

**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 14.0375.0001343/2015-3 (que trata da Unidade Básica de Saúde Vila Peruíbe), em trâmite nesta 3ª Promotoria de Justiça de Peruíbe, foram constatadas graves irregularidades relativas à saúde pública local, especificamente:

O ofício de fls. 262 indica que a unidade “passou por reforma e ampliação em 2014 e encontra-se com sua manutenção em dia”. “A unidade também conta com a equipe completa para o atendimento, com alvará da Vigilância Sanitária em dia e sem reclamações por parte da população. O serviço de higienização e limpeza já foi regularizado”. Informou-se que não é realizada a dispensação de medicamentos na unidade.

O relatório do CREMESP evidencia que, em vistoria realizada na data de 30/06/2015, foi constatado o seguinte (fls. 276/281): “não há número de registro no CREMESP”; não há responsável técnico. Trata-se “de unidade pública municipal, de administração direta da Secretaria da Saúde, a qual atende aos pacientes de sua área de abrangência em atenção básica e de média complexidade através da Estratégia de Saúde da Família. O horário de funcionamento é das 7 às 17 horas, de segunda a sexta-feira. Composta por uma única equipe da Estratégia da Saúde da Família, a qual atende os pacientes de sua região e da área da unidade da Barra do Uma. Segundo informações, a população assistida é de aproximadamente 3.000 pessoas”. Não há comissões obrigatórias. Há registro no CNES (2085798). “Local adaptado para função que exerce. Não está de acordo com a RDC 50/2002 e com o Manual de Estrutura Física das Unidades de Saúde da Família. 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”. Na recepção “não

há climatização, não há banheiro separado por sexo e adaptado para pacientes com necessidades especiais. Não há local adequado para que os pacientes aguardem a consulta, no corredor há duas cadeiras”. “Não há sala de administração e gerência, nem sala de reuniões e educação em saúde”. “Não há almoxarifado. Depositam os materiais nos consultórios e salas e armazenam os de maior volume na farmácia”. Nos consultórios não foi evidenciada a existência de “balança antropométrica, negatoscópio, martelo para exame neurológico”. “Não existe local específico para atendimento às emergências que eventualmente ocorram, como determina na Portaria 2048/2002. Não há larigoscópio 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”. Não há sala de vacina, “encaminham os pacientes para a Casa da Mulher”. Não há “sala de curativo/procedimento”. Quanto à farmácia, “o local é usado como depósito e dispensário de medicamentos. Não há farmacêutico responsável e a dispensação é realizada por auxiliar de enfermagem”. Não há escovário. O sanitário é único para funcionários e pacientes. “Não há banheiro para pessoas portadoras de necessidades especiais”. Não há sanitário para funcionários. “Depósito de materiais de limpeza: local desorganizado e sujo”. Não há sala de esterilização. “Não há abrigo para os resíduos infectantes, não há Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Saúde”. Não há depósito de lixo. “O lixo comum é depositado em sacos e colocado na área externa da Unidade”. Só foi evidenciado “o equipo odontológico”. Não há rotinas e processos escritos. Não foi possível avaliar a produção da unidade, “pois até o término do relatório” não foram enviadas as planilhas solicitadas. “Unidade não está registrada no CREMESP. Ausência de responsável técnico. Ausência de funcionário do serviço de higienização e limpeza. A edificação adaptada, de forma não adequada,

para as funções que exerce. Não está de acordo com as normas de construção de estabelecimentos de assistência à saúde e com o Manual de Estrutura Física de Unidades de Saúde da Família. Não há sala de vacina. Há uma única sala onde realizam pré-consulta, inalação, triagem e atendimento a eventuais urgências. Não há local, equipamentos e medicamentos adequados para o atendimento às urgências, como aludido na Portaria 2048/2002 e também na Portaria 2488/2011”. “Há necessidade de local próprio, medicamentos, material e equipamentos para atendimento às urgências e emergências básicas”. “A atuação de uma Comissão de Controle de Infecção em Estabelecimentos de Saúde poderia minimizar as inadequações apontadas no manejo do lixo e na implantação de um Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Saúde”.

O Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo esclareceu a fls. 303/307 que: “A farmácia” da unidade “permanece irregular, não possuindo assistência farmacêutica, em afronta à Lei nº 13.021/14, que preconiza a assistência farmacêutica durante todo o horário de funcionamento da farmácia, seja ela pública ou privada. Na inspeção realizada em 09.08.2016, a fiscalização do CRF/SP foi acompanhada pela médica, Dra. Sandra Regina Massaro, que subscreveu o termo de intimação/auto de infração nº 302051 e se apresentou como profissional responsável pela dispensação de medicamentos, sendo que tal atividade é privativa do farmacêutico, conforme Decreto nº 85.878/81, atuando em suposto desvio de função e usurpando competência de outro profissional regulamentado (farmacêutico). Cumpre ressaltar que o médico apenas poderia ser responsável pela guarda e dispensação de medicamento ‘amostra grátis’ cedido diretamente a ele pela indústria ou por distribuidora, nos termos da Resolução – RDC nº 60/09 da ANVISA. Na inspeção do CRF/SP não foi apresentada ao fiscal desta autarquia qualquer licença sanitária municipal válida”. “Verificou-se a persistência das

seguintes irregularidades sanitárias: a farmácia possui ventilação inadequada; não possui ambiente climatizado; não possui termohigrômetro para controle de temperatura/umidade ambiente; não possui telas de proteção contra entrada de insetos nas janelas; fracionamento irregular de medicamentos realizado com tesoura, sem registros e/ou rastreabilidade, em local inadequado e sem equipamento necessário, ficando o medicamento fracionado sem identificação com relação a nome, lote e validade, como verificado, por exemplo, com o medicamento Hidroclorotiazida 25 mg FURP”. “A farmácia não possui Plano de Gerenciamento de Resíduos de Sistema de Saúde - PGRSS”. “É incontroverso que a farmácia municipal localizada na UBS Vila Peruíbe continua a funcionar de forma irregular, sem a prestação da devida assistência farmacêutica aos pacientes”.

Em vistoria realizada na data de 12 de setembro de 2016, o Conselho Regional de Enfermagem constatou (fls. 332/341) que “a equipe é formada por 01 médica de saúde da família, 01 enfermeira, 01 auxiliar de enfermagem, 04 agentes comunitários de saúde – ACS, 01 dentista, 01 auxiliar de saúde bucal, 01 auxiliar de serviços gerais, 01 atendente de farmácia e 01 recepcionista”.

“Com base na fiscalização realizada em 17/08/2016, houve a redução de 01 ACS, desta forma há quatro áreas descobertas, o que não atende aos objetivos do Programa do Ministério da Saúde, de Estratégia de Saúde da Família – Portaria nº 2.488/2011, que aprova o Plano Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)”.

“Os contratos de trabalho dos ACS vencem em 16/09/2016, e segundo a auxiliar de enfermagem Cristina, não haverá renovação, se isso ocorrer, a população ficará desassistida”.

“A auxiliar de serviços gerais não estava na unidade”. “Essa situação é inadequada para um serviço de saúde, onde a limpeza deve ser constante para evitar o risco de infecções aos usuários e profissionais”.

“Os pacientes que necessitam de médicos especialistas são encaminhados para consultas no Ambulatório Médico de Especialidades de Peruíbe (AME), no entanto, como a rede de internet não está funcionando, não há como agendar as consultas. Segundo a auxiliar de enfermagem Cristina, a internet parou de funcionar há uma semana e os encaminhamentos ficam retidos na unidade aguardando o conserto da rede”.

(...)

“A enfermeira não realiza os testes rápidos de sífilis e HIV, preconizados pelo Ministério da Saúde, para as gestantes, porque a unidade não recebeu os insumos (kits), sendo necessária a coleta de sorologia e a chegada do resultado para início do tratamento, nos casos positivos, o que pode causar risco de infecção vertical aos bebês”.

“A Dra. Maria Firmina não possui a Anotação de Responsabilidade Técnica – ART junto ao COREN-SP, em desacordo com a Resolução COFEN nº 509/2016”.

### Irregularidades:

“Ausência de enfermeiro onde são realizadas ações de enfermagem nos intervalos para almoço, reuniões, visitas domiciliares, férias, faltas abonadas e licenças médicas da Dra. Maria Firmina”.

“A auxiliar de enfermagem Cristina não soube informar se a Dra. Maria Firmina realizou o cálculo de dimensionamento de pessoal de enfermagem, portanto, foi constatada a irregularidade” (medida que tem por objetivo evitar a sobrecarga de trabalho aos profissionais de enfermagem e visa garantir uma assistência segura e livre de danos), estando em desacordo com a resolução COFEN nº 293/2004.

Constatou-se a inexistência de regimento e manuais de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem e protocolos municipais.

Não estavam disponíveis “dados técnicos do serviço de enfermagem relacionados à segurança do paciente”.

Não são realizados “planejamento e execução de ações de educação continuada”.

“O processo de enfermagem é parcialmente realizado para as pacientes em pré-natal e não contempla o diagnóstico de enfermagem”.

“A unidade não dispõe de sala de vacina, sendo os pacientes encaminhados para a Unidade de Saúde da Família Parque do Trevo”.

“Os consultórios da enfermeira e da médica não dispõem de banheiro. Essa situação expõe as pacientes que são submetidas a exames ginecológicos, ao constrangimento, quando estas retirarem as vestes”.

“O consultório da médica não dispõe de pia para a higienização das mãos, o que pode ocasionar risco de infecção para a profissional e os pacientes”.

“A realização de procedimentos considerados contaminados, como coleta de material biológico, não deve ser realizada junto com procedimentos limpos, para evitar risco de infecções relacionadas à assistência de enfermagem. A auxiliar de enfermagem Cristina não soube informar porque a coleta de materiais não passou a ser realizada na sala de curativos, sendo que o local dispõe de pia para higienização das mãos, maca e iluminação. É realizada limpeza terminal da sala após a coleta, que ocorre às quintas-feiras”.

“Não foi solucionado o problema no telhado da unidade, portanto, permanece chovendo dentro da sala de procedimentos e do consultório da enfermeira, sendo necessário manter baldes dentro destes consultórios, a fim de conter as goteiras”.

“Não houve adequação do material de urgência e emergência, solicitado na fiscalização de 17/08/2015, apesar de serem administrados soros e medicamentos injetáveis na unidade, que podem desencadear reações alérgicas”.

“Havia um reanimador pulmonar (ambu) e uma máscara facial, acondicionados em um saco de lixo branco. Esses equipamentos deveriam

estar devidamente esterilizados, contendo a data do processamento, validade e nome do profissional responsável, para evitar que os microrganismos provenientes da manipulação ou de outros pacientes fiquem nas peças, provocando risco de infecção aos pacientes e aos profissionais”.

“Há um vidro quebrado no corredor interno da unidade, proporcionando risco de acidente pelo trânsito de pacientes no local, principalmente para as crianças”.

“Almotolias sem a identificação da data de troca, validade e nome do profissional responsável; solução fisiológica aberta, sem data da abertura e com agulha e seringa acopladas e lixeiras de lixo comum e séptico sem tampa, o que atrai insetos”.

Medicamentos em falta: 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.

Materiais em falta: papel toalha para os profissionais e pacientes para secarem as mãos; e papel higiênico.

Outras irregularidades: Local utilizado para armazenar lixo comum e séptico, em desacordo com a legislação. O lixo séptico deve ser armazenado em local fechado, onde somente pessoas autorizadas tenham acesso. Caixa de papelão utilizada como lixeira, que além de não permitir a desinfecção, não possui tampa, propiciando o acúmulo de insetos. Área externa em más

condições de conservação. Sala dos agentes comunitários de saúde – ACS: não há armários, pia para higienização das mãos e computadores para cadastramento dos pacientes. Caixa de papelão utilizada como cesto de lixo. Caixa de força quebrada, expondo os usuários ao risco de choque elétrico. Vitro interno com vidros quebrados, expondo os usuários e profissionais a riscos de acidentes. Caixa de descarga do banheiro dos funcionários, descarga quebrada. Banheiro dos funcionários: ausência de papel toalha e sabão líquido, balde utilizado como lixeira e caixa de descarga quebrada, sendo utilizada como balde. Ausência de dispenser de papel toalha, papel higiênico, sabão líquido e barras de apoio em um dos banheiros. Cadeira do consultório odontológico com forro rasgado impedindo a correta desinfecção. Kit de sutura, kit de curativo e cuba rim vencidos em 05/09/2016. Ausência de identificação do serviço e profissional responsável. Carro de curativos: ausência de suporte próprio para a caixa de descarte de material perfurocortante, podendo causar risco de acidentes aos profissionais de enfermagem. Lixeira sem tampa, propiciando o acúmulo de insetos. Materiais armazenados em caixas de papelão, o que não permite a correta desinfecção. Armário da pia da sala de curativos: presença de vazamento pelo sifão, sendo utilizado pote plástico para recolher a água. A umidade e o bolor podem contaminar os insumos guardados no armário. Presença de bolor no teto da sala de curativos, propiciando o risco de infecção aos usuários e funcionários. Consultório utilizado pela enfermeira: ausência de sabonete líquido e papel toalha. Foco de luz fixado com esparadrapo, expondo os profissionais a risco de choque elétrico. Caixas de papelão utilizadas para armazenar materiais. Lixeira sem tampa, propiciando o acúmulo de insetos. Balde no meio da sala devido a presença de goteira. Consultório de enfermagem: ventilador de teto enferrujado. Fiação exposta do aparelho de ar condicionado. Banheiro utilizado pelos pacientes homens e mulheres, em desacordo com a RDC 50. Dispensador de papel higiênico quebrado, ausência de papel toalha, papel

higiênico e sabonete líquido. Presença de vazamento de grande quantidade de água no chão, expondo os usuários ao risco de acidentes por queda e risco de infecções. Piso da unidade em cimento queimado, bebedouro utilizado pelos pacientes enferrujado, impedindo a correta limpeza e desinfecção. Armário da pia da sala de procedimentos de enfermagem: sifão com vazamento, presença de umidade e bolor, podendo ocasionar contaminação dos produtos armazenados no local. Ambu armazenado em saco de lixo. O material deveria estar esterilizado para ser utilizado em situações de urgência. Material esterilizado armazenado em caixa de papelão devido à ausência de local adequado. Presença de grande quantidade de soluções endovenosas e insumos para punção, indicando a administração de soros no local. Ressalta-se que procedimentos invasivos não podem ser realizados por profissionais de enfermagem de nível médio (auxiliares de enfermagem), na ausência de enfermeiro. Blister de medicamento Losartana Potássica 50mg cortado, o que impede a verificação da data de validade. Sala de procedimentos: presença de circuitos de ar comprimido e frasco umidificador, afixados à rede, sem data de troca e validade. Sala de procedimentos: mesa escolar enferrujada, o que impede a correta desinfecção, sendo utilizada para apoiar balança infantil. Teto da sala com presença de bolor. Em dias de chuva entra água na sala pelo teto. Frasco de solução fisiológica com agulha e seringa acopladas, propiciando o risco de contaminação do produto. Ausência da data de abertura e validade no frasco. Braçadeira protegida com faixa crepe, o que impede a desinfecção após o uso e propicia o risco de infecção aos pacientes. Almotolia com sabão líquido e balde com hipoclorito de sódio sem a data de troca, validade e profissional responsável. Ausência de bancos e armário no consultório utilizado para reunir gestantes (grupos). Lixeira com lixo séptico sem tampa, propiciando o acúmulo de insetos.

A fls. 363 informação do Município de Peruíbe de que “as Unidades de Saúde Barra do Una e Bananal encontram-se inativas no momento”.

O Município de Peruíbe juntou, a fls. 367/589, relação das providências pendentes e resolvidas em várias Unidades Básicas de Saúde do município.

A fls. 575/576 relação das providências pendentes e resolvidas na Unidade Básica de Saúde Vila Peruíbe, objeto deste inquérito civil.

**Foram resolvidas apenas três pendências na Unidade Básica de Saúde Vila Peruíbe.**

**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”<sup>2</sup>. 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 Vila Peruíbe 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 Guimaraes, 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 preterir-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 Vila Peruíbe, 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 balança antropométrica, negatoscópio e martelo para exame neurológico nos consultórios;

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

3-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;

**4-**Providenciem geladeira apropriada para a armazenagem e aplicação das vacinas, com estoque suficiente;

**5-**Providenciem termohigrômetro para controle de temperatura/umidade ambiente;

**6-**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;

**7-**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;

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

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

**10-**Identifiquem o medicamento com nome, lote e validade;

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

**12-**Providenciem os insumos (kits) necessários para a realização dos testes rápidos de sífilis e HIV, para evitar risco de infecção vertical aos bebês;

**13-**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;

**14-**Providenciem o conserto do telhado da unidade, eliminando as goteiras;

**15-**Proíbam a prática de armazenar equipamentos em sacos de lixo. Um reanimador pulmonar (ambu) e uma máscara facial estavam acondicionados em um saco de lixo branco;

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

**17-**Providenciem a troca de todos os vidros quebrados;

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

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

**20-**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;

**21-**Providenciem papel toalha para os profissionais e pacientes para secarem as mãos e papel higiênico;

**22-**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;

**23-**Providenciem o conserto da caixa de força;

**24-**Providenciem o conserto das caixas de descarga do banheiro dos funcionários e a destinação de papel toalha e sabão líquido e lixeira com tampa;

**25-**Providenciem *dispenser* de papel toalha, papel higiênico, sabão líquido e barras de apoio nos banheiros;

**26-**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;

**27-**Eliminem os vazamentos identificados no sifão do armário da pia da sala de curativos;

**28-**Eliminem a umidade e o bolor, inclusive no teto da sala de curativos;

**29-**Providenciem sabonete líquido, álcool em gel e papel toalha no consultório utilizado pela enfermeira;

**30-**Resolvam o problema da fiação exposta;

**31-**Eliminem os vazamentos;

**32-**Providenciem a eliminação da ferrugem do bebedouro utilizado pelos pacientes ou sua substituição;

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

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

**35-**Eliminem a ferrugem ou providenciem a substituição das mesas enferrujadas;

**36-**Providenciem e fiscalizem a identificação das datas de abertura e validade nos frascos de solução fisiológica;

**37-**Proíbam a prática de proteger a braçadeira com faixa crepe;

**38-**Providenciem e fiscalizem a identificação das datas de troca e validade e profissional responsável nas almotolias e baldes utilizados para armazenar soluções.

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 Vila Peruíbe 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 14.0375.0001343/2015-3) 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 14.0375.0001343/2015-3, 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**