

EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA VARA DOS FEITOS DAS FAZENDAS E REGISTROS PÚBLICOS DA COMARCA DE PALMAS, ESTADO DO TOCANTINS.

Objeto de Referência:

Procedimento Preparatório de Inquérito Civil nº 071/2015 - MPE;
Inquérito Civil nº 1.36.000.01190/2012-16 - MPF.

Natureza da Ação: Ação Civil Pública Cominatória com Obrigação de Fazer.

“O Poder Público - quando se abstém de cumprir, total ou parcialmente, o dever de implementar políticas públicas definidas no próprio texto constitucional - transgredir, com esse comportamento negativo, a própria integridade da Lei Fundamental, estimulando, no âmbito do Estado, o preocupante fenômeno da erosão da consciência constitucional. Precedentes: ADI 1.484/DF, Rel. Min. CELSO DE MELLO, v.g.. - A inércia estatal em adimplir as imposições constitucionais traduz inaceitável gesto de desprezo pela autoridade da Constituição e configura, por isso mesmo, comportamento que deve ser evitado. É que nada se revela mais nocivo, perigoso e ilegítimo do que elaborar uma Constituição, sem a vontade de fazê-la cumprir integralmente, ou, então, de apenas executá-la com o propósito subalterno de torná-la aplicável somente nos pontos que se mostrarem ajustados à conveniência e aos desígnios dos governantes, em detrimento dos interesses maiores dos cidadãos. (ARE 639337 AgR / SP - SÃO PAULO, Rel. Min. CELSO DE MELLO, - STF).”

O MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO TOCANTINS, por meio da representante legal que ao final subscreve, titular da 27ª Promotoria de Justiça da Capital, valendo-se das disposições elencadas no art. 129, II e III, da Constituição Federal; art. 25, IV, “a”, da Lei nº 8.625/93; art. 1º, IV, c/c art. 3º e art. 5º, I, todos da Lei nº 7.347/85; arts. 3º, 83 e 90 da Lei Federal nº 8.078/90; arts. 497 e 536 e seguintes do CPC; e no ATO PGJ nº 085/2014, vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, diante da competência inserta no art. 93, II, da Lei nº 8.078/90, e, ainda, de acordo com os preceitos gerais estatuídos no Código de Processo Civil e no microssistema de tutela jurisdicional coletiva formado pela completa interação entre as Leis 7.347/85 e 8.078/90¹, propor a presente

¹ Os arts. 21 da Lei da Ação Civil Pública e 90 do CDC, como normas de envio, possibilitaram o surgimento do denominado **Microssistema ou Minissistema de proteção dos interesses ou direitos coletivos amplo senso**. (REsp 1098669/GO, Rel. Ministro ARNALDO ESTEVES LIMA, PRIMEIRA TURMA, julgado em 04/11/2010, DJE 12/11/2010).

AÇÃO CIVIL PUBLICA DE OBRIGAÇÃO DE FAZER,

em face do **MUNICÍPIO DE PALMAS/TOCANTINS**, pessoa jurídica de direito público interno, citada na pessoa do Procurador-Geral do município, **PÚBLIO BORGES ALVES**, na Quadra 104 Norte, Av. JK, Ed. Via Nobre Empresarial, Lote 28 - A, 5º andar, CEP: 77.006-014; do Prefeito de Palmas, **CARLOS ENRIQUE FRANCO AMASTHA**, brasileiro, casado, inscrito no CPF/MF sob o nº 489.616.205-68, com endereço profissional na Quadra 104 Norte, Av. JK, Ed. Via Nobre Empresarial, Lote 28 - A, 5º andar, CEP: 77.006-014; e do Secretário de Saúde de Palmas, **NÉSIO FERNANDES DE MEDEIROS JÚNIOR**, brasileiro, divorciado, médico, portador da Cédula de Identidade/RG nº 447.3189 - SSP/SC, inscrito no CPF/MF sob o nº 032.055.359-01, com endereço profissional na Quadra 1.302 Sul, Av. Theotônio Segurado, Lote 06, Conjunto 01, Edifício Ivanildes Magalhães - CEP: 77.024-650, todos nesta capital, pelos fatos e fundamentos jurídicos que passa a aduzir.

I. DO OBJETO DA DEMANDA

Trata-se de Ação que busca provimento jurisdicional com vistas a compelir o município de Palmas/TO, na obrigação de fazer, consistente em sanar as inconformidades detectadas pelos Setores de Auditoria da Secretaria de Estado da Saúde (SESAU) e da Secretaria de Saúde de Palmas (SEMUS), no tocante a execução da Política Nacional da Atenção Básica e a execução das Políticas Públicas de Vigilância em Saúde e de Atenção à Saúde, por meio das Unidades de Saúde da Família das seguintes regiões: **Região Norte:** Quadras 307, 403, 405, 406, 503, 508 e 603; **Região Central:** Quadras 210 (Loiane Morena), 403, 712, 806, 1004, 1103 (Sátiro A. de Sousa), 1106, 1206 (Valéria Martins) e PACS 108 Sul; **Região dos Aurenys:** Alto Bonito, Aureny II, Eugênio Pinheiro, José Lúcio de Carvalho, Laurides Lima Milhomem, Liberdade, Novo Horizonte, Taquari; **Região de Taquaralto:** Taquaruçú (Walter P. Morato), Bela Vista, Morada do Sol, Santa Bárbara, Santa Fé, Setor Sul; **Zona Rural:** Buritirana (Mariazinha R. da Silva) e Taquaruçu Grande (Walterly Wagner), no prazo a ser fixado por esse Juízo.

O objeto desta ação limita-se à regularização da oferta das ações e serviços da Atenção Básica e da execução das Políticas Públicas de Vigilância em Saúde e de Atenção à Saúde, executadas por meio da Atenção Básica e por meio dos serviços de Vigilância em Saúde do município de Palmas/TO, com vistas à redução dos riscos de doenças e agravos e, conseqüentemente, à melhoria dos indicadores de saúde em Palmas/TO.

I.I. DA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica, também definida como Atenção Primária em Saúde, é conhecida como *porta de entrada* dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Trata-se do atendimento inicial que deve ser prestado à população, cujo objetivo é orientar sobre as atividades preventivas, prestar serviços assistenciais e direcionar os mais urgentes para níveis de atendimentos superiores em complexidade. A Atenção Básica deve funcionar como organizadora do fluxo dos serviços das Redes de Saúde.

É um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

No âmbito do SUS, existem diversos programas governamentais que dizem respeito à Atenção Básica, sendo um deles a Estratégia de Saúde da Família (ESF), responsável por serviços multidisciplinares que devem ser ofertados às comunidades por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Nesse contexto há de se destacar visitas domiciliares, consultas, exames complementares e de apoio diagnóstico, vacinas, dispensação de medicamentos, busca ativa de pacientes, entre outros constantes das políticas públicas de vigilância e de atenção à saúde.

A Estratégia Saúde da Família é definida e organizada pelo Ministério de Saúde (MS), visando oferecer uma Atenção Básica mais resolutiva e humanizada no país, sendo considerada primordial para a organização e o fortalecimento desse nível de Atenção à Saúde.

Para efetivar as ações e serviços da Atenção Básica, é necessário o trabalho de equipes multiprofissionais básicas, formadas por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, ou equipes multiprofissionais avançadas, formadas, além dos profissionais citados acima, por cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico de higiene dental. Cada equipe é responsável pelo acompanhamento de aproximadamente 4.000 (quatro mil) usuários.

A ESF é responsável por cumprir as metas pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), conceituada no Decreto 7.508/2011², como sendo *instância de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS*. Ou seja, trata-se de fórum de negociação entre o Estado e os Municípios na implantação e operacionalização do SUS, com finalidade de promover a normatização, regulamentação, avaliação, negociação e decisão dos aspectos operacionais.

As Equipes desta Estratégia devem estabelecer vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade dos profissionais com os usuários e a comunidade, com o desafio de ampliar as fronteiras de atuação e resolubilidade da atenção. Além disso, tem como estratégia de trabalho: conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os principais problemas de saúde e situações de risco às quais a população que ela atende está exposta; e prestar assistência integral, organizando o fluxo de encaminhamento para os demais níveis de atendimento, quando se fizer necessário.

² Art. 2º, IV.

A Atenção Básica também deve promover iniciativas destinadas a estruturação de Equipes de Consultório de Rua, que atendam pessoas em situação de vulnerabilidade (moradores de rua); Programa Melhor em Casa (para atendimento domiciliar); Programa Brasil Sorridente (de saúde bucal); Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), entre outros, todos destinados à melhoria da qualidade de vida da população.

Importante destacar que no Programa de Agentes Comunitários de Saúde a assistência é ofertada pelo profissional enfermeiro e por agentes comunitários de saúde.

Estes programas e estratégias têm as suas peculiaridades correspondentes à Atenção Básica de Saúde, a qual é definida pelo Ministério da Saúde como sendo³:

“(...) 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 e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS e tem como fundamentos: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade; efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e de programação; e estimular a participação popular e o controle social.”

³bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sus_screen.pdf.

A Portaria nº 2.488/2011, aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a sua organização, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), entre outras providências.

“Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

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

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 11.350, de outubro de 2006, que regulamenta o § 5º do Art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo Parágrafo Único do Art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006;

Considerando o Decreto Presidencial nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007, que institui o Programa Saúde na Escola (PSE), no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90;

Considerando a Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com respectivo monitoramento e controle;

Considerando a Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, que aprova a Política de Promoção da Saúde;

Considerando a Portaria nº 3.252/GM/MS, de 22 de dezembro de 2009, que trata do processo de integração das ações de vigilância em saúde e atenção básica;

Considerando a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando as Portarias nº 822/GM/MS, de 17 de abril de 2006, nº 90/GM, de 17 de janeiro de 2008 e nº 2.920/GM/MS, de 03 de dezembro de 2008, que estabelecem os municípios que poderão receber recursos diferenciados da ESF;

Considerando Portaria nº 2.143/GM/MS, de 9 de outubro de 2008 - Cria o incentivo financeiro referente à inclusão do microscopista na atenção básica para realizar, prioritariamente, ações de controle da malária junto às Equipes

de Agentes Comunitários de Saúde - EACS e/ou às Equipes de Saúde da Família (ESF);

Considerando Portaria nº 2.372/GM/MS, de 7 de outubro de 2009, que cria o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família;

Considerando Portaria nº 2.371/GM/MS, de 07 de outubro de 2009 que institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal -Unidade Odontológica Móvel (UOM);

Considerando a Portaria nº 750/SAS/MS, de 10 de outubro de 2006, que instituiu a ficha complementar de cadastro das ESF, ESF com ESB - Modalidades I e II e de ACS no SCNES;

Considerando a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da atenção básica no Brasil;

Considerando a consolidação da estratégia saúde da família como forma prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil e que a experiência acumulada em todos os entes federados demonstra a necessidade de adequação de suas normas.

Considerando a pactuação na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 29, de setembro de 2011, resolve:

Art. 1º Aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, nos termos constantes dos Anexos a esta Portaria.

Parágrafo único. A Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (SAS/MS) publicará manuais e guias com detalhamento operacional e orientações específicas desta Política.

Art. 2º Definir que os recursos orçamentários de que trata a presente Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

I - 10.301.1214.20AD - Piso de Atenção Básica Variável -Saúde da Família; II - 10.301.1214.8577 - Piso de Atenção Básica Fixo;

III - 10.301.1214.8581 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde;

IV- 10.301.1214.8730.0001 - Atenção à Saúde Bucal; e

V - 10.301.1214.12L5.0001 -Construção de Unidades Básicas de Saúde - UBS.

Art. 3º Permanecem em vigor as normas expedidas por este Ministério com amparo na [Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006](#), desde que não conflitem com as disposições constantes desta Portaria.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º Fica revogada as Portarias [nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006](#), publicada no Diário Oficial da União nº 61, de 29 de março de 2006, Seção 1, pg. 71, nº 154/GM/MS, de 24 de janeiro de 2008, publicada no Diário Oficial da União nº 18, de 25 de janeiro de 2008, Seção 1, pg. 47/49, nº 2.281/GM/MS, de 1º de outubro de 2009, publicada no Diário Oficial da União nº 189, de 2 de outubro de 2009, Seção 1, pg. 34, nº 2.843/GM/MS, de 20 de setembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 181, de 21 de setembro de 2010, Seção 1, pg. 44, nº 3.839/GM/MS, de 7 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 237, de 8 de dezembro de 2010.

Seção 1, pg. 44/45, nº 4.299/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 251, 31 de dezembro de 2010. Seção 1, pg. 97, nº 2.191/GM/MS, de 3 de agosto de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 148, de 4 de agosto de 2010, Seção 1, pg. 51, nº 302/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2009, publicada no Diário Oficial da União nº 28, de 10 de fevereiro de 2009, Seção 1, pg. 36, nº 2.027/GM/MS, de 25 de agosto de 2011, publicada no Diário Oficial da União nº 164, Seção 1, pg.90.“

A Atenção Básica deve funcionar de maneira a resolver de 70 a 80% dos problemas de saúde da população. O trabalho eficiente da Atenção Básica evita o adoecimento das pessoas e enormes gastos com exames e procedimentos, evitando também gastos com internações na rede de urgência e emergência do SUS.

Conforme dito anteriormente, a Atenção Básica deve integrar as Redes de Atenção à Saúde (RAS), compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores⁴ Regionais.

Importante destacar o entendimento acerca das Redes de Atenção à Saúde, descrito pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)⁵:

“ (...) os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde das populações que se expressam, fundamentalmente, nas suas situações de saúde. Por consequência, deve haver uma sintonia muito fina entre essas necessidades de saúde e a forma como o sistema de atenção à saúde se organiza para respondê-las socialmente.

A crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde reflete o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada por condições crônicas e um sistema de atenção à saúde voltado para responder às condições agudas e às agudizações de condições crônicas, de forma fragmentada, episódica e reativa. Isso não deu certo nos países desenvolvidos, isso não está dando certo no SUS.

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde, fortemente presentes aqui e alhures, são aqueles que se (des)organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e incomunicados uns dos outros, e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população.

Em geral, não há uma população adscrita de responsabilização. Neles, a APS não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e esses dois níveis também não se articulam com a atenção terciária à saúde, nem com os

⁴ Artigos 5º, I, e 7º, caput, do Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90.

⁵ www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/11/Conass-APS-e-RAS.pdf.

sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos. Além disso, a atenção é fundamentalmente reativa e episódica e focada na doença.

Os resultados desses sistemas fragmentados na atenção às condições crônicas são dramáticos. Não obstante, são muito valorizados por políticos, gestores, profissionais de saúde e, especialmente, pela população. Há evidências de que esses sistemas fragmentados devem ser substituídos por sistemas integrados de atenção à saúde, as RAS.

As RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade –, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adscrita e gerando valor para essa população (...).

As RAS apresentam três elementos constitutivos: a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde.

O primeiro elemento das RAS, e sua razão de ser, é uma população, colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica. É isso que marca a atenção à saúde com base na população, uma característica essencial das RAS.

A população de responsabilidade das RAS não é a população dos censos demográficos, mas a população cadastrada e vinculada a uma unidade de APS. Essa população vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sociais e sanitários.

O conhecimento profundo da população usuária de um sistema de atenção à saúde é o elemento básico que torna possível romper com a gestão baseada na oferta, característica dos sistemas fragmentados, e instituir a gestão com base nas necessidades de saúde da população ou gestão de base populacional, elemento essencial das RAS.

A gestão de base populacional é a habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, segundo os riscos, de implementar e monitorar as intervenções sanitárias relativas a essa população e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas necessidades e preferências (...). Uma das bases teórico conceituais deste documento assenta-se na gestão de base populacional, o que implica que toda a programação da APS faz-se com parâmetros de necessidades e não com parâmetros de oferta construídos a partir de séries históricas.

O segundo elemento constitutivo das RAS é a estrutura opera-O segundo elemento constitutivo das RAS é a estrutura operacional, constituída pelos “nós” das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós.

A estrutura operacional das RAS compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de tele assistência e sistemas de informação em saúde); os sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança da RAS.

O terceiro elemento constitutivo das RAS são os modelos de atenção à saúde.

Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos em razão da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. Os modelos de atenção à saúde são de dois tipos: os modelos de atenção aos eventos agudos e os modelos de atenção às condições crônicas.”

A Atenção Básica é de suma importância para a qualidade de vida da população, em razão das ações e serviços que são desenvolvidos por meio dela, as quais devem buscar, prioritariamente, conforme já dito, evitar que a população adoça.

A Conferência de Alma-Ata assim definiu a Atenção Básica:

“cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação”. Dessa definição emergiram, naquele momento, elementos essenciais da APS: a educação em saúde; o saneamento básico; o programa materno-infantil, incluindo imunização e planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento apropriado das doenças e danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável e de micronutrientes; e a valorização das práticas complementares. Principalmente, aponta para a saúde como expressão de direito humano. (...).

Oportuno registrar o resgate histórico também descrito pelo CONASS⁶ acerca da importância da Atenção Básica, sobretudo, diante da mudança do modelo de atenção à saúde que deve ser efetivado em nosso País, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988.

“em 1979, a Assembleia Mundial da Saúde, da Organização Mundial da Saúde, instou todos os países-membros a definir e por em prática estratégias nacionais, regionais e globais, tendentes a alcançar a meta de “Saúde para Todos no ano 2000”. Entretanto, quando a Organização Mundial da Saúde propôs sua agenda para operacionalização das metas acordadas em Alma-Ata, os países industrializados já as haviam alcançado em grande parte, enquanto a maioria dos países em desenvolvimento ainda estava longe de atingi-las. Isso gerou problemas de conceituação e, por consequência, de implementação pelas diferentes interpretações que foram decodificadas do conceito global em que há consenso (VUORI, 1984).

A interpretação da APS como atenção primária seletiva entende-a como um programa específico destinado a populações e regiões pobres a quem se

⁶www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/11/Conass-APS-e-RAS.pdf.

oferece, exclusivamente, um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo, providas por pessoal de baixa qualificação profissional e sem a possibilidade de referência a níveis de atenção de maior densidade tecnológica (UNGER e KILLIN- GSWORTH, 1986).

A interpretação da APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde conceitua-a como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutive desses serviços sobre os problemas mais frequentes de saúde, para o que a orienta a fim de minimizar os custos econômicos e a satisfazer às demandas da população, restritas, porém, às ações de atenção de primeiro nível.

A interpretação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde compreende-a como uma forma singular de apropriar, recombina e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, às demandas e às representações da população, o que implica a articulação da APS como parte e como coordenadora de uma RAS. Por isso, há quem sugira que a APS deve “ocupar o banco do motorista” para dirigir o sistema de atenção à saúde (SALTMAN et al., 2006).

Na primeira interpretação, está-se diante da APS como um programa focalizado em pessoas e regiões pobres; na segunda, como o primeiro nível de atenção do sistema de atenção à saúde; e na terceira, como uma estratégia de organização de todo o sistema de atenção à saúde e como um direito humano fundamental.

A interpretação que se utiliza neste livro é a APS como Estratégia de Saúde da Família (ESF).”

Importante ressaltar que a Constituição Federal atendeu aos anseios da população desassistida que desencadeou o Movimento Popular de Saúde, integrado pela população carente, trabalhadores, professores e estudantes. Esse movimento com o tempo foi tomando força e houve a integração de médicos sanitários e outros militantes da área, passando, então, a ser conhecido como o *Movimento da Reforma Sanitária*, determinante para a conquista da saúde como direito de todos e dever do Estado, gratuito, de maneira universal, integral, igualitária, muito bem retratado pela sanitarista Lúcia Freitas:

“O movimento pela Reforma Sanitária surgiu da indignação de setores da sociedade sobre o dramático quadro do setor Saúde. Por isso, desde o início, pautou sua ação pelo questionamento desse quadro de iniquidades. Suas primeiras articulações datam do início da década de 1960, quando foi abortado pelo golpe militar de 1964. O movimento atingiu sua maturidade a partir do fim da década de 1970 e princípio dos anos 1980 e mantém-se mobilizado até o presente. Podemos afirmar que a Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, no movimento popular e em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o

Brasil. A 8ª Conferência Nacional de Saúde estabeleceu o marco político e conceitual para a orientação do processo de transformação do setor saúde no Brasil, que foram consubstanciados no reconhecimento de que o direito à saúde se inscreve entre os direitos fundamentais do ser humano e que é dever do Estado a sua garantia. Conceitualmente, buscou-se precisar o conceito de saúde como um bem do ser humano, contextualizado historicamente numa dada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento. Desta forma, a 8ª CNS trouxe como resultado um conceito ampliado de saúde, resultado das condições de “habitação, alimentação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, educação, emprego, lazer, liberdade, acesso a posse da terra e acesso a serviços de saúde” (Relatório final de VIII CNS). Foi dentro desta perspectiva que a “Saúde como um Direito do Cidadão e Dever do Estado” se colocou como idéia central do “Movimento Sanitário”. Nesta perspectiva, à Saúde cabe o papel de sensor crítico das políticas econômicas e outras políticas sociais em desenvolvimento onde torna-se fundamental o conceito da intersectoralidade. A partir destes marcos, a 8ª CNS estabeleceu as bases para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde.”

Assim, a Reforma Sanitária teve como objetivo principal a conquista da saúde como direito de todos e dever do Estado, e a mudança do modelo de atenção à saúde predominante em nosso País, conhecido como modelo *hospitalocentrico*. “Para saber mais ver <https://youtu.be/mASmxCU0nIE>”

Essa contextualização se mostra necessária para a formação do juízo de valor acerca da importância desta Ação Civil Pública, especificamente, para a saúde da população estabelecida na Capital.

Existem vários trabalhos literários e acadêmicos publicados sobre essa temática, sobretudo, por parte de sanitaristas militantes na área da Saúde Pública. Para fechar essa contextualização, trazemos o entendimento acerca da importância da Atenção Básica e a correlação com a Reforma Sanitária ocorrida em nosso País, descrito pelo Mestre e Doutor em Saúde Coletiva, e pesquisador em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Sérgio Arouca - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Doutor Gustavo Corrêa Matta⁸:

“Internacionalmente tem-se apresentado 'Atenção Primária à Saúde' (APS) como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades. Esse enunciado procura sintetizar as diversas concepções e denominações das propostas e experiências que se convencionaram chamar internacionalmente de APS. No Brasil, a APS incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema

⁸ **MATTA**, G. C. A organização mundial de saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. Trabalho Educação e Saúde, 3(2): 371-396, 2005.

Único de Saúde a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde.

Historicamente, a idéia de atenção primária foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, em 1920. Esse documento do governo inglês procurou, de um lado, contrapor-se ao modelo flexneriano americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, e por outro, constituir-se numa referência para a organização do modelo de atenção inglês, que começava a preocupar as autoridades daquele país, devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade.

O referido relatório organizava o modelo de atenção em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. Os centros de saúde primários e os serviços domiciliares deveriam estar organizados de forma regionalizada, onde a maior parte dos problemas de saúde deveriam ser resolvidos por médicos com formação em clínica geral. Os casos que o médico não tivesse condições de solucionar com os recursos disponíveis nesse âmbito da atenção deveriam ser encaminhados para os centros de atenção secundária, onde haveria especialistas das mais diversas áreas, ou então, para os hospitais, quando existisse indicação de internação ou cirurgia. Essa organização caracteriza-se pela hierarquização dos níveis de atenção à saúde.

Os serviços domiciliares de um dado distrito devem estar baseados num Centro de Saúde Primária - uma instituição equipada para serviços de medicina curativa e preventiva para ser conduzida por clínicos gerais daquele distrito, em conjunto com um serviço de enfermagem eficiente e com o apoio de consultores e especialistas visitantes. Os Centros de Saúde Primários variam em seu tamanho e complexidade de acordo com as necessidades locais, e com sua localização na cidade ou no país. Mas, a maior parte deles são formados por clínicos gerais dos seus distritos, bem como os pacientes pertencem aos serviços chefiados por médicos de sua própria região. (...).

Esta concepção elaborada pelo governo inglês influenciou a organização dos sistemas de saúde de todo o mundo, definindo duas características básicas da APS. A primeira seria a regionalização, ou seja, os serviços de saúde devem estar organizados de forma a atender as diversas regiões nacionais, através da sua distribuição a partir de bases populacionais, bem como devem identificar as necessidades de saúde de cada região. A segunda característica é a integralidade, que fortalece a indissociabilidade entre ações curativas e preventivas.

Os elevados custos dos sistemas de saúde, o uso indiscriminado de tecnologia médica e a baixa resolutividade preocupavam a sustentação econômica da saúde nos países desenvolvidos, fazendo-os pesquisar novas formas de organização da atenção com custos menores e maior eficiência. Em contrapartida, os países pobres e em desenvolvimento sofriam com a iniquidade dos seus sistemas de saúde, com a falta de acesso a cuidados básicos, com a mortalidade infantil e com as precárias condições sociais, econômicas e sanitárias.

Em 1978 a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) realizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, e propuseram um acordo e uma meta entre seus países membros para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, através da APS. Essa política internacional ficou conhecida como 'Saúde para Todos no Ano 2000'. A Declaração de Alma-Ata, como foi chamado o pacto assinado entre 134 países, defendia a seguinte definição de APS, aqui denominada cuidados

primários de saúde:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (...).

No que diz respeito à organização da APS, a declaração de Alma-Ata propõe a instituição de serviços locais de saúde centrados nas necessidades de saúde da população e fundados numa perspectiva interdisciplinar envolvendo médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, bem como a participação social na gestão e controle de suas atividades. O documento descreve as seguintes ações mínimas, necessárias para o desenvolvimento da APS nos diversos países: educação em saúde voltada para a prevenção e proteção; distribuição de alimentos e nutrição apropriada; tratamento da água e saneamento; saúde materno- infantil; planejamento familiar; imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais.

A Declaração de Alma-Ata representa uma proposta num contexto muito maior que um pacote seletivo de cuidados básicos em saúde. Nesse sentido, aponta para a necessidade de sistemas de saúde universais, isto é, concebe a saúde como um direito humano; a redução de gastos com armamentos e conflitos bélicos e o aumento de investimentos em políticas sociais para o desenvolvimento das populações excluídas; o fornecimento e até mesmo a produção de medicamentos essenciais para distribuição à população de acordo com a suas necessidades; a compreensão de que a saúde é o resultado das condições econômicas e sociais, e das desigualdades entre os diversos países; e também estipula que os governos nacionais devem protagonizar a gestão dos sistemas de saúde, estimulando o intercâmbio e o apoio tecnológico, econômico e político internacional (...).

Apesar de as metas de Alma-Ata jamais terem sido alcançadas plenamente, a APS tornou-se uma referência fundamental para as reformas sanitárias ocorridas em diversos países nos anos 80 e 90 do último século. Entretanto, muitos países e organismos internacionais, como o Banco Mundial, adotaram a APS numa perspectiva focalizada, entendendo a atenção primária como um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade, dedicada a populações de baixa renda, no sentido de minimizar a exclusão social e econômica decorrentes da expansão do capitalismo global, distanciando-se do caráter universalista da Declaração de Alma-Ata e da idéia de defesa da saúde como um direito (...).

No Brasil, algumas experiências de APS foram instituídas de forma incipiente desde o início do século XX, como os centros de saúde em 1924 que, apesar de manterem a divisão entre ações curativas e preventivas, organizavam-se a partir de uma base populacional e trabalhavam com educação sanitária. A partir da década de 1940, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) que realizou ações curativas e preventivas, ainda que restritas às áreas de relevância econômica, como as de extração de borracha, foi ampliada durante os anos 50 e 60 para outras regiões do país, mas represada de um lado pela expansão do modelo médico-privatista, e de outro, pelas

dificuldades de capilarização local de um órgão do governo federal, como é o caso do Sesp (...). Nos anos 70, surge o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (...) cujo objetivo era fazer chegar à população historicamente excluída de qualquer acesso à saúde um conjunto de ações médicas simplificadas, caracterizando-se como uma política focalizada e de baixa resolutividade, sem capacidade para fornecer uma atenção integral à população.

Com o movimento sanitário, as concepções da APS foram incorporadas ao ideário reformista, compreendendo a necessidade de reorientação do modelo assistencial, rompendo com o modelo médico-privatista vigente até o início dos anos 80. Nesse período, durante a crise do modelo médicoprevidenciário representado pela centralidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), surgiram as Ações Integradas de Saúde (AIS), que visavam ao fortalecimento de um sistema unificado e descentralizado de saúde voltado para as ações integrais. Nesse sentido, as AIS surgiram de convênios entre estados e municípios, custeadas por recursos transferidos diretamente da previdência social, visando à atenção integral e universal dos cidadãos.

Essas experiências somadas à constituição do SUS (Brasil, 1988) e sua regulamentação (Brasil, 1990) possibilitaram a construção de uma política de ABS que visasse à reorientação do modelo assistencial, tornando-se o contato prioritário da população com o sistema de saúde. Assim, a concepção da ABS desenvolveu-se a partir dos princípios do SUS, principalmente a universalidade, a descentralização, a integralidade e a participação popular, como pode ser visto na portaria que institui a Política Nacional de Atenção Básica, definindo a ABS como:

um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, e participação social. (...).

Atualmente, a principal estratégia de configuração da ABS no Brasil é a saúde da família que tem recebido importantes incentivos financeiros visando à ampliação da cobertura populacional e à reorganização da atenção. A saúde da família aprofunda os processos de territorialização e responsabilidade sanitária das equipes de saúde, compostas basicamente por médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, cujo trabalho é referência de cuidados para a população adscrita, com um número definido de domicílios e famílias assistidos por equipe.

Entretanto, os desafios persistem e indicam a necessidade de articulação de estratégias de acesso aos demais níveis de atenção à saúde (ver verbete Atenção à Saúde), de forma a garantir o princípio da integralidade, assim como a necessidade permanente de ajuste das ações e serviços locais de saúde, visando à apreensão ampliada das necessidades de saúde da população e à superação das iniquidades entre as regiões do país.

Ressalta-se também na ABS a importante participação de profissionais de nível básico e médio em saúde, como os agentes comunitários de saúde, os

auxiliares e técnicos de enfermagem, entre outros responsáveis por ações de educação e vigilância em saúde.”

Desse modo, é imprescindível que a Atenção Básica em Palmas exerça a sua finalidade de maneira eficiente, com vistas a evitar que a população adoença e que o SUS seja onerado pela inversão da lógica da assistência, qual seja, a superlotação dos Hospitais e das Unidades de Pronto Atendimento. Esse atendimento pela rede de urgência e emergência é fato notório que dispensa qualquer prova a esse respeito, muito embora os dados do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) e das Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs), comprovem esse fato e, se necessário, poderão compor o conjunto probatório desta ação.

II. DA LEGITIMIDADE ATIVA DO MINISTÉRIO PÚBLICO NA TUTELA DOS DIREITOS DIFUSOS E COLETIVOS

A legitimidade do Ministério Público para propugnar judicialmente pelos direitos difusos e coletivos, está, inicialmente, respaldada no artigo 127, da Constituição Federal, que o intitulou como sendo “Instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbendo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis”.

O texto Constitucional, em seu artigo 129, incisos II e III, definiu as funções institucionais do Ministério Público de “zelar pelo efetivo respeito dos poderes públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados na Constituição Federal, promovendo medidas necessárias a sua garantia, bem como o inquérito civil e a ação civil pública, para a proteção dos interesses difusos e coletivos”.

A Constituição Federal consagrou, em seu artigo 197, que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, cujo interesse social revela-se patente, diante dos destinatários do objeto pleiteado, quais sejam, todos os usuários do SUS, de responsabilidade da Secretaria de Saúde de Palmas, que necessitam de Serviços da Atenção Básica, de maneira eficiente e em tempo hábil.

Deste modo, considerando que a presente Ação Civil Pública busca assegurar a assistência básica de saúde a todos os usuários do SUS de responsabilidade do Município de Palmas, não resta dúvida quanto a legitimidade do Ministério Público para a propositura da presente demanda.

III. DA LEGITIMIDADE PASSIVA DO MUNICÍPIO DE PALMAS

A definição da legitimidade para compor o polo passivo nas Ações Cíveis Públicas em matéria de Saúde Pública encontra respaldo na Constituição Federal, que no artigo 198, inciso I, prevê a descentralização da gestão, em cada esfera de governo, como diretriz do Sistema Único de Saúde e, mais adiante, no parágrafo único do mesmo artigo, estabelece a responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios pelo financiamento do Sistema.

Nesse sentido, a Lei nº 8.080/90 - Lei Orgânica do SUS, traz como princípio do Sistema Único de Saúde a *descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde*.

Por sua vez, o artigo 9º da supramencionada Lei, determina que *a direção do SUS é única, sendo exercida, no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; no âmbito dos Estados, Distrito Federal e Municípios pelas respectivas Secretarias de Saúde ou Órgão equivalente*. A partir dessa formatação, a Lei Orgânica do SUS incumbiu-se, também, de distribuir as competências e atribuições de cada direção, reservando, para tanto, todo o seu Capítulo IV.

O artigo 18 desse mesmo instrumento legal define como competência da direção municipal do SUS planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde.

Por esses fundamentos, não restam dúvidas de que o município de Palmas é parte legítima para figurar no polo passivo da presente demanda.

IV. DA LEGITIMIDADE PASSIVA DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Com efeito, o Secretário de Saúde, na qualidade de agente público, possui inequívoca pertinência subjetiva para figurar no polo passivo da presente Ação, tendo em vista que a gestão da saúde pública do município de Palmas é de sua inteira responsabilidade, sendo este, inclusive, o ordenador de despesas da área da saúde.

A Lei nº 8.142/90, ao tratar sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde exige dos Estados e Municípios a criação dos Fundos de Saúde, sob pena de não receberem os recursos da União. Senão, vejamos:

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

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

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

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

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

I - Fundo de Saúde;

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

III - plano de saúde;

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

*V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.Por sua vez, a Lei Municipal nº 1.626, de 12 de agosto de 2009, que estabelece normas de gestão e aplicação dos recursos do Fundo Municipal de Saúde define que a gestão do Fundo Municipal de Saúde é autônoma e cabe à Secretaria Municipal de Saúde, razão pela qual, recai sobre o Secretário de Saúde a responsabilidade pela gestão dos recursos destinados à cobertura das ações e serviços de saúde, inclusive, aquelas da Atenção Especializada.
(...)*

Art. 2º O Fundo Municipal de Saúde - FMS, vinculado à Secretaria Municipal da Saúde - S EMUS , tem como objetivo criar condições financeiras e de gerenciamento de recursos destinados ao desenvolvimento de ações e serviços de saúde, executados e coordenados pela Secretaria Municipal da Saúde, para implantação, consolidação e manutenção do Sistema Único de Saúde - SUS, de acordo com os princípios e normas a ele aplicáveis.

Art. 3º O Fundo Municipal de Saúde terá duração indeterminada, natureza contábil e gestão autônoma a cargo da Secretaria Municipal da Saúde.

(...)

Art. 4º A fiscalização e o acompanhamento da gestão do Fundo caberão ao Conselho Municipal de Saúde.

Com relação a exposição do objeto desta demanda, tem-se que as inconformidades na prestação dos serviços da Atenção Básica, é de responsabilidade do Secretário de Saúde, cujos fatos a esse respeito seguem descritos.

V. DOS FATOS

Os Ministérios Públicos Federal e Estadual, instauraram, por meio da Portaria nº 301/2012, Inquérito Civil de nº 1.36.000.001190/2012-16, com vistas a *averiguar as inconformidades das ações e serviços da Atenção Básica no Município de Palmas/TO, tomando-se por base os instrumentos de controle utilizados pela gestão estadual, nas áreas de vigilância e atenção à saúde (doc. 01).*

Atendendo à requisição do Ministério Público, a Secretaria de Saúde de Palmas encaminhou informações sobre as metas pactuadas na área da Vigilância em Saúde e da Atenção Básica, do município (**doc.02**), e a Secretaria de Estado da Saúde encaminhou, informações sobre o cumprimento das metas pactuadas na área da Vigilância em Saúde e da Atenção Básica, do Município de Palmas/TO (**doc.03**). A Secretaria de Estado da Saúde, também encaminhou os relatório dos Municípios monitorados na Atenção Básica, incluindo o de Palmas (**doc. 04**).

Em 16 de abril de 2012, foi realizada Audiência Pública em Palmas, com o objetivo de discutir as metas pactuadas para as ações e serviços de saúde da Atenção Básica, no âmbito do Estado, com a participação de Secretários Municipais de Saúde, representantes da sociedade civil, militantes do SUS, entre outros (**doc.05**).

Posteriormente, foi enviada a Recomendação de nº 005/2013 para o Prefeito e Secretário de Saúde de Palmas, com vistas a apresentar no prazo de 30 (trinta) dias perante a Secretaria Estadual de Saúde e o Tribunal de Contas do Estado, a comprovação dos gastos em saúde, com relação as ações e serviços demonstradas no Relatório de Gestão do ano de 2011 (**doc.06**).

Também foi enviada a Recomendação de nº 006/2013 para o Prefeito de Palmas/TO, com vistas a cumprir a legislação sanitária, sendo ressaltada a necessária observância da competência e autonomia do Secretário Municipal de Saúde, enquanto gestor do SUS (**doc.07**), tendo o Secretário de Saúde de Palmas/TO, apresentado informações sobre a gestão do Fundo Municipal de saúde e metas pactuadas (**doc.08**).

Esse inquérito Civil, integrou a Ação Nacional do Ministério Público, intitulado *O Ministério Público em Defesa da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica*. Na oportunidade, a Procuradora-Geral de Justiça enviou memorando a todos os Promotores de Justiça com atuação na área da Saúde Pública, dando conhecimento desse Projeto idealizado pelo Conselho Nacional do Ministério Público (**doc.09**).

A Secretaria de Estado da Saúde cumpriu a Recomendação PRTO de nº 005/2013 encaminhando levantamento e análise de prestação de contas da Programação Anual e Relatório Anual de Gestão 2011 (RAG 2011), realizados pela coordenação de Planejamento do SUS, no qual consta que o município de Palmas encontrava-se, à época da realização da informação, relativamente à comprovação dos gastos em saúde, em situação de apreciação no Conselho Municipal de Saúde, com solicitação de ajuste, conforme demonstra a documentação anexa (**doc.10**).

Consta do referido inquérito abaixo assinado contendo 5.453 (cinco mil, quatrocentos e cinquenta e três) assinaturas de usuários do SUS, trabalhadores, prestadores de serviços, igrejas, associações e outros segmentos da sociedade, exigindo a ampliação dos serviços e atendimentos na Policlínica Aurenys I; realização de planejamento e orçamentos para a expansão da referida Policlínica; construção do Hospital Materno Infantil na Região Sul de Palmas (Taquaralto e Aurenys) (**doc. 11**).

Consta, também, do referido Inquérito os Relatórios de Visita Técnica, realizados no ano de 2012 pelo Conselho Regional de Medicina, nas Unidades de Saúde da Família: 403 Sul (Relatório nº 44); Policlínicas: da 108 Sul (Relatório nº 45); 612 Sul (Relatório nº 46); 906 Sul (Relatório nº 47); 303 Norte 906 Sul (Relatório nº 48); 307 Norte (Relatório nº 49); 404 Norte (Relatório nº 50); 1.004 Sul (Relatório nº 51); 1.104 Sul (Relatório nº 52); 1.106 Sul (Relatório nº 53); 1.206 Sul (Relatório nº 54); Taquarussu (Relatório nº 55); Buritirana (Relatório nº 56); Taquari (Relatório nº 59); 605 Norte (Relatório nº 60); Taquaralto (Relatório nº 61); Santa Fé (Relatório nº 62); 409 Norte (Relatório nº 63); 407 Norte (Relatório nº 64); 405 Norte (Relatório nº 67); 305 Norte (Relatório nº 68); Setor Sul (Relatório nº 84); Santa Bárbara (Relatório nº 85); Novo Horizonte (Relatório nº 86) (**docs. 12-36**).

Em 08 de outubro do ano de 2015 foi realizada audiência no Ministério Público Estadual, na 27ª Promotoria de Justiça da Capital (PJC), com a participação de representantes dos Setores de Auditoria da Secretaria de Estado da Saúde (SESAU) e da Secretaria de Saúde de Palmas (SEMUS), oportunidade em que foi solicitada auditoria a ser realizada em conjunto (Estado/Município), em todas as Unidades de Saúde da Família, do município de Palmas, no que tange à execução da Política Nacional da Atenção Básica e das Políticas de Vigilância e de Atenção à Saúde, por meio da Atenção Básica (**doc. 37**).

Aos 11 dias do mês de março do ano de 2016, compareceram novamente em audiência realizada perante a 27ª PJC representantes da SESAU e da SEMUS (**doc. 38**), oportunidade em que o Estado apresentou Relatório de Monitoramento do Município de Palmas/TO (**doc. 39**).

No dia 18 de abril de 2016, **o atual Secretário de Saúde, Nésio Fernandes de Medeiros Júnior, compareceu na 27ª PJC, oportunidade em que, reconheceu as inconformidades da Atenção Básica**, bem como demonstrou interesse em solucioná-las, conforme consta do termo que segue transcrito (**doc. 40**):

*“(...) o Secretário se apresentou dizendo que assumiu a Secretaria no dia 05/04/2016 com o **compromisso de melhorar os indicadores de saúde da Capital**. Disse que é médico sanitário, militante da Reforma Sanitária, trabalhador do Sistema Único de Saúde – SUS, que entende o espaço de Gestão do SUS como fundamental no processo de consolidação do Sistema com o conjunto de ações e serviços que visam o empoderamento dos*

usuários, dos trabalhadores, do controle social e dos arranjos institucionais envolvidos no processo de determinação social da saúde. Nesse sentido, as ações e serviços precisam ser repensadas e ordenadas com o objetivo de qualificar a gestão do cuidado nos territórios de saúde. Propôs a organização da rede de serviços em sete regiões municipais, que visam de fato ordenar a rede a partir da Atenção Primária em Saúde em articulação integrada com os diversos setores do SUS e das ações e serviços públicos ligados à proteção e ao desenvolvimento social. O Secretário propôs que a forma de organização do controle social seja aperfeiçoada e estruturada em sete Conselhos Regionais de Saúde, focados na implementação numa gestão estratégica participativa. A Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas – FESP/Palmas, em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde lançou recentemente o Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde – PMEPS, objetivando integrar e personalizar a formação de recursos humanos no Município às necessidades dos territórios colaborando com o processo de repensar a organização de toda a rede de saúde. Assume o papel estratégico, a formalização e execução dos instrumentos de gestão que visam o monitoramento e avaliação de desempenho dos servidores da saúde nesse processo. Tem ciência de que é necessário criar estratégias efetivas para o enfrentamento nos diversos níveis de prevenção (primordial, primária, secundária, terciária e quaternária) das doenças negligenciadas; doenças crônicas; doenças transmissíveis e não transmissíveis; doenças de transmissão vetorial e controle de zoonoses; e causas externas. Tem conhecimento da avaliação da Atenção Básica realizada pelo Município de Palmas, por meio do Programa de Melhoria da Qualidade do Acesso da Atenção Básica – PMAQ. O Secretário de Saúde disse que o Estado do Tocantins está inadimplente com o Município de Palmas, quanto à corresponsabilidade pelo financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, desde o mês de dezembro/2013, sendo que o valor total da dívida até a data de hoje é de R\$ 1.389.475,23 (Um milhão, trezentos e oitenta e nove mil, quatrocentos e setenta e cinco reais e vinte e três centavos). Disse, ainda, que representou o fato perante à 9ª Promotoria de Justiça da Capital, e que a Procuradoria Geral do Município de Palmas vem tentando receber esses valores administrativamente, inclusive, já se reuniu por diversas vezes com a Secretaria de Estado da Saúde e Secretaria da Fazenda do Estado, com vistas a esgotar essa via de solução da dívida. A Promotora de Justiça deu conhecimento ao Secretário de Saúde Palmas do Procedimento que tramita no MPE, com vistas a averiguar as inconformidades na execução da Política Nacional da Atenção Básica e Políticas Públicas de Vigilância e Atenção à Saúde, executadas por meio da Atenção Básica. Na oportunidade, o Secretário reconheceu a existência dos problemas, bem como demonstrou o compromisso e interesse de saná-los (...).

A Secretaria de Saúde de Palmas/TO encaminhou, por meio do Ofício 1221/2016/SEMUS/GAB/DAB o Relatório de Monitoramento e Avaliação Técnica de todas as Unidades de Saúde da Família, relativo a execução da Política Nacional a Atenção Básica e Políticas Públicas de Vigilância e de Atenção à Saúde desenvolvidas na Atenção Básica (**doc. 41**). Consta desse monitoramento centenas de inconformidades, na sua maioria, relativas a processos de trabalho das Equipes de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde, além de poucas relacionadas as estruturas físicas e organização dos ambientes das Unidades de Saúde.

É importante destacar que, no que diz respeito ao dever do Estado de garantir saúde, o ordenamento jurídico vigente, bem como os Instrumentos de Planejamento e de Gestão do SUS, definem responsabilidades para os agentes públicos que atuam no âmbito do Sistema Único de Saúde, sendo assim, esse dever perpassa a figura do ente estatal, alcançado cada um desses agentes no limite de suas responsabilidades.

Dessa maneira, é importante constar no bojo desta Ação a identificação dos agentes públicos que compõem a Estratégia Saúde da Família; Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde; e Estratégia de Agentes de Endemias:

UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA - 307 NORTE

Maria Josefini Mendonça de Holanda - Coordenadora das ESFs da Região Norte

EQUIPE 03 – TIPO ESFSB

Aline Moreira Stival	Médico
Adojhones Frankcian da Silva Santos	Médico
Sylla Figueiredo da Silva	Enfermeiro
Fábio de Azevedo Moreira	Cirurgião Dentista
Marinalva Ferreira de S. Tavares	Téc. Enfermagem
Kátia Viera dos Santos	Aux. Saúde Bucal

EQUIPE 44

– TIPO ESF

Wilses de Sousa Tapajós	Médico
Katiuska Goedel	Médico
Dayane Cerqueira Vieira	Enfermeiro
Ingrid Costa Oliveira Nunes	Téc. Enfermagem

UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA - 403 NORTE

EQUIPE 25 – TIPO ESFSB

Laís Brito Peres	Médico
Gilmara dos Santos Costa	Enfermeiro
Natália G. Cariolano	Enfermeiro
Yette Santos S. Nogueira	Cirurgião Dentista
Poliana Divina Bonfim Sales	Téc. Enfermagem
Maria de Fátima Alves de Almeida	Aux. Saúde Bucal

EQUIPE 2

9 – TIPO ESF

Janaína Franco Neves	Médico
Denise Maria Cabral Martins	Médico
Ellyara Barreira Alves	Enfermeiro
Karolyne N. Rodrigues	Enfermeiro
Maria Arlene Costa da Silva	Téc. Enfermagem

EQUIPE 64 – TIPO ESFSB

Thyala Vilarindo de M. Abdelaziz
Alan Fernandes Rodrigues
Roseneide Moura Brasil
Fabrício Martins Fernandes
Isis Viana Camelo C. Suarte
Dione Ribeiro da Silva
Mirian ferreira Andrade

Médico

Médico

Enfermeiro

Cirurgião Dentista

Cirurgião Dentista

Téc. Enfermagem

Aux. Saúde Bucal

EQUIPE

70 – TIPO EACS

Sibelle da Costa e S. Andrade

Enfermeiro

UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA - 405 NORTE

EQUIPE 02 – TIPO ESFSB Júnior

Francisco Magalhães Seixas
Flávia Regina Feitosa Modesto
Vânia Souto Moura Amaral
Maria Natalina de Sousa
Maria tavares Duarte

Médico

Enfermeiro

Cirurgião Dentista

Téc. Enfermagem

Aux. Saúde Bucal

EQUIPE

43 – TIPO ESFSB

Álvaro Ferreira da Silva
Daliana França Souza
Ariane Fabre Quagliarello
Janaina Samara Câmara Fagundes
Maria de Jesus Martins da Cunha

Médico

Enfermeira

Cirurgião Dentista

Téc. Enfermagem

Aux. Saúde Bucal

EQUIPE

53 – TIPO ESFSB

Thayga Claussen C. Bernardes
Cláudia da Silva Cirino
Romero de Matos
Ednéia Gomes Lima Arrais
Lilian Alves Américo

Médico

Enfermeiro

Cirurgião Dentista

Téc. Enfermagem

Aux. Saúde Bucal

UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA - 406 NORTE

EQUIPE 04 – TIPO ESFSB

Ellen Anne Florêncio do Carmo
Alessandra Fernandes Bragança
Alex Martins Tosta
Karla Helen de J. Bastos
Paula Rodrigues B. De Freitas
Dulcineide Rosa da Conceição
Rute Pereira de Carvalho

Médico

Médico

Enfermeiro

Enfermeiro

Cirurgião Dentista

Téc. Enfermagem

Aux. Saúde Bucal

EQUIPE

63 – TIPO ESFSB

Andréia Zanon Lopes Ribeiro
Inês Stafin

Médico

Médico

Mirna Ellane Dias Costa Enfermeiro

Herika Araújo Cavalcante Enfermeiro
Juliana Gobbo de Oliveira Cirurgião Dentista
Rafael Augusto dos Santos Cirurgião Dentista
Jassiany Machado de Barros Téc. Enfermagem
Kátia Vieira dos Santos Aux. Saúde Bucal

UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA - 503

NORTE

EQUIPE

05 – TIPO ESF

Adagsmar de Araújo Martins Filho Médico
Sandra Maria Ferreira Siqueira Enfermeiro
Antoniette Stephanie M. S. Lúcio Téc. Enfermagem

EQUIPE

48 – TIPO ESFSB

Murilo Viana Santana Medeiros Médico
Edilma Goes da Costa Enfermeiro
Sílvio Barszcz Cirurgião Dentista
Tainá Lopes dos Santos Aux. Saúde Bucal
Francisco Rodrigues Bezerra Aux. Enfermagem

UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA - 50

8 NORTE

EQUIPE

34 – TIPO ESFSB

Renan Nunes de Souza Médico
Silmara Costa Cunha Diniz Enfermeiro
Sandra Shiratsu Cirurgião Dentista
Maria Fátima de Sousa Téc. Enfermagem
Elaine Moraes Aguiar Aux. Saúde Bucal

UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA - 603

NORTE

EQUIPE

06 – TIPO ESFSB

Alicja Elisbieta Cupek Stafin Médico
Emmanuel Calisto da Costa Brito Enfermeiro
Giancarlo de Montemor Quagliarello Cirurgião Dentista
Bárbara Lorrane Pinto de C. Mollo Téc. Enfermagem
Cleidiane Rodrigues da Silva Aux. Saúde Bucal
Vanderley dos Santos Sousa Aux. Saúde Bucal

EQUIPE

68 – TIPO ESF

Luny Priscylla Miranda Camargo Médico
Mauro Antônio Costa Maués Enfermeiro
Leno Borges Rodrigues Téc. Enfermagem

PROGRAMA DE AGENTES COMUNITARIOS DE SAUDE - POLICLINICA 108 SUL

EQUIPE 45 – TIPO EACS

Lina Coelho Cruz Secco Enfermeiro

EQUIPE

52 – TIPO EACS Enfermeiro
Irian Alves dos Santos

EQUIPE 69 – TIPO EACS Enfermeiro
Ronner Lucena Fernandes

UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA - 210 SUL (LOIANE MORENO)

EQUIPE 33 – TIPO ESFSB
Patrícia Castro dos S. P. Pontieri Médico
Fernando Franco Lafeté Queiróz Médico
Lordânia Moura Corrêa Enfermeiro
Layanne Santos Carneiro Enfermeiro
Mara Liliana Lopes Vasconcelos Cirurgião Dentista
Gezimar Rodrigues da Silva Téc. Enfermagem
Cleuza Júlia a S. Gonçalves Aux. Saúde Bucal

EQUIPE 59 – TIPO ESFSB Médico
Gecilda Regia R. V. Cavalcante Médico
Ricardo Milhomem Costa Enfermeiro
James Stefison Souza Santos Enfermeiro
Maria Amélia Sousa Silva Cirurgião Dentista
Juliana Araújo Rocha Noda César Téc. Enfermagem
Vagna Moraes da Silva Aux. Saúde Bucal
Maria Gomes Ribeiro

EQUIPE 60 – TIPO ESFSB Médico
Lilian Vilela Mancilha Médico
Marina Soares Pedreira Enfermeiro
Adna Moreira de Oliveira Santos Cirurgião Dentista
Rejane Soares Camarço Tanus Téc. Enfermagem
Luzirene Pereira Martins Aux. Saúde Bucal
Aldinéia Oliveira dos Santos

UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA - 403 SUL

Ana Cristina Barbosa de Mendonça - Coordenadora das ESFs da Região Centro Sul

EQUIPE 31 – TIPO ESFSB Médico
Múcio Guilherme M. de Oliveira Enfermeiro
Kelly Fassina Cirurgião Dentista
Leonardo Paz da Silva Téc. Enfermagem
Analice Rodrigues Aux. Saúde Bucal
Graciane Reis Gama

EQUIPE 46 – TIPO ESF Médico
Katarina Fonseca Ferreira Enfermeiro
Albanice Duarte Lima Pinto

Keyla Soares Almeida Téc. Enfermagem

EQUIPE

67 – TIPO ESF

Mariana Freitas Sandoval

Camile Vechiato

Doraci Nunes de Oliveira Silva

Médico

Médico

Téc. Enfermagem

UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA - 712

SUL

EQUIPE 07

– TIPO ESF Paniago

Shaane Bianca Andalécio

Wanderléia Gonçalves A. Primo

Marcela Silva Menezes

Robson de Sousa

Daniela de A. Bragança

Marinete Rodrigues de Araújo

Poliana de Miranda Neto

Medico

Medico

Enfermeiro

Enfermeiro

Cirurgiã Dentista

Téc. Enfermagem

Aux. Saúde Bucal

EQUIPE 27

– TIPO ESFSB

Múcio José B. Fernandes

Médico

Marcella de Oliveira Santiago

Lilian Bedin

Elenilda Almeida Veira

Karina Miranda César Pereira

Tamires Gonçalves Soares

Maria Leude B. da Costa

Médico

Enfermeiro

Enfermeiro

Cirurgião Dentista

Téc. Enfermagem

Aux. Saúde Bucal

EQUIPE 62

– TIPO ESF

Débora Pacheco Azevedo Araújo

Médico

Davyd Cristhyan M. Ferreira

Danyela Martins Cerqueira

Rita de Cássia Strapasson

Enfermeiro

Enfermeiro

Téc. Enfermagem

UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA - 806

SUL

EQUIPE 26 – TIPO ESFSB

Médico

Guido Freitas Muniz

Amanda Emiko Zensque Falchione

Rosemeire Cardoso Leite

Soraia Barros Moreno

Angelita Amorim dos Santos

Médico

Enfermeiro

Cirurgião Dentista

Aux. Saúde Bucal

EQUIPE 35 – TIPO ESFSB

Bruna Antunes Ramos

Médico

Fernanda Fleury Suavinha

Viviane Vale do Nascimento

Médico

Enfermeiro

Maria de Fátima Maciel de Sousa
Maria do Carmo Teodoro
Selma Maria Martins de Carvalho

Cirurgião Dentista
Téc. Enfermagem
Aux. Saúde Bucal

EQUIPE 57 – TIPO ESF

Anne leites Flamina
Isabele Martins Valentim
Edvirgens Carneiro Lopes Lemos
Carlita Bezerra Pereira

Médico
Médico
Enfermeiro
Téc. Enfermagem

UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA - 1004

SUL

EQUIPE 24 – TIPO ESFSB

Marlonn de Oliveira Gomes Filho
Mirela Luna Braun Giovanetti
Vera Marisa A. Costa
Lívia Antero Pereira
Deusanira Mota dos Santos

Médico
Enfermeiro
Cirurgião Dentista
Téc. Enfermagem
Aux. Saúde Bucal

EQUIPE 41 – TIPO ESFSB

Médico

Adilson Lopes Moreira
Tanha Mara Naomi Kikushi Silva
Júlio César Martins Mascarenhas
Jandyara Rodrigues da Silva
Maria Bethania Saraiva Pimentel

Enfermeiro
Cirurgião Dentista
Téc. Enfermagem
Aux. Saúde Bucal

EQUIPE 65 – TIPO ESF

Médico

Tamyres Patricia Ribeiro Alencar
Danielle Ullmann Bodner
Daiana Maria da Silva

Enfermeiro
Téc. Enfermagem

UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA - 1103

SUL

EQUIPE 42 – TIPO ESF

Médico

Clayton de Souza
Lívia Fernandes Cruz
Reinandia Pontes F. Lustosa
Wellen Rodrigues Vilanova

Médico
Enfermeiro
Téc. Enfermagem

EQUIPE 50 – TIPO ESFSB

Médico

Yáscara de Bastos
Bruno Soares Pires
Cláudia Giovanete Medeiros Mendes
Maria Dilce Wania R. A. Nascimento
Vanessa Furlaneto Gonzaga
Maria de Jesus H. dos Santos
Maria Goreti Portela de Carvalho

Médico
Enfermeiro
Enfermeiro
Cirurgião Dentista
Téc. Enfermagem
Aux. Saúde Bucal

UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA - 1106

SUL

EQUIPE 08 – TIPO ESFSB

Médico

Flávia Martins Gonçalves
Ticiane Nunes de Oliveira
Mayara Reysila Mersher
Marcelo Magno Matinovski
Maria Fernandes da Cruz
Aurora das Mercês M. Santos

Médico
Enfermeiro
Cirurgião Dentista
Téc. Enfermagem
Aux. Saúde Bucal

UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA - 1206 SUL (Valéria Martins Pereira)

EQUIPE 09 – TIPO ESFSB

Daniela da Motta Rodrigues

Médico

Lucilene Silva Oliveira Lopes
Márcia Valéria B. Cunha
Alessandra Moreira S. de Castro
Rozânia Araújo Teixeira
Cleidilene Oliveira C. Duarte

Enfermeiro
Enfermeiro
Cirurgião Dentista
Téc. Enfermagem
Aux. Saúde Bucal

EQUIPE 55 – TIPO ESFSB

Médico

Brunno André Neres Pereira
Ériko Marvão Monteiro Duarte
Daniela Rodrigues C. Silva
Ana Paula Barbosa de Brito
Gilma Paula Barbaresco Oliveira
Vanderlene Ferreira de Oliveira
Maria Oneide Almeida Silva

Enfermeiro
Enfermeiro
Cirurgião Dentista
Cirurgião Dentista
Téc. Enfermagem
Aux. Saúde Bucal

EQUIPE 56 – TIPO ESFSB

Médico

Daniella Gonçalves Brito
Vânia Sakai Souza
Diana Leão Rodrigues Frota
Flávia Pereira Silva
Eldirene Gomes dos Reis

Enfermeiro
Cirurgião Dentista
Téc. Enfermagem
Aux. Saúde Bucal

UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA - ALTO BONITO

EQUIPE 30 – TIPO ESFSB

Médico

Mariana Dourado Pinto
Débora Rakel Pegado Barbosa
Felipe da Silva Almeida
Ester Aires da Silva Santos
Neilina Mendes Batista

Enfermeiro
Cirurgião Dentista
Téc. Enfermagem
Aux. Saúde Bucal

UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA - AURENY

II EQUIPE 11 – TIPO ESFSB

Fabrine Vieira Ribeiro	Médico
Rosilda Luiz de Albuquerque	Enfermeiro
João de Oliveira Costa	Cirurgião Dentista
Maria Ivone Alves de Oliveira Lopes	Téc. Enfermagem
Jaques Ariane Arsego Lima	Aux. Saúde Bucal
EQUIPE 20 – TIPO ESF	Médico

Clauderise Neres de Barros Oliveira	
Lorraine Dias Brandão	Enfermeiro
Girlene Pinto de Brito Araújo	Téc. Enfermagem

UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA - EUGENIO PINHEIRO

Ivana Felícia S. dos Santos - Coordenadora das ESFs das Regiões Sul e Zona Rural

EQUIPE 10 – TIPO ESFSB	Médico
Angélica Cristina Solorzano Antunes	
Ihago Parente Lacerda Araújo	Enfermeiro
Arsení Lázaro Facundes	Cirurgião Dentista
Edna Gomes Barbosa	Téc. Enfermagem
Ediléia Dias Gonçalves	Aux. Saúde Bucal
EQUIPE 19 – TIPO ESFSB	Médico

Adna de Oliveira Andrade Souza	
Maria Estela Barbosa dos Santos	Enfermeiro
Isnaya Almeida Brandão Lima	Cirurgião Dentista
Maria Neila Oliveira de Paiva	Téc. Enfermagem
Enoque Sousa Santos	Aux. Saúde Bucal
EQUIPE 15 – TIPO ESFSB	Médico

Pedro Ernani Portela Luz	
Roseani do Carmo Tobias	Enfermeiro
Luiz Fernando Neres Sampaio	Cirurgião Dentista
Cristiano Shiguemi Amorim	Cirurgião Dentista
Jéssica Cardoso Carvalho	Téc. Enfermagem
Luiza Tavares Neta	Aux. Saúde Bucal

UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA – JOSE LUCIO DE CARVALHO

EQUIPE 37 – TIPO ESFSB	Médico
Rafael Moreira Borges Cardoso	
Thascianne de Sousa Diniz	Enfermeiro
Morgana Leite de Oliveira	Cirurgião Dentista
Adriana Rodrigues de O. Pereira	Téc. Enfermagem
Maria Rita Pereira de Sousa	Aux. Saúde Bucal
EQUIPE 49 – TIPO ESF	Médico

Yuseily Rodrigues Gonzalez	
Samara Caroline de Avelar	Enfermeiro

Ângela Rodrigues Aires Gonçalves Téc. Enfermagem
EQUIPE 58 – TIPO ESF Médico

Joaquim Rocha Pereira
Daniela de Souza Silva Enfermeiro
Maria das Dores C. da Silva Téc. Enfermagem

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA - LAURIDES

LIMA M ILHOMEM

EQUIPE 13 – TIPO ESFSB Médico

Fernanda Rosa Luiz Médico
Thayne Almeida Diniz Enfermeiro
Kairo Sairo Porto de Melo Cirurgião Dentista
Lúcio Fernando da Silva Pin Téc. Enfermagem
Cleone Rodrigues de Sousa Aux. Saúde Bucal
Elicleide Saraiva Brito Médico

EQUIPE 23 – TIPO ESFSB

Ana Paula Pedreira Lima Rocha
Felipe Bute Bonfim Médico
Camilla Janne da Silva Enfermeiro
Isabella Afonso de Souza Enfermeiro
Ivan Carlos Frank Cirurgião Dentista
Iracely Oliveira Sousa Téc. Enfermagem
Deuzivania Brito de Carvalho Aux. Saúde Bucal

EQUIPE 32 – TIPO ESFSB

Médico

Carolina Lemos Cunha
Andreysa Conti Silva Médico
Richely Manoel da Silva Enfermeiro
Marco Antônio Furtado Cirurgião Dentista
Patricia Rodrigues Taveira Téc. Enfermagem
Leyla Aguiar Barros Aux. Saúde Bucal

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA - LIBERDADE

EQUIPE 12 – TIPO ESFSB Médico

Gilber Augusto Silvério
Elivania Quixaba Neres Enfermeiro
Juliúrsula Coelho Ferreira Cirurgião Dentista
Maria Claudete Sales Batista Téc. Enfermagem
Lucimar Barbosa Marinho Aux. Saúde Bucal

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA - NOVO HORIZONTE

EQUIPE 14 – TIPO ESFSB Médico

Renata de Souza Freitas Silva
Shamia Santos Benevides Enfermeiro
Maurílio Dias dos Santos Cirurgião Dentista

Gleicy Oliveira de Aquino Téc. Enfermagem

Maria Luiza Sousa de Silva Aux. Saúde Bucal
EQUIPE 54 – TIPO ESF Médico

Aline de Castro Viana Enfermeiro
Márcia Holanda Lima Téc. Enfermagem
Marcelo Pinto Neves

UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA – TAQUARI

EQUIPE 17 – TIPO ESFSB Enfermeiro

Jéssica Kelly Sousa Pereira Cirurgião Dentista
Eduardo Resende Arantes Téc. Enfermagem
Leonice Ayres Santana Aux. Saúde Bucal
Reinaldo Alves Pereira Médico

João Luiz Filho Enfermeiro
Ana Carla Fonseca Figueiredo Téc. Enfermagem
Francisca das Chagas C. Oliveira Médico

Leonardo Alves Monturil Médico
Ingo Schlenker Cirurgião Dentista
Leonardo Ruffo Ayres de Sena Cirurgião Dentista
Jhéssica Lorrane de Araújo Pinto Téc. Enfermagem
Ana Cláudia Batista Sobrinho

UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA – TAQUARUÇU (Walter P. Morato)

EQUIPE 18 – TIPO ESFSB Médico
Osvaldo Pinto Neto Enfermeiro
Sidney de Souza Ribeiro Cirurgião Dentista
Francisco Luiz Gonçalves Cirurgião Dentista
Thainara da Silva Santos Téc. Enfermagem
Maria de Jesus Costa Paiva Aux. Saúde Bucal
Águina Maria Cirqueira de Sousa

UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA - BELA VISTA

EQUIPE 16 – TIPO ESFSB Médico

Aline Alexandre Lopes Enfermeiro
Rayanne Rodrigues Fernandes Cirurgião Dentista
Jorgiane Cunha Leal Téc. Enfermagem
Darcyleide Saraiva Silva Aux. Saúde Bucal
Maria do Socorro dos Santos

UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA - MORADA DO SOL

EQUIPE 47 – TIPO ESFSB

Fernanda Navarin Queiróz

Marissa de Jesus Santana

Nathana Martins Almeida Arantes

Marcilene Francisca de Sousa

Maria Teresa P. Rocha

EQUIPE 66 – TIPO ESF

Yusimi Rodrigues Moreno

Glamar Cunha da Silva

Telma Rita Veiga Machado Nonato

Médico

Enfermeiro

Cirurgião Dentista

Téc. Enfermagem

Aux. Saúde Bucal

Médico

Enfermeiro

Téc. Enfermagem

UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA - SANTA B

A RBARA

EQUIPE 38 – TIPO ESFSB

Valter Araújo Rodrigues Junior

Joana D'arc Gonçalves de Oliveira

Soraia Costa Borges Barbosa

Sandra Farias da Silva

Munique Aguiar de Melo Carvalho

EQUIPE 40 – TIPO ESFSB

Yamille Alvarez Pereira

Lillya Luara Porto Feitosa

Raquel Holanda da Silva Alves

Cristine Mourão Araújo Maia

Margareth Marques da Silva Gabriel

Merces Marcelina da F. Santos

Médico

Enfermeiro

Cirurgião Dentista

Téc. Enfermagem

Aux. Saúde Bucal

Médico

Enfermeiro

Cirurgião Dentista

Cirurgião Dentista

Téc. Enfermagem

Aux. Saúde Bucal

UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA - SANTA F

E

EQUIPE 21 – TIPO ESFSB

José Carlos da Silva Henriques

Verônica Fagundes Leal

Monik Evilyn melo Costa

Leomar Barbosa Campos

Suzana Silva Sousa

EQUIPE 22 – TIPO ESFSB

Alina González Toscano Vianna

Kenia Bonfim Batista dos Santos

Milena Moraes Sodré

Celenne Evelyn Barreto dos Anjos

Elisfátima Coelho Portilho

Médico

Enfermeiro

Cirurgião Dentista

Téc. Enfermagem

Aux. Saúde Bucal

Médico

Enfermeiro

Cirurgião Dentista

Téc. Enfermagem

Aux. Saúde Bucal

UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA - SETOR SUL

EQUIPE 28 – TIPO ESFSB

Médico _____

Rodrigo David Silva
Carmem Catarina C. Andrade
Lucas Baltazar A. de Mendonça
Simone Santos Alcântara
Ana Curcino Almeida

Enfermeiro
Cirurgião Dentista
Téc. Enfermagem
Aux. Saúde Bucal

UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA – BURITIRANA (Mariazinha R. da Silva)

EQUIPE 39 – TIPO ESFSB

Médico

Benvinda Pereira J. Mascarenhas
Joseane Messias de M. Alencar
Rafaella da Silva Potury
Julle Sthephany Lopes V. M. Silva
Marivone Ribeiro de Araújo

Enfermeiro
Cirurgião Dentista
Téc. Enfermagem
Aux. Saúde Bucal

UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA - TAQUARUÇU GRANDE (Walterly Wagner)

EQUIPE 36 – TIPO EACS

Médico

Marcelo de Campos
Simone Moraes Marinho
Mariné Carvalho Garcia

Enfermeiro
Téc. Enfermagem

NASF REGIAO NORTE		
NOME	PROFISSIONAL	ABRANGENCIA
Eutália Barbosa Rodrigues Naves	Assistente Social	USF 503 Norte (equipes 05 e 48)
Luiza de Sousa Silva	Psicólogo	
Kathy Mauricia Germaine Mentem	Psicólogo	
Fabiola Gonzaga Solino Pardinho	Assistente Social	
Tatianne Fraga Cornélio	Nutricionista	USF 603 Norte (equipes 06 e 68)
Kelly Cristina de Oliveira Souza	Enfermeiro	
Gercimeire Coêlho de C. dos Santos	Fisioterapeuta	
Uatilla Lorana Ribeiro Henrique	Nutricionista	USF 405 Norte (equipes 02, 43 e 53)
Layanny Bueno dos Santos	Psicólogo	
Samuel Bernardo da Costa	Educador Físico	
Rhuan Carlos Cavalcante Lucas	Enfermeiro	
Rayana Rodrigues Lira	Psicólogo	

NASF REGIAO CENTRAL		
NOME	PROFISSIONAL	ABRANGENCIA
Núccia Raquel Barbosa Rodrigues	Fonoaudiólogo	USF 1103 Sul (equipes 42 e 50)
Fernanda Carneiro Marinho Nolêto	Nutricionista	
Laurilândia Oliveira da Silva	Psicólogo	USF Valéria Martins (equipes 09, 55 e 56)
Priscylla Cassol	Psicólogo	
Carla Fernanda Silvestre	Psicólogo	
Alderina Costa de Sousa	Assistente Social	
Túlio Vilela Santos	Fisioterapeuta	
Gleyce da Silva Sales	Nutricionista	USF 1106 Sul (equipe 08)
Irisneide Dias Barbosa	Fisioterapeuta	USF 1104 Sul (equipes 24, 41 e 65)
Auriane Quixaba da Paixão de Sousa	Assistente Social	
Benedita Maryjose Gleyk Gomes	Enfermeiro	
Aldeides Francisca da Silva	Assistente Social	
Natália Matos Pereira	Psicólogo	

NASF REGIAO SUL		
NOME	PROFISSIONAL	ABRANGENCIA
Jorge Luiz Barbosa de Moura	Fisioterapeuta	USF Taquari (equipes 17, 51 e 61)
Elghislane Carvalho Oliveira Carnauba	Fisioterapeuta	
Ângela Costa Soares	Psicólogo	USF José Lúcio (equipes 37, 49 e 58)
Telminayara dos Santos Sousa	Psicólogo	
Érica Pollyana Oliveira Nunes	Assistente Social	
Lorena Martins da Silva	Nutricionista	
Ana Caroline de Sousa M. Rodrigues	Psicólogo	

AGENTES DE ENDEMIAS	
NOME	LOTAÇÃO
Adailson Araújo Alves	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Adalberto Soares Mota	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Adão José Teixeira	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Ademilton Alves Guimarães	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Adinoel de Maria Silva	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Adriano Costa Ferreira	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Adriano Ferreira Rios	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses

Adriano Galucio Batista	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Adriano Marques Martins Reis	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Agmar Pereira de Sousa	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Aldecley Santos Morais	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Alex Mangueira da Silva	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Alisson Feitosa Sousa	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Amauri Cordeiro Pinto	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Ana Cristina Pereira da Silva	Diretoria de Vigilância em Saúde
Antônio Carlos Pereira Alves	Diretoria de Atenção Básica
Antônio Carlos Vieira do Nascimento	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Antônio Francisco Pereira	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Antônio Francisco Silva Costa	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Antônio Manoel Pereira de Carvalho	Gerência de Vigilância Ambiental e do Trabalhador
Antônio Santana Alves de Sousa	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Arisbaldo Andrade Almeida	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Arlan Alves da Silva	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Armando Paulino da Silva	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Arquimedes Pereira Terencio	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Belmivan Pereira Campos	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Bruno Macedo de Souza	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Cassiano Tavares de Sousa	Servidor de licença interesse particular
Cedimar Feliciano	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Cícera Bandeira Santos	Servidor afastado - processo adm. disciplinar
Cícero Neres da Silva	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Cícero Pinto de Oliveira	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Cícero Vanderlei da Silva Lira	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Claudio da Silva	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Cledson de Oliveira Sousa	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Cleibejan Rodrigues da Silva	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Cleiber de Moraes da Cunha	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Cleiton Cardoso de Sousa	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Cleomy Silva Sousa	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Cleubis Lopes da Silva	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Cosmo Luiz da Silva	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses

Dalismar Alves Gomes	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Darlan Alves da Silva	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
David Cavalcante de Sousa	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Descio Pereira Rodrigues	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Dimael Pereira da Silva	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Divino Alves de Sousa	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Domingos Jânio da Silva Carneiro	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Domingos Sales Souza	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Eder Castro da Silva	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Edilson Bezerra Oliveira	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Edinael Luna de Sa	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Edissorene Capistrano da	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Edivaldo Geraldo de Bessa	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Elenilson dos Reis Santos Sousa	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Eliano Tereza da Costa	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Eliomar Barbosa de Araújo	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Erasmus Arcanjo Silveira	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Erliton Alves dos Santos	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Erinaldo Araújo Carvalho	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Eriveldo Miranda dos Santos	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Erlancio Tavares de Sousa	Gerência de Vigilância Ambiental e do Trabalhador
Evaldo Carvalho	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Evaldo Figueredo Braga	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Evanasildo Gonçalves de Castro	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Fábio Henrique Marques	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Fábio Silva de Jesus	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Fernando de Sousa	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Francielton Pereira Lustosa	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Francinaldo Alves da Rocha	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Francisco Alves de Araújo Filho	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Francisco Barbosa da Silva	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Francisco Conceição Pereira	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Francisco das Chagas Sousa Vale	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Francisco Feitosa Alves	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses

Francisco José Araújo de Oliveira	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Francisco Pereira Pontes	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Francisco Resene Castro	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Francisco Rocha Ferreira	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Gedeon França Paes	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Geovane Dias Costa	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Gerson Apolinário Pacheco	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Gilberto Geraldo Lopes de Bessa	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Gilson Vieira Pacheco	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Hélio da Silva Oliveira	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Hélio José Alves	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Hélio Teixeira de Almeida	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Helmo de Oliveira Lino	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Hugo Alves de Souza	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Hugo Henrique Alves de Cerqueira	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Iranildo Pereira dos Santos	Servidor afastado - processo adm. disciplinar
Isaías Santos da Cruz	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Israel Bispo Teixeira	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Izaías Vieira da Silva	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Jailson Cerqueira de França	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Jesse Ferreira Lopes	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Jessimar Nascimento Sa	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
João Carlos da Silva Nascimento	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
João Filho de Sousa Pereira	Gerência de Vigilância em Saúde
João Machado do Nascimento Filho	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Joãozinho Pereira Soares	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Joaquim Borges da Silva	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Joaquim de Araújo	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
José Batista Nunes	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
José Cláudio Carvalho Sousa	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
José Januário da Silva	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
José Luiz Peres da Silva	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
José Maurício Alves da Silva	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Josemy Pereira Soares	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses

José Neto Pereira Ferreira	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Josenézio Borges de Sousa	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Josenildo de Sousa	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
José Raimundo Costa dos Santos	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
José Wilmar Alves de Araújo	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Josimar Nunes Malaquias	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Josimar Silva Santos	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Josivam Barbosa Soares	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Josué dos Santos Godinho	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Laurimarques Barbosa	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Lauro Gomes da Silva	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Leilson Cavalcante Cardoso	Gabinete
Leonhard Diniz Galindo	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Leovegildo Santos Sousa	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Lorival da Rosa Correa	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Luciano Arruda da Silva	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Luis da Silva Carneiro	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Luiz Pedro Campos de Moura	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Lusmar Pereira de Lima	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Luziano Bispo Varanda	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Luzigleudson Carneiro de	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Manoel Borges de Sousa	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Manoel Maria Rozeno Lira Martins	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Manoel Messias Rocha	USF Santa Fé
Marcelho Burgues Coutinho	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Marcelo da Conceição Nascimento	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Marcelo dos Santos	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Marcelo Rodrigues Pinto	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Márcio José Fontes	Servidor afastado - processo adm. disciplinar
Marcondes Barbosa dos	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Marcos Alves de Souza	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Marcos Maciel Pereira Guedes	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Marinelson Marques de Albuquerque	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Marisnete Evangelista Lima	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses

Maurício Carvalho Ribeiro	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Maurício Lopes de Andrade	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Maurício Rodrigues Suarte	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Mauro Miguel de Oliveira	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Mauro Rodrigues dos Santos Júnior	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Missias Alves da Silva	Servidor afastado - processo adm. disciplinar
Mivaldo Alves Alceno	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Mosiel Miranda de Jesus	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Nelson Alves de Melo	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Nelson Martins Cardoso	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Neuton Antônio dos Santos	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Ofélia Maria Xavier	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Orlando Francisco Cruz	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Osmar de Sousa Castro	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Ozanan Messias Borges	Gerência de Vigilância Ambiental e do Trabalhador
Oziel Veira de Oliveira	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Paulo dos Santos Dias de	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Rafael Mesquita Oliveira	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Raimundo Nonato Rodrigues de Sousa	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Raimundo Soares dos Santos Júnior	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Raimundo Zacarias Machado	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Raphael Almeida de Sousa	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Regina Alves da Luz	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Reginaldo Nunes Cardoso	Servidor afastado - processo adm. disciplinar
Reinaldo Lustosa Soares	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Renato Cirqueira de França	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Renan Leite Alves	Servidor afastado - processo adm. disciplinar
Romiro Pacheco Santana	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Rosicler Camargo da Silva	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Rubens Lucas Cavalcante	Diretoria de Vigilância em Saúde
Rubens Pires Monção	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Salvani Alves Nogueira	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Sandro Alves Galvão	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Sansão Alves da Silva	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses

Sebastião Rodrigues Campos Filho	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Sebastião Venancio de Lima	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Selyane Pereira de Souza	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Severo Sérgio Marinho Pinto	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Stenyo Ryders Fernandes	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Supercílio da Mota Barros Júnior	Gerência de Regulação
Thiago Santos Santiago	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Tiago Alves de Sousa	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Valdemir Sousa de Freitas	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Valdivino Maia Barboza	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Varneis Marinho Valença	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Veranildo Medeiros Dantas	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Vilmar Batista de Carvalho	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Wanderley Barbosa de	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Wandson Ferreira Arrais	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Weider Gomes Lopes	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Wellisson Pinto de Sousa	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Wender Fernandes Maia	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Wenderson Batista Gaspio	Gerência de Vigilância e Controle de Zoonoses
Willian Moreira Cavalcante	Diretoria de Gestão Integrada
Wilmar da Luz Xavier Júnior	Servidor de licença interesse particular

Com relação ao Monitoramento da Produtividade (fls. 1.218-1.410), pode-se constatar que algumas Equipes não cumprem as metas pactuadas constantes do Sistema de Informação de Pacto da Atenção Básica - SISPACTO, no Programa de Melhoria da Qualidade e do Acesso na Atenção Básica - PMAQ e demais instrumentos de pactuação entre gestores (**doc. 41 - ANEXO XIII**).

Importante constar que essas metas são relativas aos: indicadores de saúde (Equipe); visitas domiciliares (Equipe); atendimentos individuais (Equipe); primeira consulta odontológica (Dentista); cobertura vacinal (Equipe); ações do programa de controle do câncer do colo de útero (Equipe); ações de combate e controle de doenças infecciosas; de áreas programáticas; e políticas nacionais : atenção à saúde da mulher (pré-natal/puerpério/planejamento familiar/climatério), saúde da criança (aleitamento

materno/crescimento e desenvolvimento infantil/alimentação e nutrição), saúde do idoso (fatores de risco/doenças crônicas/acidentes/violência), saúde do adolescente (atenção integral), saúde do homem (atenção integral), saúde bucal; cadastro de 100% da população no E-SusAB(ACS); implantação de acolhimento a demanda espontânea; classificação de famílias segundo necessidade de saúde e vulnerabilidade; administração de benzilpenicilina para tratamento de sífilis em gestantes e parceiros nas UBSs.

As consequências decorrentes do não cumprimento das metas pactuadas refletem diretamente na qualidade de vida e saúde da população, propiciando doenças e agravos evitáveis, sendo que em muitos casos, com sequelas permanentes, a exemplo de recém-nascidos anoxiados, sífilis congênita, crianças sequeladas pela hanseníase, leishmaniose tegumentar e visceral, mortalidade materna e infantil entre outros. E ainda, a migração dessa demanda para as Unidades de Pronto Atendimento e Hospitais, diante do agravamento de quadros clínicos.

Tudo isso, diz respeito à responsabilidade sanitária sobre a população adscrita, que recai em todos os agentes públicos que atuam no âmbito do SUS: Secretário de Saúde; Diretorias; Coordenações; Gerências; Assessorias; Apoios Administrativos e Profissionais de Saúde (médicos/enfermeiros/dentistas/técnicos de enfermagem/auxiliares de saúde bucal/agentes comunitários de saúde).

Eminente Juiz, a partir de uma análise comparativa da produtividade das Equipes, verifica-se o desempenho maior de uma Equipe em relação a outra, pode ser em razão do grau de comprometimento e organização das equipes locais; qualidade do diagnóstico situacional de cada Equipe, e planejamento e execução de ações de enfrentamento das problemáticas identificadas no território de atuação.

Importante observar o alto custo dos gastos em saúde, apresentados no Relatório Detalhado do Primeiro Quadrimestre de 2016 (**doc. 42**), perfazendo um total de R\$ 59.001.507,66 (cinquenta e nove milhões, um mil, quinhentos e sete reais e sessenta e seis centavos), no qual se inclui despesas com pessoal, que perfaz a quantia de R\$ 40.255.408,63 (quarenta milhões, duzentos e cinquenta e cinco mil, quatrocentos e oito reais e sessenta e três centavos). Entende-se que com esses

investimentos e estruturas existentes é possível um melhor desempenho por parte da Secretaria de Saúde de Palmas/TO, sobretudo, diante do alto custo despendido com o incremento deste serviço público.

Ressalte-se que, muito embora o município de Palmas tenha sido contemplado pelo Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), não cuidou de solucionar as inconformidades detectadas pelos setores de Auditoria, sobretudo, as que dizem respeito aos processos de trabalho referentes as Políticas Públicas de Vigilância e de Atenção à Saúde, desenvolvidas por meio da Atenção Básica, impactando, negativamente, nos indicadores de saúde da população.

O Secretário de Estado da Saúde encaminhou, por meio do OFICIO 2428/2016 - SESAU/GABSEC, Relatório de Monitoramento e Avaliação da execução dos serviços de saúde realizados pelo município de Palmas/TO, por Unidade de Saúde da Família, desenvolvido pela Diretoria de Atenção Primária (DAP/SESAU) em parceria com técnicos da gestão municipal de saúde, (doc. 43), onde se pode encontrar centenas de inconformidades, as quais, na sua maioria, relativas a processos de trabalho das Equipes de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde, além de outras relacionadas às estruturas físicas e de organização dos ambientes das Unidades de Saúde.

VI. DO DIREITO A SAUDE

Como é cediço, consta do texto da Constituição da República previsão de que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Trata-se de direito subjetivo, previsto no artigo 196, logo, a omissão do Poder Público em conferir completa eficácia aos comandos constitucionais deve ser reprimida pelo Poder Judiciário.

Trata-se a saúde de direito fundamental de segunda geração, que se caracteriza por exigir prestações positivas por parte do Estado. Desse modo, não se trata, como nos direitos de primeira geração, de apenas impedir a intervenção do Estado em desfavor de liberdades individuais, mas de garantir a efetivação do direito à saúde, que reclama uma ação positiva do Estado, a fim de promover uma existência compatível com a dignidade inerente à pessoa humana. Como destaca o Ministro Celso de Mello:

(...) enquanto os direitos de primeira geração (direitos civis e políticos) – que compreendem as liberdades clássicas, negativas ou formais – realçam o princípio da liberdade e os direitos de segunda geração (direitos econômicos, sociais e culturais) – que se identificam com as liberdades positivas, reais ou concretas – acentuam o princípio da igualdade, os direitos de terceira geração, que materializam poderes de titularidade coletiva atribuídos genericamente a todas as formações sociais, consagram o princípio da solidariedade e constituem um momento importante no processo de desenvolvimento, expansão e reconhecimento dos direitos humanos, caracterizados, enquanto valores fundamentais indisponíveis, pela nota de uma essencial inexauribilidade.” (STF – Pleno – MS nº 22164/SP – rel. Min. Celso de Mello, Diário da Justiça, Seção I, 17-11-1995, p. 39.206) (grifo acrescido)⁹.

O direito à saúde é dever estatal que gera para o indivíduo direito público subjetivo, devendo o Estado colocar à sua disposição serviços que tenham por fim promover, proteger e recuperar a saúde. Desta feita, conforme já dito, a omissão do Poder Público em conferir completa eficácia aos comandos constitucionais relativos ao direito à saúde deve ser repelida pelo Poder Judiciário.

Sob esse fundamento tem o Supremo Tribunal Federal decidido reiteradamente. Confira-se, a respeito, o julgamento da ADI 1.458/MC-DF:

*DESRESPEITO À CONSTITUIÇÃO - MODALIDADES DE COMPORTAMENTOS INCONSTITUCIONAIS DO PODER PÚBLICO - O desrespeito à Constituição tanto pode ocorrer mediante ação estatal quanto mediante inércia governamental. A situação de inconstitucionalidade pode derivar de um comportamento ativo do Poder Público, que age ou edita normas em desacordo com o que dispõe a Constituição, ofendendo-lhe, assim, os preceitos e os princípios que nela se acham consignados. Essa conduta estatal, que importa em um facere (atuação positiva), gera a inconstitucionalidade por ação. - **Se o Estado deixar de adotar as medidas necessárias à realização concreta dos preceitos da Constituição, em ordem a torná-los efetivos, operantes e exequíveis, abstendo-se, em consequência, de cumprir o dever de prestação que a Constituição lhe impôs, incidirá em violação negativa do texto constitucional.** Desse non facere ou non praestare, resultará a inconstitucionalidade por omissão, que pode ser total, quando é nenhuma a providência adotada, ou parcial, quando é insuficiente a medida efetivada pelo Poder Público. (RTJ 162/877-879, Rel. Min. CELSO DE MELLO).*

Nesse diapasão, resta pacificado no Supremo Tribunal Federal, como conduta inconstitucional, tanto a ação quanto a inércia estatal em concretizar os preceitos constitucionais.

No julgamento do RE-AgR 393175, o Ministro Celso de Mello

⁹ MORAES, Alexandre de. *Direitos Humanos Fundamentais*. São Paulo: Atlas, 1998, p. 44-5.

alerta que o direito à saúde não pode ser transformado em "promessa incosequente":

E M E N T A: PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE E DOENÇA MANÍACO-DEPRESSIVA CRÔNICA, COM EPISÓDIOS DE TENTATIVA DE SUICÍDIO - PESSOAS DESTITUÍDAS DE RECURSOS FINANCEIROS - DIREITO À VIDA E À SAÚDE - NECESSIDADE IMPERIOSA DE SE PRESERVAR, POR RAZÕES DE CARÁTER ÉTICO-JURÍDICO, A INTEGRIDADE DESSE DIREITO ESSENCIAL - FORNECIMENTO GRATUITO DE MEDICAMENTOS INDISPENSÁVEIS EM FAVOR DE PESSOAS CARENTES - DEVER CONSTITUCIONAL DO ESTADO (CF, ARTS. 5º, "CAPUT", E 196) - PRECEDENTES (STF) - ABUSO DO DIREITO DE RECORRER - IMPOSIÇÃO DE MULTA - RECURSO DE AGRAVO IMPROVIDO. O DIREITO À SAÚDE REPRESENTA CONSEQUÊNCIA CONSTITUCIONAL INDISSOCIÁVEL DO DIREITO À VIDA. - **O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (art. 196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular - e implementar - políticas sociais e econômicas idôneas que visem a garantir, aos cidadãos, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e médico-hospitalar. - O direito à saúde - além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas - representa consequência constitucional indissociável do direito à vida. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional. A INTERPRETAÇÃO DA NORMA PROGRAMÁTICA NÃO PODE TRANSFORMÁ-LA EM PROMESSA CONSTITUCIONAL INCOSEQUENTE.** - O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política - que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro - não pode converter-se em promessa constitucional incosequente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado.

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA, A PESSOAS CARENTES, DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS À PRESERVAÇÃO DE SUA VIDA E/OU DE SUA SAÚDE: UM DEVER CONSTITUCIONAL QUE O ESTADO NÃO PODE DEIXAR DE CUMPRIR. - O reconhecimento judicial da validade jurídica de programas de distribuição gratuita de medicamentos a pessoas carentes dá efetividade a preceitos fundamentais da Constituição da República (arts. 5º, "caput", e 196) e representa, na concreção do seu alcance, um gesto reverente e solidário de apreço à vida e à saúde das pessoas, especialmente daquelas que nada têm e nada possuem, a não ser a consciência de sua própria humanidade e de sua essencial dignidade. Precedentes do STF.

MULTA E EXERCÍCIO ABUSIVO DO DIREITO DE RECORRER. - O abuso do direito de recorrer - por qualificar-se como prática incompatível com o postulado ético-jurídico da lealdade processual - constitui ato de litigância maliciosa repellido pelo ordenamento positivo, especialmente nos casos em que a parte interpõe recurso com intuito evidentemente protelatório, hipótese em que se legitima a imposição de multa. A multa a que se refere o art. 557, § 2º, do CPC possui função inibitória, pois visa a impedir o exercício abusivo do direito de recorrer e a obstar a indevida utilização do processo como instrumento de retardamento da solução jurisdicional do conflito de interesses. Precedentes. (RE-AgR 393175, CELSO DE MELLO, STF.) .

Cumprе destacar, ademais, o que o Ministro Gilmar Mendes explicitou em seu voto, no julgamento emblemático do Agravo Regimental na Suspensão de Liminar 47 Pernambuco (SL 47 AgR, Relator(a): Min. GILMAR MENDES (Presidente), Tribunal Pleno, julgado em 17/03/2010, DJe-076 DIVULG 29-04-2010 PUBLIC 30-04-2010 EMENT VOL-02399-01 PP-00001), vejamos:

*O direito à saúde é estabelecido pelo artigo 196 da Constituição Federal como (1) “direito de todos” e (2) “dever do Estado”, (3) garantido mediante “políticas sociais e econômicas (4) que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos”, (5) regido pelo princípio do “acesso universal e igualitário” (6) “às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”. Examinemos cada um desses elementos. (1) direito de todos: **É possível identificar, na redação do referido artigo constitucional, tanto um direito individual quanto um direito coletivo à saúde. Dizer que a norma do artigo 196, por tratar de um direito social, consubstancia-se tão somente em norma programática, incapaz de produzir efeitos, apenas indicando diretrizes a serem observadas pelo poder público, significaria negar a força normativa da Constituição. A dimensão individual do direito à saúde foi destacada pelo Ministro Celso de Mello, relator do AgR-RE n.º 271.286-8/RS, ao reconhecer o direito à saúde como um direito público subjetivo assegurado à generalidade das pessoas, que conduz o indivíduo e o Estado a uma relação jurídica obrigacional. Ressaltou o Ministro que “a interpretação da norma programática não pode transformá-la em promessa constitucional incoseqüente”, impondo aos entes federados um dever de prestação positiva. Concluiu que “a essencialidade do direito à saúde fez com que o legislador constituinte qualificasse como prestações de relevância pública as ações e serviços de saúde (CF, art. 197)”, legitimando a atuação do Poder Judiciário nas hipóteses em que a Administração Pública descumpra o mandamento constitucional em apreço. (AgR-RE N. 271.286- 8/RS, Rel. Celso de Mello, DJ 12.09.2000).**(...) (3) garantido mediante políticas sociais e econômicas: **A garantia mediante políticas sociais e econômicas ressalva, justamente, a necessidade de formulação de políticas públicas que concretizem o direito à saúde por meio de escolhas alocativas. É incontestável que, além da necessidade de se distribuírem recursos naturalmente escassos por meio de critérios distributivos, a própria evolução da medicina impõe um viés programático ao direito à saúde, pois sempre haverá uma nova descoberta, um novo exame, um novo prognóstico ou procedimento cirúrgico, uma nova doença ou a volta de uma doença supostamente erradicada. (4) políticas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos: Tais políticas visam à redução do risco de doença e outros agravos, de forma a evidenciar sua dimensão preventiva. As ações preventivas na área da saúde foram, inclusive, indicadas como prioritárias pelo artigo 198, inciso II, da Constituição.**(...) (6) ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde: **O estudo do direito à saúde no Brasil leva a concluir que os problemas de eficácia social desse direito fundamental devem-se muito mais a questões ligadas à implementação e à manutenção das políticas públicas de saúde já existentes - o que implica também a composição dos orçamentos dos entes da Federação - do que à falta de legislação específica. Em outros termos, o problema não é de inexistência, mas de execução (administrativa) das políticas públicas pelos entes federados. A Constituição brasileira não só prevê expressamente a existência de direitos fundamentais sociais (artigo 6º), especificando seu conteúdo e forma de prestação (artigos 196, 201, 203, 205, 215, 217, entre outros), como não faz distinção entre os direitos e deveres individuais e coletivos (capítulo I do Título II) e os direitos***

sociais (capítulo II do Título II), ao estabelecer que os direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata (artigo 5º, § 1º, CF/88). Vê-se, pois, que os direitos fundamentais sociais foram acolhidos pela Constituição Federal de 1988 como autênticos direitos fundamentais. Não há dúvida – deixe-se claro – de que as demandas que buscam a efetivação de prestações de saúde devem ser resolvidas a partir da análise de nosso contexto constitucional e de suas peculiaridades.(...). Assim, levando em conta a grande quantidade de processos e a complexidade das questões neles envolvidas, convoquei Audiência Pública para ouvir os especialistas em matéria de Saúde Pública, especialmente os gestores públicos, os membros da magistratura, do Ministério Público, da Defensoria Pública, da Advocacia da União, Estados e Municípios, além de acadêmicos e de entidades e organismos da sociedade civil. Após ouvir os depoimentos prestados pelos representantes dos diversos setores envolvidos, ficou constatada a necessidade de se redimensionar a questão da judicialização do direito à saúde no Brasil. Isso porque, na maioria dos casos, a intervenção judicial não ocorre em razão de uma omissão absoluta em matéria de políticas públicas voltadas à proteção do direito à saúde, mas tendo em vista uma necessária determinação judicial para o cumprimento de políticas já estabelecidas. Portanto, não se cogita do problema da interferência judicial em âmbitos de livre apreciação ou de ampla discricionariedade de outros Poderes quanto à formulação de políticas públicas. Esse foi um dos primeiros entendimentos que sobressaiu nos debates ocorridos na Audiência Pública-Saúde: no Brasil, o problema talvez não seja de judicialização ou, em termos mais simples, de interferência do Poder Judiciário na criação e implementação de políticas públicas em matéria de saúde, pois o que ocorre, na quase totalidade dos casos, é apenas a determinação judicial do efetivo cumprimento de políticas públicas já existentes. Esse dado pode ser importante para a construção de um critério ou parâmetro para a decisão em casos como este, no qual se discute, primordialmente, o problema da interferência do Poder Judiciário na esfera dos outros Poderes. Assim, também com base no que ficou esclarecido na Audiência Pública, o primeiro dado a ser considerado é a existência, ou não, de política estatal que abranja a prestação de saúde pleiteada pela parte. Ao deferir uma prestação de saúde incluída entre as políticas sociais e econômicas formuladas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o Judiciário não está criando política pública, mas apenas determinando o seu cumprimento. Nesses casos, a existência de um direito subjetivo público a determinada política pública de saúde parece ser evidente. Se a prestação de saúde pleiteada não estiver entre as políticas do SUS, é imprescindível distinguir se a não prestação decorre de (1) uma omissão legislativa ou administrativa, (2) de uma decisão administrativa de não fornecê-la ou (3) de uma vedação legal a sua dispensação. Portanto, independentemente da hipótese levada à consideração do Poder Judiciário, as premissas analisadas deixam clara a necessidade de instrução das demandas de saúde para que não ocorra a produção padronizada de iniciais, contestações e sentenças, peças processuais que, muitas vezes, não contemplam as especificidades do caso concreto examinado, impedindo que o julgador concilie a dimensão subjetiva (individual e coletiva) com a dimensão objetiva do direito à saúde. Esse é mais um dado incontestável, colhido na Audiência Pública – Saúde.

Com efeito, a providência pretendida por meio da presente Ação Civil Pública está inserida na Constituição Federal e nas Políticas Públicas de Saúde já concebidas na legislação infraconstitucional, bem como nos instrumentos de planejamento e de gestão do SUS, de modo que não há que se cogitar violação do princípio da separação de

poderes, ou de ofensa contra a discricionariedade da Administração Pública, descartando, ainda, qualquer menção sobre a impossibilidade do Poder Judiciário conhecer e decidir acerca do objeto desta Ação.

Vale dizer, a oferta das ações e serviços da Atenção Básica e a execução das Políticas de Vigilância e de Atenção à Saúde, desenvolvidas por meio da Atenção Básica, ora reclamadas, é uma obrigação ordinária da Secretaria de Saúde de Palmas/TO, que deve se concretizar regularmente, nos termos da legislação vigente, dos instrumentos de planejamento e de gestão do SUS, e das pactuações afetas a matéria.

A Lei nº 8.080/90, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O Decreto nº 7.508/2011, regulamenta a Lei nº 8.080/90, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação inter federativa, e dá outras providências.

A Lei Complementar nº 141/2012 regulamenta o §3º do artigo 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 03 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis n^{os} 8.080/90, e 8.689/93; e dá outras providências.

Além da Política Nacional da Atenção Básica mencionada no objeto da presente demanda, existem diversas Políticas de Vigilância em Saúde, destinadas ao controle de doenças transmissíveis e não transmissíveis; doenças vetoriais e controle de zoonoses; vigilância ambiental e saúde do trabalhador; e vigilância sanitária. E ainda, diversas Políticas de Atenção à Saúde, destinadas à assistência farmacêutica, controle de doenças crônicas; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança; acompanhamento do pré-natal da gestante e puerpério; realização de exame de prevenção do câncer do colo do útero e mama; planejamento reprodutivo com oferta de métodos

contraceptivos; ações voltadas à saúde do homem e idoso; e imunização.

Conforme já dito, todas essas Políticas de vigilância em Saúde e de de Atenção à Saúde, devem ser desenvolvidas por meio da Atenção Básica.

Deve-se também observar os instrumentos de Planejamento, de Gestão e de Controle do SUS e as pactuações firmadas na Comissão Intergestores Bipartite.

Desta forma, ao tratarmos do direito à saúde no primeiro nível de atenção, devemos observar toda a legislação sanitária a esse respeito, de forma a fundamentar o pedido e a causa de pedir da presente ação, bem como subsidiar a formação do juízo de valor a esse respeito.

VII. DO PEDIDO

Por todo exposto, o Ministério Público do Estado do Tocantins, com fulcro nos fatos e fundamentos legais deduzidos nesta exordial, pede a Vossa Excelência, que a presente Ação seja recebida e julgada procedente, para o fim de condenar o Município de Palmas, na obrigação de fazer, consistente em:

a) garantir, de forma integral, tempestiva e regular a oferta das ações e serviços de saúde constantes da Política Nacional da Atenção Básica;

b) garantir, de forma integral, tempestiva e regular a execução das Políticas Públicas de Vigilância em Saúde, destinadas ao controle de doenças transmissíveis e não transmissíveis; doenças zoonóticas e controle de zoonoses; vigilância ambiental e saúde do trabalhador; e vigilância sanitária, desenvolvidas por meio da Atenção Básica;

c) garantir, de forma integral, tempestiva e regular a execução das Políticas Públicas de Atenção à Saúde destinadas à assistência farmacêutica, controle de doenças crônicas; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança; acompanhamento do pré-natal da gestante e do puerpério; prevenção e controle do câncer do colo do útero e mama; planejamento reprodutivo com oferta de métodos contraceptivos; ações voltadas à saúde do homem e do idoso; e imunização, desenvolvidas por meio da Atenção Básica;

d) sanar as inconformidades detectadas por meio das Auditorias realizadas pela Secretaria de Estado da Saúde e pela Secretaria de Saúde de Palmas, nas Unidades de Saúde da Família das seguintes regiões: **Região Norte:** Quadras 307, 403, 405, 406, 503, 508 e 603; **Região Central:** Quadras 210 (Loiane Morena), 403, 712, 806, 1004, 1103 (Sátiro A. de Sousa), 1106, 1206 (Valéria Martins) e PACS 108 Sul; **Região dos Aurenys:** Alto Bonito, Aureny II, Eugênio Pinheiro, José Lúcio de Carvalho, Laurides Lima Mi Ihomem, Liberdade, Novo Horizonte, Taquari; **Região de Taquaralto:** Taquaruçú (Walter P. Morato), Bela Vista, Morada do Sol, Santa Bárbara, Santa Fé, Setor Sul; **Zona Rural:** Buritirana (Mariazinha R. da Silva) e Taquaruçu Grande (Walterly Wagner), no prazo a ser fixado por esse Juízo.

Requer ainda:

e) que seja determinada a citação do requerido para contestar a presente ação, no prazo legal, sob pena de revelia e confissão ficta, imprimindo-se ao feito o rito ordinário, nos termos do disposto no art. 19 da Lei Federal nº 7.347/85 c/c art. 344 e seguintes do CPC;

f) a designação de audiência prévia de conciliação, nos termos do art. 319, VII, do CPC;

g) provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos, pedindo, desde já, o depoimento pessoal do Procurador-Geral do Município, bem como a oitiva do Secretário de Saúde de Palmas e das testemunhas abaixo arroladas, em dia e hora a serem designados por esse Juízo, a juntada de novos documentos, e o mais que se fizer necessário para a elucidação dos fatos.

Dá-se a causa o valor de R\$ 100.000,00 (cem mil reais).

Palmas/TO, aos 03 dias do mês de junho de 2016.

Maria Roseli de Almeida Pery
Promotora de Justiça da Saúde Pública

TESTEMUNHAS:

Telefones: (63) 9209.7413 / (063) 3216-1606.

DOCUMENTOS ANEXOS A EXORDIAL:

doc.01 - Portaria nº 301/2012, baixada pelos Ministérios Públicos Federal e Estadual, instaurando o Inquérito Civil nº 1.36.000.001190/2012-16;

doc.02 - Ofício nº 2372/2012/GAB/SEMUS, emitido pelo Secretário de Saúde de Palmas/TO;

doc.03 - Avaliação da Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS-2011) realizada pela Secretaria de Estado da Saúde;

doc.04 - Instrumentos de monitoramento da Atenção Básica de Palmas/TO realizado pela Secretaria de Estado da Saúde;

doc.05 - Memória da Audiência Pública realizada em 16/04/2013, para tratar sobre a não conformidade das ações e serviços da Atenção Básica;

docs.06/ 07 - Recomendações 005/2013 e 006/2013, emitidas simultaneamente pelos Ministérios Públicos Federal e Estadual;

doc.08 - Ofício nº 524/2014/SESAU/GAB/ASSEJUR, emitido pelo Secretário de Saúde de Palmas/TO, e anexo;

doc.09 - Memorando Circular nº 006/PGJ/GAB;

doc.10 - OFICIO/SESAU/GABSEC/Nº 8058/14 e OFÍCIO/SESAU/GABSEC/Nº 5419/14;

doc.11 - OFICIO CIRCULAR/CLS/nº 06/2012 e anexos;

docs.12-36 - Relatórios de Visita Técnica realizados no ano de 2012 pelo Conselho Regional de Medicina nas Unidades de Saúde da Família; **doc.37** - Termo de Audiência nº 101/2015;

doc.38 - Termo de Audiência nº 001/2016;

doc.39 - Relatório de Monitoramento do Município de Palmas - Tocantins, elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde, encaminhado por meio do OFICIO nº 1581 2016 – SESAU/GABSEC;

doc. 40 - Termo de Declaração nº 002/2016;

doc.41 - Relatório de Monitoramento e Avaliação Técnica de todas as Unidades de Saúde da Família, relativo a execução da Política Nacional a Atenção Básica e Políticas Públicas de Vigilância e de Atenção à Saúde desenvolvidas na Atenção Básica; **doc.42** - Relatório Detalhado do Primeiro Quadrimestre de 2016;

doc.43 - Relatório de Monitoramento e Avaliação da execução dos serviços de saúde realizados pelo município de Palmas/TO, por Unidade de Saúde da Família.