidade e independência.

02 . CALÇADAS - Elas devem ser construídas sem desnível, com faixa de circulação recomendável de 1,50m, sendo o mínimo admissível de 1,20m, livre de barreiras, completamente desobstruídas e isentas de interferências como, vegetação, mobiliário urbano, equipamentos de infraestrutura urbana aflorados, (postes, armários de equipamentos, e outros), orlas de árvores e jardineiras, rebaixamentos para acesso de veículos, bem como qualquer outro tipo de interferência ou obstáculo que reduza a largura da faixa livre. Garantir piso liso antiderrapante, mesmo quando molhado. Trabalhar sempre que possível com declividades menores que 5%, no sentido longitudinal e com declividade transversal para escoamento de águas pluviais de não mais de 3%. A inclinação longitudinal deve sempre acompanhar a inclinação das vias lindeiras.

03 . ABRIGOS DE ÔNIBUS - Todos os abrigos em pontos de embarque e desembarque de transporte coletivo devem ser acessíveis para as pessoas com deficiência e mobilidade reduzida. Nos abrigos devem ser previstos assentos fixos para descanso e espaço para pessoa em cadeira de rodas, esses assentos não devem interferir com a faixa livre de circulação.

04 . TRAVESSIAS - Definir e sinalizar as faixas de travessia das pessoas em função dos principais fluxos existentes. Não deverá existir desnível entre a calçada e a faixa de travessia, para vencer os desníveis existentes trabalhar com faixas elevadas ou rebaixamento de calçada.

Obs.: As definições das travessias das pessoas fazem parte do Sistema de Circulação das cidades e deverão ser definidas pelo Departamento de Circulação e Transito dos municípios. A circulação do pedestre deverá ser priorizada com relação aos outros modais de transporte de acordo com o Código Brasileiro de Trânsito .

05 . ESTACIONAMENTO EM VIAS PÚBLICAS - Nos estacionamentos localizados nas vias públicas, serão reservados, pelo menos, 2% (dois por cento do total de vagas) para veículos que transportem pessoa com de deficiência física ou visual definidas no Decreto Federal 5.296/2004,

06 . ACESSO DE VEÍCULOS AOS LOTES - No acesso dos veículos aos lotes deverá ser assegurada continuidade do passeio público e a faixa livre de circulação do pedestre, de acordo com as normas brasileiras da ABNT, sendo proibido o rebaixamento da largura total da calçada. Deverá ser consultada a legislação municipal.

07 . MOBILIÁRIO URBANO - Telefones, lixeiras, placas e totens de sinalização, entre outros, serão concebidos de forma a garantir a utilização, compreensão e alcance por todas as pessoas, com segurança e autonomia, de acordo com a NBR 9050/ABNT.

08 . JARDIM - Detalhar alegrete das árvores e cuidar para que nenhum galho esteja com uma altura inferior a 2,10m. Observar também a utilização da vegetação nas jardineiras para que estas não possuam espinhos nem liberem substâncias tóxicas.

ÁREAS DE RESPONSABILIDADE DO **PROPRIETÁRIO DO LOTE**

PLANTA BAIXA

Esse desenho deve conter observações sobre as **calçadas lindeiras ao lote,** e como trabalhar o mobiliário urbano existente nesse trecho. Esclarecer a utilização dos pisos táteis de alerta e direcional. Recomendar o levantamento topográfico do terreno e da calçada lindeira para a definição das diferenças de níveis existentes entre as áreas

externas e internas da edificação para que seja feito o cálculo das inclinações das circulações de acesso. Detalhar os acessos ao lote de pessoas e carros.

RECOMENDAÇÕES:

01 . ESCADAS e RAMPAS EXTERNAS - Para vencer desníveis existentes no acesso principal as Unidades Básicas de Saúde, além de trabalhar com RAMPA suave garantindo um acesso em nível para a edificação propor também ESCADA.

As Escada e Rampas devem atender às recomendações da NBR 9050/ABNT.

02 . SINALIZAÇÃO - As informações essenciais aos espaços devem ser sinalizadas de forma visual, tátil e sonora. Utilizar a sinalização tátil direcional onde não existir balizamento. Disponibilizar maquetes, mapas táteis e folders com as informações necessárias à utilização dos espaços e serviços oferecidos.

03 . ESTACIONAMENTO DE VEÍCULOS - Prever vaga especial para estacionamento das pessoas com deficiência e mobilidade reduzida com acesso em nível até às edificações, atendendo às recomendações da NBR 9050/ABNT e ao Estatuto do Idoso.

04 . MOBILIÁRIO URBANO - Telefones, lixeiras, placas e totens de sinalização, entre outros, serão concebidos de forma a garantir a utilização, compreensão e alcance por todas as pessoas, com segurança e autonomia, de acordo com a NBR 9050/ABNT.

05 . JARDIM - Detalhar alegrete das árvores e cuidar para que nenhum galho esteja com uma altura inferior a 2,10m.

Observar também a utilização da vegetação nas jardineiras para que estas não possuam espinhos nem liberem substâncias tóxicas.

06 . PORTAS - As portas, devem ter um vão livre mínimo de 0,80 m e altura mínima de 2,10 m. Em portas de duas ou mais folhas, pelo menos uma delas deve ter o vão livre de 0,80 m. Elas precisam ter condições de serem abertas com um único movimento e suas maçanetas que devem ser do tipo alavanca, instaladas a uma altura entre 0,90 m e 1,10 m. Devem permitir a aproximação de uma cadeira de rodas. Usar sinalização visual e tátil de acordo com as Normas da ABNT.

07 . MOBILIÁRIO DA RECEPÇÃO E ESPERA - Todo o mobiliário utilizado nos ambientes deverão estar em acordo com as Normas de Acessibilidade da ABNT

DETALHES DOS SANITÁRIOS E COPA / VESTIÁRIAS FUNCIONÁRIOS

RECOMENDAÇÕES:

01 . PORTA - Puxador horizontal instalado a uma altura de 0,90m. Maçaneta tipo alavanca, instalada a altura entre 0,80m e 1,00m. Informação Visual a 1,40m de altura. Informação tátil na parede.

02 . INTERRUPTOR - Altura entre 0,60m e 1,00m do piso.

03 . DESCARGA - Deverá estar a uma altura de 1,00m do piso.

04 . BARRAS DE APOIO - Comprimento mínimo de 0,80m fixadas a 0,75m de altura do piso

05 . BALCÃO - Deverá ter altura entre 0,78m e 0,80m e garantir uma altura mínima abaixo da sua testeira de no mínimo 0,73m do piso.

06 . TORNEIRA: Acionada por alavanca ou sensor eletrônico .

07 . ESPELHO - Deverá ser instalado a uma altura máxima de 0,90m do piso com altura mínima de 1,80m.

08 . ACESSÓRIOS: Deverão ser instalados a uma altura entre 0,80m e 1,20m e a papeleira deverá ter altura entre 1,00m e 1,20m do piso.

DETALHES DA ESCADA E DA RAMPA

RECOMENDAÇÕES:

01 . ESCADAS e RAMPAS EXTERNAS - Para vencer desníveis existentes no acesso principal as Unidades Básicas de Saúde, além de trabalhar com RAMPA suave garantindo um acesso em nível para a edificação propor também ESCADA.

As Escada e Rampas devem atender às recomendações da NBR 9050/ABNT.

02 . SINALIZAÇÃO - As informações essenciais aos espaços devem ser sinalizadas de forma visual, tátil e sonora. Utilizar a sinalização tátil direcional onde não existir balizamento. Disponibilizar maquetes, mapas táteis e folders com as informações necessárias à utilização dos espaços e serviços oferecidos.

03 . ESTACIONAMENTO DE VEÍCULOS - Prever vaga especial para estacionamento das pessoas com deficiência e mobilidade reduzida com acesso em nível até às edificações, atendendo às recomendações da NBR 9050/ABNT e ao Estatuto do Idoso.

04 . MOBILIÁRIO URBANO - Telefones, lixeiras, placas e totens de sinalização, entre outros, serão concebidos de forma a garantir a utilização, compreensão e alcance por todas as pessoas, com segurança e autonomia, de acordo com a NBR 9050/ABNT.

05 . JARDIM - Detalhar alegrete das árvores e cuidar para que nenhum galho esteja com uma altura inferior a 2,10m.

Observar também a utilização da vegetação nas jardineiras para que estas não possuam espinhos nem liberem substâncias tóxicas.

06 . PORTAS - As portas, devem ter um vão livre mínimo de 0,80 m e altura mínima de 2,10 m. Em portas de duas ou mais folhas, pelo menos uma delas deve ter o vão livre de 0,80 m. Elas precisam ter condições de serem abertas com um único movimento e suas maçanetas que devem ser do tipo alavanca, instaladas a uma altura entre 0,90 m e 1,10 m. Devem permitir a aproximação de uma cadeira de rodas. Usar sinalização visual e tátil de acordo com as Normas da ABNT.

07 . MOBILIÁRIO DA RECEPÇÃO E ESPERA - Todo o mobiliário utilizado nos ambientes deverão estar em acordo com as Normas de Acessibilidade da ABNT

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre as condições para 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 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. *(“Caput” do artigo com redação dada pela Lei nº 12.864, de 24/9/2013)*

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.

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).

Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo:

I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde;

II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados;

III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.466, de 24/8/2011)*

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.

§ 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.

§ 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. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.466, de 24/8/2011)*

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;

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.

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.

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
(Capítulo acrescido pela Lei nº 9.836 de 23/9/1999)

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. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

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. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. (Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

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. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado.

§ 1º O Subsistema de que trata o *caput* deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

§ 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.

§ 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. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

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. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

CAPÍTULO VI
DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR
(Capítulo acrescido pela Lei nº 10.424, de 15/4/2002)

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar.

§ 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 domícilio.

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. *(Artigo acrescido pela Lei nº 10.424, de 15/4/2002)*

CAPÍTULO VII
DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO
(Capítulo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005)

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. *("Caput" do artigo artigo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005)*

§ 1º O acompanhante de que trata o *caput* deste artigo será indicado pela parturiente. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005)*

§ 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. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005)*

§ 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. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.895, de 18/12/2013)*

Art. 19-L *(VETADO na Lei nº 11.108, de 7/4/2005)*

CAPÍTULO VIII
DA ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA E DA INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA EM SAÚDE
(Capítulo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)

Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea *d* do inciso I do art. 6º consiste em:

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 agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P;

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. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)*

Art. 19-N. Para os efeitos do disposto no art. 19-M, são adotadas as seguintes definições:

I - produtos de interesse para a saúde: órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos;

II - protocolo clínico e diretriz terapêutica: documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo 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. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)*

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 agravo 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.

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 agravo à saúde de que trata o protocolo. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)*

Art. 19-P. Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada:

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;

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;

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. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)*

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.

§ 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.

§ 2º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente:

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

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

ou hospitalar, quando cabível. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)*

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.

§ 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:

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;

II - (VETADO);

III - realização de consulta pública que inclua a divulgação do parecer emitido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS;

IV - realização de audiência pública, antes da tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento.

§ 2º (VETADO). *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)*

Art. 19-S. *(VETADO na Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)*

Art. 19-T. São vedados, em todas as esferas de gestão do SUS:

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;

II - a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)*

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. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)*

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 permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos: *("Caput" do artigo com redação dada pela Lei nº 13.097, de 19/1/2015)*

I - doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos; *(Inciso acrescido pela Lei nº 13.097, de 19/1/2015)*

II - pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar:

a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e

b) ações e pesquisas de planejamento familiar; *(Inciso acrescido pela Lei nº 13.097, de 19/1/2015)*

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 *(Inciso acrescido pela Lei nº 13.097, de 19/1/2015)*

IV - demais casos previstos em legislação específica. *(Inciso acrescido pela Lei nº 13.097, de 19/1/2015)*

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 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 qüinqüenal de investimentos da rede;

VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1º *(Revogado pela Lei Complementar nº 141, de 13/1/2012)*

§ 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 gerência 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, ressalvando-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 analises clínicas, anatomia patológica e de diagnóstico por imagem e são livres à participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros. *(Artigo acrescido pela Lei nº 13.097, de 19/1/2015)*

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