

Investigado: Município de Peruíbe

RECOMENDAÇÃO ADMINISTRATIVA

Considerando que incumbe ao Ministério Público a defesa do patrimônio público e social, da moralidade e eficiência administrativas, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos, na forma do artigo 127, *caput*, e artigo 129, inciso III, ambos da Constituição da República, bem como do artigo 25, inciso IV, alínea “a”, da Lei 8.625/93.

Considerando a relevância e a magnitude das atribuições conferidas ao Ministério Público no tocante à defesa do patrimônio público, por força do artigo 129, inciso III, da Constituição da República e das disposições da Lei 7.347/85.

Considerando a atuação preventiva, fiscalizatória e repressiva do Ministério Público e que a recomendação é instrumento destinado à orientação de órgãos públicos ou privados, para que sejam cumpridas normas relativas a direitos e deveres assegurados ou decorrentes das Constituições Federal e Estadual e serviços de relevância pública e social.

No bojo do inquérito civil nº 14.0375.0001218/2015-7 (que trata da Unidade Básica de Saúde Jardim Veneza), em trâmite nesta 3ª Promotoria de Justiça de Peruíbe, foram constatadas graves irregularidades relativas à saúde pública local, especificamente (além de outras):

-Fiação exposta, extintores de incêndio não fixados, falta de telas nas janelas, falta de ralos do tipo escamoteável, ferrugem em macas, braçadeiras e armários, falta de abrigo externo para lixo, falta de limpeza na área externa, janelas e portas quebradas, falta de cortina e prateleira, falta de reparo na pia da sala de vacina (Vigilância Sanitária municipal - fls. 42/46). Falta de sabão líquido e papel toalha nos devidos suportes, álcool em gel; ausência de aparelhos de ar condicionado nos ambientes; foram encontradas máscaras inalatórias expostas sobre a mesa, recipiente com produto para desinfecção das máscaras sem identificação do produto utilizado e validade; identificou-se a presença de botijão de GLP dentro da copa; foram localizados extintores fora do prazo de validade e sem condições de uso (Vigilância Sanitária municipal - fls. 175/179).

-Farmácia: a sala não dispõe de climatização, não havia medicamentos psicotrópicos; manutenção de agulhas em frascos, inexistência de data de abertura e validade; as pinças utilizadas para curativos são lavadas somente com água e sabonete comum. Não há solução desincrostante, escovas, luvas de borracha, máscara e avental; falta de pias exclusivas para a lavagem das mãos; inaladores expostos, sem proteção contra poeira e insetos; frasco com hipoclorito de sódio para a desinfecção dos inaladores sem tampa; más condições (ferrugem) do carro auxiliar; havia uma caixa de papelão contendo duas bolsas insufláveis e duas máscaras de ventilação facial, sendo uma adulto e uma infantil, com presença de bolor e odor fétido (os equipamentos de ventilação para suporte básico da vida

devem ser mantidos em condições adequadas de uso, contendo identificação da data de desinfecção, validade e profissional responsável, além de serem acondicionados em local de fácil acesso e de conhecimento de toda a equipe); os circuitos de inaladores devem ser trocados a cada paciente, para evitar risco de infecção; falta de tampas nas lixeiras; foram encontradas almotolias com solução fisiológica e produtos químicos vencidos e sem a identificação do profissional responsável (Conselho Regional de Enfermagem – fls. 58/62).

-Falta de assistência farmacêutica na farmácia, em afronta à Lei nº 13.021/14; dispensação de medicamentos feita pela equipe técnica de enfermagem; farmácia com ambiente pouco ventilado; falta de ambiente climatizado; ausência de mecanismos de controle de temperatura/umidade ambiente; ausência de proteção contra a incidência da luz solar; ausência de telas de proteção contra a entrada de insetos nas janelas (Conselho Regional de Farmácia – fls. 96/100).

-Precário estado de conservação predial. Há pontos de infiltração e rachaduras em paredes e tetos. Climatização inadequada dos ambientes. Área física inadequada para realização das atividades inerentes ao serviço. Ausência de balança atropométrica, negatoscópio, martelo para exame neurológico; inexistência de local específico para atendimento a emergências; inexistência de laringoscópio adulto e infantil, Ambu adulto, Cânulas de Guedel, aspirador de secreções. Não havia drogas preconizadas para atendimento às urgências, tais como: adrenalina, amiodarona, atropina, diazepam, fenobarbital, insulina deslanosideo, dobutamina, dopamina. Não havia caixa de medicamentos de urgência; falta de lixeira com tampa; ausência de material básico para curativo; não há farmacêutico responsável e a dispensação é realizada por auxiliar de

enfermagem; não há sala de esterilização. Há necessidade de local próprio, medicamentos, material e equipamentos para atendimento às urgências e emergências básicas (Conselho Regional de Medicina – fls. 136/141).

O Município informou a fls. 196 que “o registro da unidade foi devidamente encaminhado ao CREMESP”; que “foram feitas as adequações solicitadas” pela Vigilância Sanitária; que “estão sendo feitas as adequações e capacitação das equipes para os atendimentos de urgência/emergência”.

Ocorre que a Vigilância Sanitária realizou nova vistoria no local e constatou que (fls. 286/291 e 334/338) apenas duas exigências foram atendidas (fls. 335).

O Conselho Regional de Farmácia também confirmou que as irregularidades persistem (fls. 329/330).

Em nova inspeção (fls. 342/355), o Conselho Regional de Enfermagem verificou que: são utilizados materiais descartáveis, pois o material esterilizado (encaminhado para a Unidade de Pronto Atendimento - UPA) foi extraviado. Não houve reposição do material. Para a retirada dos pontos são utilizados bisturis; ausência de realização do teste rápido de sífilis, hepatite e HIV, pois a unidade nunca recebeu os kits necessários para a realização desses testes; ausência de geladeira própria para o armazenamento dos kits; ausência de pia para a lavagem das mãos e de suporte para a caixa de descarte de materiais perfurocortantes; os inaladores ficam sobre a bancada de trabalho, sem proteção contra poeira e insetos; o frasco com hipoclorito de sódio para a desinfecção dos inaladores não possui tampa; os circuitos de inaladores acoplados à rede de ar

comprimido e ao cilindro de oxigênio não são trocados a cada paciente, expondo os usuários ao risco de infecções por contato e respiratória; a máscara de inalação continha resíduo esbranquiçado; o aparelho de ar condicionado da sala de vacinas está quebrado desde fevereiro de 2017 (solicitou-se o conserto, que não foi realizado até o momento); lixeiras sem tampas; bebedouro público não funciona; ausência de papel toalha e sabão líquido; seringa acoplada em bolsa de solução fisiológica, propiciando risco de contaminação do produto; utilização de almotolia sem rotina de troca/desinfecção; almotolia sem rotina de troca, sem data de validade; más condições de conservação do suporte utilizado para coleta de sangue e da escada.

Considerando que, para Hely Lopes Meirelles: “A **legalidade**, como princípio de administração (CF, art. 37, *caput*), significa que o administrador público está, em toda a sua atividade funcional, sujeito aos mandamentos da lei e às exigências do bem comum, e deles não se pode afastar ou desviar, sob pena de praticar ato inválido e expor-se a responsabilidade disciplinar, civil e criminal, conforme o caso”². E continua: “A eficácia de toda atividade administrativa está condicionada ao atendimento da Lei e do Direito” (Direito Administrativo Brasileiro, Malheiros, 2005, pg. 52).

Considerando que, em relação ao **princípio da moralidade**, o Supremo Tribunal Federal já decidiu que: ”A atividade estatal, qualquer que seja o domínio institucional de sua incidência, está necessariamente subordinada à observância de parâmetros éticos jurídicos que se refletem na consagração constitucional do princípio da moralidade administrativa. Esse postulado fundamental, que rege a atuação do Poder Público, confere substância e dá expressão a uma pauta de valores éticos sobre os quais se funda a ordem positiva

do Estado. O princípio constitucional da moralidade administrativa, ao impor limitações ao exercício do poder estatal, legitima o controle jurisdicional de todos os atos do Poder Público que transgridam os valores éticos que devem pautar o comportamento dos agentes e órgãos governamentais”. (ADI 2.661 MC, Rel. Min. Celso de Mello. DJ 23/08/02).

Considerando que, conforme lição lapidar de Kildare Gonçalves: “O princípio da eficiência foi introduzido pela Emenda Constitucional nº 19/ 98. Relaciona-se com as normas da boa administração no sentido de que a administração Pública, em todos os seus setores, deve concretizar suas atividades com vistas a extrair o maior número possível de efeitos positivos ao administrado, sopesando a relação custo benefício, buscando a excelência de recursos, enfim, dotando de maior eficácia possível as ações do Estado” (Direito Constitucional Didático, p 303).

De acordo com o disposto no artigo 196 da Constituição da República, a saúde é um direito de todos, de índole social e fundamental, e dever do Estado.

Tal preceito constitucional, desdobramento do direito fundamental à vida (artigo 5º, “caput”, da Constituição da República) e de dois dos princípios fundamentais da República Federativa do Brasil (cidadania, art. 1º, II, e dignidade da pessoa humana, art. 1º, III), traduz norma de eficácia plena, a irradiar integral e imediatamente seus efeitos no ordenamento jurídico.

A Constituição da República consagra, em seu artigo 1º, que a República Federativa do Brasil, constituindo-se em um Estado Democrático de

Direito, tem como princípio fundamental a dignidade da pessoa humana. Corolário desse princípio é o direito à vida e o direito à saúde que devem ser assegurados a todos os cidadãos. Para atingir esse objetivo, no entanto, o Estado, através da administração pública, deve agir na mais estrita observância dos princípios da legalidade, moralidade e eficiência. Além disso, dispõe o artigo 196 da Carta Magna que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Corroborando tais dispositivos, temos os artigos 6º, *caput*, e 194, ambos da Constituição da República.

O artigo 197, também da Constituição da República, bem como o art. 220, da Constituição do Estado de São Paulo, estabelecem que “são de relevância pública as ações e os serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre a sua regulamentação, fiscalização e controle”.

O inciso II, do artigo 7º, da Lei nº 8.080/1990 prescreve a “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.

O artigo 219, parágrafo único, da Constituição Estadual determina que incumbe ao Poder Público Estadual e Municipal a garantia integral e universal do direito à saúde e o acesso, em todos os níveis, às ações e aos serviços de saúde.

O Código de Saúde do Estado de São Paulo - Lei Complementar Estadual nº 791/95 -, não bastasse o exposto, estabelece, em seu artigo 2º, § 1º, que o direito à saúde é inerente à pessoa humana, constituindo-se em direito público subjetivo.

O art. 2º do Código do Consumidor prescreve que *“consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final”*.

E o art. 6º, inc. I, do Código do Consumidor, assim dispõe:

“Art. 6º. São direitos básicos do consumidor: I – a proteção da vida, saúde e segurança contra os riscos provocados por práticas no fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos ou nocivos”.

Por sua vez, o art. 22 do Código de Defesa do Consumidor determina que: ***“Os órgãos públicos, por si ou suas empresas, concessionárias, permissionárias ou sob qualquer outra forma de empreendimento, são obrigados a fornecer serviços adequados, eficientes, seguros e, quanto aos essenciais, contínuos”***.

Importante registrar que “a **saúde** tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o **acesso aos bens e serviços essenciais**” (artigo 3º, da Lei nº 8.080/1990).

E mais, “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (artigo 2º, da Lei nº 8.080/1990), obrigação que compreende a “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” (artigo 2º, § 1º, da Lei nº 8.080/1990).

A saúde é um direito fundamental e social sem o qual a vida não prospera nem subsiste.

O artigo 12 do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Culturais e Sociais, dispõe que “1. Os Estados-partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda a pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental” e que “2. As medidas que os Estados-partes no presente Pacto deverão adotar, com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito, incluirão as medidas que se façam necessárias de assegurar: d) A criação de condições que assegurem a todos assistência médica”.

Nos termos da Portaria nº 2.488/2011 (que aprova a Política Nacional de Atenção Básica) do Ministério da Saúde, “a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância

em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos”. (...). “Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral”.

Eis alguns pontos da Portaria nº 2.488/2011 do Ministério da Saúde que foram (e estão sendo) violados:

Das responsabilidades

III - **Garantir a infraestrutura necessária** ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, de acordo com suas responsabilidades

VI - Desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de **qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, valorizar os profissionais de saúde estimulando e viabilizando a formação e educação permanente dos profissionais** das equipes, a **garantia de direitos trabalhistas e previdenciários**, a qualificação dos vínculos de trabalho e a implantação de carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados aos usuários.

Compete às Secretarias Municipais de Saúde

X - Garantir a estrutura física necessária para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas, podendo contar com apoio técnico e/ou financeiro das Secretarias de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde;

XI - Garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas;

XII - Programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial e de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local.

Da infraestrutura e funcionamento da Atenção Básica

São necessárias à realização das ações de Atenção Básica nos municípios e Distrito Federal:

I - Unidades Básicas de Saúde (UBS) construídas de acordo com as normas sanitárias e tendo como referência o manual de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/ MS;

II - As Unidades Básicas de Saúde:

a) Devem estar cadastradas no sistema de Cadastro Nacional vigente de acordo com as normas vigentes;

b) Recomenda-se que disponibilizem, conforme orientações e especificações do manual de **infraestrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/MS:**

1. Consultório médico/enfermagem, consultório odontológico e consultório com sanitário, sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea, sala de administração e gerência e sala de atividades coletivas para os profissionais da Atenção Básica;

2. Área de recepção, local para arquivos e registros, sala de procedimentos, sala de vacinas, área de dispensação de medicamentos e sala de armazenagem de medicamentos (quando há dispensação na UBS), sala de inalação coletiva, sala de procedimentos, sala de coleta, sala de curativos, sala de observação, entre outros:

III - **Manutenção regular da infraestrutura e dos equipamentos das Unidades Básicas de Saúde;**

IV - **Existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento das unidades básicas de saúde, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente** quando esta dispensação está prevista para serem realizadas naquela UBS;

V - **Equipes multiprofissionais compostas, conforme modalidade das equipes, por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários da Saúde, dentre outros**

profissionais em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população;

VI - Cadastro atualizado dos profissionais que compõe a equipe de atenção básica no sistema de Cadastro Nacional vigente de acordo com as normas vigentes e com as cargas horárias de trabalho informadas e exigidas para cada modalidade;

VII - Garantia pela gestão municipal, de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado resolutivo da população; e

VIII - Garantia pela gestão municipal, dos fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado.

Do Processo de trabalho das equipes de Atenção Básica

São características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica:

I - Definição do território de atuação e de população sob responsabilidade das UBS e das equipes;

II - Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de

frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias dificultando o acesso dos usuários;

III - Desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis;

IV - Realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências;

V - **Prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita;**

VI - Realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças, etc.) e outros espaços que comportem a ação planejada;

VII - Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;

VIII - Implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão tais como a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras;

IX - Participar do planejamento local de saúde assim como do monitoramento e a avaliação das ações na sua equipe, unidade e município; visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento frente às necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas;

X - Desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;

XI - Apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social; e

XII - Realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos.

Especificidades da equipe de saúde da família

São itens necessários à estratégia Saúde da Família:

I - Existência de equipe multiprofissional (equipe saúde da família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal;

II - O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;

III - Cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe;

IV - Cadastramento de cada profissional de saúde em apenas 01 (uma) ESF, exceção feita somente ao profissional médico que poderá atuar em no máximo 02 (duas) ESF e com carga horária total de 40 (quarenta) horas semanais; e

V - Carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de saúde da família, à exceção dos profissionais médicos, cuja jornada é descrita no próximo inciso. A jornada de 40 (quarenta) horas deve observar a necessidade de dedicação mínima de 32 (trinta e duas) horas da carga horária para atividades na equipe de saúde da família podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até 08 (oito) horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em saúde da família, residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial.

Serão admitidas também, além da inserção integral (40h), as seguintes modalidades de inserção dos profissionais médicos generalistas ou especialistas em saúde da família ou médicos de família e comunidade nas Equipes de Saúde da Família, com as respectivas equivalências de incentivo federal:

I - 2 (dois) médicos integrados a uma única equipe em uma mesma UBS, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 01 (um) médico com jornada de 40 horas semanais), com repasse integral do incentivo financeiro referente a uma equipe de saúde da família;

II - 3 (três) médicos integrados a uma equipe em uma mesma UBS, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 02 (dois) médicos com jornada de 40 horas, de duas equipes), com repasse integral do incentivo financeiro referente a duas equipes de saúde da família;

III - 4 (quatro) médicos integrados a uma equipe em uma mesma UBS, com carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 03 (três) médicos com jornada de 40 horas semanais, de três equipes), com repasse integral do incentivo financeiro referente a três equipes de saúde da família;

IV - 2 (dois) médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente jornada de 20 horas semanais, e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse mensal equivalente a 85% do incentivo financeiro referente a uma equipe de saúde da família; e

V - 1 (um) médico cumprindo jornada de 20 horas semanais e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse mensal equivalente a 60% do incentivo financeiro referente a uma equipe de saúde da família. Tendo em vista a presença do médico em horário parcial, o gestor municipal deve organizar os protocolos de atuação da equipe, os fluxos e a retaguarda assistencial, para atender a esta especificidade. Além disso, é recomendável que o número de usuários por equipe seja próximo de 2.500 pessoas. As equipes com esta configuração são denominadas Equipes Transitórias, pois, ainda que não tenham tempo mínimo estabelecido de permanência neste formato, é desejável que o gestor, tão logo tenha condições, transite para um dos formatos anteriores que preveem horas de médico disponíveis durante todo o tempo de funcionamento da equipe.

O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento das UBS devem ser organizados de modo que **garantam o maior acesso possível, o**

vínculo entre usuários e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado.

Nota-se claramente que a infraestrutura da Unidade Básica de Saúde Jardim Veneza é precária. Não há materiais, pessoal, medicamentos e insumos suficientes para o atendimento da demanda da população atendida, conforme amplamente exposto nos relatórios do Conselho Regional de Medicina, do Conselho Regional de Enfermagem e da Vigilância Sanitária.

Acrescente-se que “os direitos fundamentais à vida e à saúde são direitos subjetivos inalienáveis, constitucionalmente consagrados, cujo primado, em um Estado Democrático de Direito como o nosso, que reserva especial proteção à dignidade da pessoa humana, há de superar quaisquer espécies de restrições legais” (STJ; RECURSO EM MANDADO DE SEGURANÇA Nº 24.197 - PR (2007/0112500-5)).

O direito à saúde apresenta índole social e fundamental e *status* constitucional. Pode ser ampliado, jamais restringido.

O “atendimento integral” é uma diretriz constitucional das ações e serviços públicos de saúde (art. 198).

Cabe ao **Município de Peruíbe** zelar pela correta prestação do serviço público na Unidade em questão, pois, conforme decidiu o Superior Tribunal de Justiça: *"ao Poder Executivo cabe o poder indeclinável de regulamentar e controlar os serviços públicos, exigindo sempre sua atualização e eficiência, de par com o exato cumprimento das condições*

impostas para a sua prestação ao público" (STJ - 1ª. T - RMS n. 7.730/96 - RS - Rel. Min. José Delgado, Diário da Justiça, Seção I, 27, out. 1997, p. 54.720).

O administrador está vinculado às políticas públicas, de modo que sua omissão é passível de responsabilização e sua margem de discricionariedade é mínima, que não contempla o não fazer. É inadmissível a análise da oportunidade e conveniência no campo da concretização de direitos fundamentais (incluídos os sociais) discriminados na Constituição da República, especialmente nos casos em que a omissão é apta a gerar danos à vida, saúde e integridade física de crianças e adolescentes.

A conveniência e a oportunidade (mérito do ato discricionário) encontram limites na legalidade, moralidade, razoabilidade e eficiência.

O Professor Hely Lopes Meirelles (in *Direito Administrativo Brasileiro*, Ed. RT, 16ª ed., 1991) define poder discricionário como o direito concedido à Administração de modo explícito ou implícito, para a prática de atos administrativos com liberdade na escolha de sua conveniência, oportunidade e conteúdo. Mais adiante o nobre jurista adverte que poder discricionário não se confunde com poder arbitrário. Discricionariedade e arbítrio são atitudes inteiramente diversas. Discricionariedade é liberdade de ação administrativa, dentro dos limites permitidos em lei; arbítrio é ação contrária ou excedente da lei. Ato discricionário, quando autorizado pelo direito, é legal e válido; ato arbitrário é sempre ilegítimo e inválido.

A população é titular do direito transindividual à prestação adequada, satisfatória e eficaz dos serviços públicos essenciais, tendo os prestadores de serviço o dever de executá-los. É inconcebível, dessa forma, que uma unidade de saúde (de responsabilidade do Município de Peruíbe) prejudique um direito pertencente a toda a coletividade, ignorando e descumprindo todo um ordenamento jurídico, elegendo procedimentos absolutamente incorretos e perigosos, omitindo-se em seu dever de prestar serviço de saúde - dito de relevância pública - de forma eficiente, adequada, contínua e segura.

Questões ligadas à previsão orçamentária já foram objeto de deliberação pela mais alta Corte do Brasil (Ministro Celso Mello, apreciando pedido de suspensão de liminar formulado pelo Estado de Santa Catarina, em petição n. 1246-1): “Entre proteger a inviolabilidade do direito à vida que se qualifica como direito subjetivo inalienável assegurado pela própria Constituição da República (art. 5º, caput), ou fazer prevalecer, contra essa prerrogativa fundamental, um interesse financeiro e secundário do Estado, entendo – uma vez configurado esse dilema – que razões de ordem ético-jurídica impõem ao julgador uma só e possível ação: o respeito indeclinável à vida”.

Não há que se falar em infração ao princípio da separação dos poderes, mesmo porque não se trata de mérito administrativo, ou seja, de um ato discricionário, mas sim de um poder-dever do Estado (em sentido amplo).

O Tribunal de Justiça de São Paulo assentou que: “A separação dos poderes é justamente a técnica pela qual o Poder é contido pelo próprio poder. É o sistema de freios e contrapesos (*checks and balances*, ou método das compensações), uma garantia de que os dogmas inseridos na Constituição

Federal e que representam a vontade da maioria do povo serão cumpridos inclusive pelo Poder Público. (...). ‘A discricionariedade administrativa não constitui óbice para a decisão jurisdicional, no caso de obrigação de fazer ou não fazer fundada em interesses do bem comum, porque a definição do que seja este não é exclusiva do Executivo, mas objetivo fundamental da República e seus Poderes’” (Câmara Especial, Ap. Civ. nº 097.863.0/2-00, Rel. Des. Theodoro Guimarães, j, 24.2.2003).

A teoria da reserva do possível reveste-se de um caráter contingente, somente sendo aplicável diante de certas condições: “primeira, a de que o mínimo vital esteja satisfeito (acesso à saúde, educação básica, etc.); segunda, a de que o Estado comprove gestões significativas para a realização do direito social reclamado; terceira, a avaliação de razoabilidade da demanda”. (NUNES JÚNIOR, 2009, p. 175). Em outras palavras, a teoria da reserva do possível não é oponível quando o ente político houver deixado de demonstrar, objetiva e concretamente, a falta de recursos orçamentários, pois, existentes estes, há o dever imperioso e primário de efetivação dos direitos fundamentais, inclusive os sociais, concebidos como os destinados a materializar o princípio da igualdade, propiciando meios eficientes para igualar aqueles que ocupam posições díspares.

O Superior Tribunal de Justiça já decidiu que “a reserva do possível não pode ser oposta à efetivação dos direitos fundamentais, já que não cabe ao administrador público preteri-la, visto que não é opção do governante, não é resultado de juízo discricionário, nem pode ser encarada como tema que depende unicamente da vontade política. Nem mesmo a vontade da maioria pode tratar tais direitos como secundários. Isso porque a democracia é, além dessa vontade, a realização dos direitos fundamentais. Portanto, aqueles direitos que estão intimamente ligados à dignidade humana não podem ser limitados em razão da

escassez, quando ela é fruto das escolhas do administrador. Não é por outra razão que se afirma não ser a reserva do possível oponível à realização do mínimo existencial. Seu conteúdo, que não se resume ao mínimo vital, abrange também as condições socioculturais que assegurem ao indivíduo um mínimo de inserção na vida social” (REsp 1.185.474-SC, Rel. Min. Humberto Martins, julgado em 20/4/2010).

Em atenção ao mínimo necessário ao funcionamento regular e contínuo da Unidade Básica de Saúde Jardim Veneza, o **MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO RECOMENDA** ao Excelentíssimo Senhor Prefeito Municipal de Peruíbe e ao Senhor Secretário de Saúde do município que, NO PRAZO DE 120 DIAS:

1-Providenciem a reposição dos materiais esterilizáveis (que foram extraviados);

2-Prestem orientações adequadas aos funcionários da unidade para a correta desinfecção de materiais;

3-Providenciem a efetiva prestação de atendimento a situações de urgência e emergência;

4-Providenciem kits para a realização do teste rápido de sífilis, hepatite e HIV para prevenir a infecção vertical do bebê;

5-Providenciem geladeiras apropriadas para armazenamento dos kits de teste rápido de sífilis, hepatite e HIV;

6-Providenciem pias próprias para a lavagem das mãos, sabão líquido, álcool em gel e papel toalha;

7-Providenciem recipientes adequados para o descarte de materiais perfurocortantes;

8-Providenciem o armazenamento adequado dos inaladores e frascos com hipoclorito e das máscaras e o manuseio adequado da bolsa de solução fisiológica;

9-Providenciem a troca a cada paciente dos circuitos de inaladores de ar comprimido e oxigênio, para evitar infecções por contato e respiratória;

10-Providenciem o conserto ou a substituição do aparelho de ar condicionado da sala de vacinas;

11-Providenciem o conserto do bebedouro público ou sua substituição;

12-Providenciem a manutenção ou substituição do carro auxiliar (que apresenta ferrugem) da sala de inalação/pré-consulta infantil

13-Providenciem trocas rotineiras e afixação de data de validade em almotolias;

14-Providenciem a conservação adequada do suporte utilizado para coleta de sangue e escada;

15-Providenciem equipamentos para monitoramento e controle de temperatura e umidade ambiente;

16-Providenciem balança antropométrica, negatoscópio e martelo para exame neurológico nos consultórios;

17-Providenciem laringoscópio adulto e infantil, Ambu adulto, Cânulas de Guedel, aspirador de secreções;

18-Providenciem o abastecimento contínuo, adequado e tempestivo dos insumos, curativos e dos medicamentos básicos e para atender situações de emergência e urgência, tais como: Enalapril 10mg e 20mg; Paracetamol comprimido; Neomicina pomada; Mebendazol solução e comprimido; Atenolol 25mg; Vitaminas A e D; Nistatina; Carbocisteína; Dexametasona; Dexclorfeniramina; Hidróxido de Alumínio; e Salbutamol; adrenalina, amiodarona, atropina, diazepam, fenobarbital, insulina deslanosideo, dobutamina, dopamina, caixa de medicamentos de urgência;

19-Providenciem equipamentos, medicamentos e insumos adequados para o atendimento às urgências e emergências, como aludido na Portaria 2048/2002 e também na Portaria 2488/2011;

20-Providenciem assistência farmacêutica (Lei nº 13.021/14) durante todo o horário de funcionamento da farmácia, destacando que a atividade

de dispensação de medicamentos é privativa do farmacêutico, conforme Decreto nº 85.878/81;

21-Proíbam a prática de fracionar irregularmente medicamentos com tesoura e regularizar os registros e/ou rastreabilidade dos medicamentos;

22-Providenciem o armazenamento dos medicamentos em local adequado, com o controle da temperatura;

23-Identifiquem o medicamento com nome, lote e validade;

24-Providenciem telas de proteção contra entrada de insetos nas janelas da unidade;

25-Proíbam a prática de realizar procedimentos considerados contaminados, como coleta de material biológico, juntamente com procedimentos limpos, para evitar risco de infecções relacionadas à assistência de enfermagem;

26-Providenciem e fiscalizem a correta e tempestiva esterilização dos equipamentos, contendo a data do processamento, validade e nome do profissional responsável;

27-Providenciem a troca de todos os vidros quebrados;

28-Providenciem e fiscalizem a correta identificação da data de troca das almotolias, validade e nome do profissional responsável;

29-Proibam a prática de deixar solução fisiológica aberta, com agulha e seringas acopladas, colocar data da abertura, validade e profissional responsável;

30-Providenciem lixeiras distintas de lixo comum e séptico, com tampa, em todos as salas e consultórios, abolindo a prática de utilizar caixas de papelão como lixeira;

31-Providenciem papel toalha, sabão líquido e álcool em gel para os profissionais e pacientes para secarem as mãos e papel higiênico;

32-Destinem locais distintos para armazenar lixo comum e séptico. O lixo séptico deve ser armazenado em local fechado, com acesso permitido somente a pessoas autorizadas;

33-Providenciem a regularização dos kits de sutura, de curativo e cuba rim, para evitar a expiração dos prazos de validade, com correta identificação do serviço e profissional responsável;

34-Resolvam o problema da fiação exposta;

35-Providenciem e fiscalizem o armazenamento do material esterilizado em local próprio e adequado;

36-Providenciem a identificação das datas de troca e validade nos circuitos de ar comprimido e frasco umidificador;

37-Eliminem a ferrugem ou providenciem a substituição das mesas enferrujadas;

38-Providenciem e fiscalizem a identificação das datas de abertura e validade nos frascos de solução fisiológica.

Necessária a integral observância da Lei nº 8.666/1993.

Necessária, ainda, a inclusão de dotação orçamentária suficiente na Lei de Diretrizes Orçamentárias para atender às adequações necessárias, vedada a dispensa e inexigibilidade de licitação.

Esta **RECOMENDAÇÃO** representa o mínimo necessário (não é limitação de responsabilidade) para o funcionamento adequado da Unidade Básica de Saúde Jardim Veneza e não afasta a observância de outras obrigações legais.

O descumprimento da presente recomendação acarretará a responsabilização por ato de improbidade administrativa, notadamente pela incidência nas hipóteses previstas na Lei nº 8.429/1992, sem prejuízo da adoção de outras providências extrajudiciais ou judiciais.

Os investigados deverão comprovar (nos autos do inquérito civil nº 14.0375.0001218/2015-7) documentalmente e por parecer (instruído com fotografia) do órgão municipal com atribuição, no prazo de 120 dias, o cumprimento das providências veiculadas nesta **RECOMENDAÇÃO**, conforme disposto no art. 27, parágrafo único, inciso IV, da Lei nº 8.625/93, sem excluir a

ação dos órgãos de fiscalização e do Ministério Público do Estado de São Paulo.

No prazo de 15 dias, os investigados devem dar
PUBLICIDADE a esta **RECOMENDAÇÃO**, comprovando referida providência nos autos do inquérito civil nº 14.0375.0001218/2015-7, nos termos do art. 27, parágrafo único, inciso IV, da Lei nº 8.625/93.

Peruíbe, 28 de julho de 2017.

Thiago Tavares Simoni Aily
3º Promotor de Justiça