

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS
INSTITUTO MUNICIPAL DE ENSINO SUPERIOR DE ASSIS
COORDENADORIA DE ENFERMAGEM

ÉTICA NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

CRISTIANE CAVALCANTI RODRIGUES

ASSIS-SP
2009

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS

INSTITUTO MUNICIPAL DE ENSINO SUPERIOR DE

CURSO DE ENFERMAGEM

CRISTIANE CAVALCANTI RODRIGUES

ÉTICA NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

Monografia de conclusão de curso apresentada ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Área: Informatização em Saúde

Orientadora: Prof^a. Ms. Rita de Cássia Cassiano Lopes

ASSIS – SP

2009

FICHA CATALOGRÁFICA

CAVALCANTI, Cristiane Rodrigues.

Ética no Prontuário Eletrônico. / Cristiane Cavalcanti Rodrigues
Cavalcanti. Assis, 2009

32 p. 30 cm

Trabalho Monográfico – Enfermagem – Fundação Educacional do Município
de Assis - FEMA, 2009.

Orientadora: Prof^a Ms. Rita de Cássia Cassiano Lopes

1. Ética. 2. Prontuário do Paciente. 3. Ética no Prontuário do Paciente.

CDD: 610

Biblioteca FEMA

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS
INSTITUTO MUNICIPAL DE ENSINO SUPERIOR DE ASSIS

CURSO DE ENFERMAGEM

CRISTIANE CAVALCANTI RODRIGUES

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, apresentado a Fundação Educacional do Município de Assis, como exigência para a obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a. Ms. Rita de Cássia Cassiano Lopes

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a Elizete Mello

Examinadora

Examinadora

Prof^a. Ms. Rita de Cássia Cassiano Lopes

Orientadora

CURSO DE ENFERMAGEM

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS

INSTITUTO MUNICIPAL DE ENSINO SUPERIOR DE

CRISTIANE CAVALCANTI RODRIGUES

ÉTICA NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

Com base no disposto da lei Federal n. 9160, de 19/02/1998, AUTORIZO a Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA, sem ressarcimento dos direitos autorais, a disponibilizar na rede mundial de computadores e permitir a reprodução por meio eletrônico ou impresso do texto integral e/ou parcial da OBRA acima citada, para fins de leitura e divulgação da produção científica gerada pela Instituição.

Assis-SP, ____/____/____

CRISTIANE CAVALCANTI RODRIGUES

Declaro que o presente Trabalho de Conclusão de Curso, foi submetido a todas as Normas Regimentais da Fundação Educacional do Município de Assis e, nesta data

AUTORIZO o depósito da versão final desta monografia bem como o lançamento da nota atribuída pela Banca Examinadora.

Assis-SP, ____/____/____

Prof^a. Ms. Rita de Cássia Cassiano Lopes
Orientadora

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho primeiramente a Deus, por ter me dado força e coragem para superar todos os obstáculos.

As minhas filhas Stéfany e Ana Júlia que compreendeu e apoiou a minha ausência, para elaboração deste trabalho, dando força para alcançar-me esse sucesso, e a concretização deste curso, e aos meus familiares que sempre acreditaram em mim, meu muito obrigado.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por ter me dado força de vontade para nunca desistir apesar das dificuldades.

A Prof^a. Ms. Rita de Cássia Cassiano Lopes, que teve toda paciência e compreensão para que este estudo fosse elaborado.

Aos verdadeiros amigos que ganhei no decorrer destes longos quatro anos, o meu muito obrigado, conte comigo por que der e vier.

A todos os professores pelo carinho, dedicação e que de alguma forma contribuíram para esta conquista, aminha eterna gratidão, ao longo do curso.

*“A alegria da alma constitui os belos dias da vida,
seja qual for à época”*

(Sócrates)

RESUMO

A escolha desta temática ocorreu durante a minha graduação, devido a o tempo gasto com trabalhos burocráticos afim de melhorar na assistência ao cliente, como também da confidencialidade com contribuição significativamente da qualidade do tratamento e o controle dos custos de saúde. O presente trabalho de pesquisa tem por objetivo analisar e refletir as facilidades advindas com a ética no prontuário eletrônico dentre as quais podemos citar agilidade e celeridade no atendimento, praticidade, economia nos recursos e organizações de informações através do leitor biométrico. A metodologia do estudo é através de revisão bibliográfica de caráter qualitativo. Para o levantamento dos dados serão usados livros, revistas, artigos, teses, dissertações e pesquisas em meios eletrônicos. Nas conclusões finais foi possível elaborar o presente trabalho bem como as reflexões acerca das questões éticas envolvidas. Assim temos como resultado uma visão sobre o estado da arte dos Prontuários Eletrônicos do Paciente a partir do referencial teórico que se segue. Tal referencial encontra-se elencado nos conceitos de Prontuário do Paciente, Requisitos de um PEP, Vantagens e Desvantagens do PEP, Aspectos e Princípios de Segurança, e os Aspectos Éticos e Legais envolvidos.

Palavras Chaves: Prontuário eletrônico, agilidade, Organização das informações

ABSTRACT

The choice of this theme occurred during my graduation, due to time spent on paperwork in order to improve customer service, as well as the confidentiality of a significant contribution to quality of care and control healthcare costs. The present research aims to analyze and reflect the facilities arising with ethics in electronic medical records among which we would like agility and speed in customer service, convenience, economy, resources and intelligence agencies across the biometric reader. The methodology is based on a review of exploratory quantitative. For the survey data will be used books, magazines, articles, theses, dissertations and research in electronic media. In the final conclusions was drawn to this work as well as reflections on the ethical issues involved. So as a result we have a vision for the state of the art of the Electronic Patient Record from the theoretical framework that follows. This reference is part listed on the concepts of patient's records, requirements for a PEP, Advantages and Disadvantages of PEP, Aspects and Safety Principles and the Ethical and Legal Aspects involved.

Key Words: Agility, Eletronic record, Agencies through

Sumário

| | |
|--|----|
| 1. Introdução | 12 |
| 1.1 Ambiente hospitalar e tecnologia..... | 12 |
| 1.2 Justificativa | 14 |
| 1.3 Objetivos | 14 |
| 1.3.1 Geral..... | 14 |
| 1.3.2 Específico | 14 |
| 2. Revisão da Literatura | 14 |
| 2.1 Prontuário do Paciente | 14 |
| 2.2 Prontuário Eletrônico..... | 15 |
| 2.3 Vantagens do Prontuário Eletrônico do Paciente..... | 16 |
| 2.4 Desvantagens do Prontuário Eletrônico do Paciente | 18 |
| 2.5 Princípios e Aspectos de Segurança para o Prontuário Eletrônico..... | 18 |
| 2.6 Aspectos Éticos e Legais no prontuário eletrônico..... | 20 |
| 2.7 Ética Profissional | 21 |
| 2.8 Ética e Moral..... | 22 |
| 3. Metodologia..... | 23 |
| 4. Resultados..... | 23 |
| 5 Considerações Finais..... | 23 |
| 6. Referências..... | 24 |
| 7. Anexo..... | 27 |

1. Introdução

1.1 Ambiente hospitalar e tecnologia

No ambiente hospitalar, com a demanda dos aumentos progressivos da complexidade, surgiram as tecnologias para estruturar melhor o desenvolvimento, sendo essa tecnologia um sistema de arquivo que é um conjunto de componentes que formam os mecanismos para que os prontuários sejam criados, usados, armazenados e acessados, fazendo parte de um sistema de informação hospitalar (SIH) e tendo como foco central os dados clínicos. Sendo assim em 1989, o Instituto de Medicina da Academia de Ciências dos Estados Unidos, a fim de estudar, como a tecnologia poderia beneficiar na assistência geral. (DICK, 1991 apud RODRIGUES FILHO, 2001)

Com essa tecnologia vem ocorrendo melhorara significativas para a qualidade e as decisões inerentes ao cuidado de saúde, para os pacientes, além de facilitar o acesso aos serviços disponíveis, redes de telecomunicações, informações médicas *online* e dados eletrônicos de pacientes. Assim sendo, enfatizado o prontuário do paciente, já que os sistemas de arquivo médico baseados em computadores, por mais incompletos que sejam, contribuem significativamente para melhorar a qualidade do tratamento e o controle dos custos de saúde (LINDBERG E HUMPHREYS, 1995 apud RODRIGUES FILHO, 2001)

O prontuário do paciente é definido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) nas palavras de Possari (2002) como:

Documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Anteriormente o prontuário era conhecido como prontuário médico, pois só o mesmo tinha autonomia e acesso na sua manipulação. Internacionalmente toda esta visão esta sendo modificada para prontuários do paciente, pois ele é assistido por uma equipe multiprofissional com o reconhecimento dos seus direitos. (STUNPF, 1996 APUD POSSARI, 2005 p. 17).

Continuando Possari afirma que o prontuário além de coletar toda a anamnese do paciente e cuidados médicos prestados, incluindo exame físico, prescrições terapêuticas, evoluções de enfermagem e resultados de exames complementares. Dando, portanto todo diagnóstico da doença e mostrando sua evolução, serve também para defesa do profissional da saúde, sendo importante fonte para dados estatísticos, pesquisas. Pois é um acervo documental padronizado organizado e conciso, referente ao registro dos cuidados prestados, assim como aos documentos pertinentes a essa assistência.

Essa hipótese compreende todos os espaços sociais. O mundo virtual revoga interferindo, intermediando alguns convênios éticos e morais, mudando valores políticos, sociais e econômicos. As alterações éticas nem sempre são presenciais e também são desempenhadas por outras vias de comunicação incluindo a virtual, agindo sobre o modo como o ser humano vive o mundo esquematiza seu futuro. Neste contexto, os aspectos éticos devem ser na aplicabilidade desta ferramenta que passa a ser o balizador do que é certo e bom (OGUISSO, 2006).

Para a autora citada à modernidade e os acontecimentos são valorizados por aquilo que de certa forma pode ser calculado e analisado, tudo é refletido em termos de custos e benefícios. As coisas são apreciadas excessivamente pelo aspecto técnico-científico, distanciando o pelo ser humano das ponderações a luz da importância ética e o homem. Portanto o mundo se torna em constantes conflitos devido aos méritos, as

necessidades e as condições políticas, sociais e econômicas, e as questões éticas não conseguem ficar à margem dessa realidade.

1.2 Justificativa

A escolha desta temática ocorreu durante a minha graduação, devido a o tempo gasto com trabalhos burocráticos afim de melhorar na assistência ao cliente, como também da confidencialidade com contribuição significativamente da qualidade do tratamento e o controle dos custos de saúde.

1.3 Objetivos

1.3.1 Geral

O objetivo desta pesquisa é demonstrar a importância do Prontuário Eletrônico.

1.3.2 Específico

Sua agilidade, armazenamento, legibilidade.

2. Revisão da Literatura

2.1 Prontuário do Paciente

Segundo o dicionário Ferreira 1999. Prontuário: origina-se do latim *promptuariu*, significando lugar onde se guarda ou depositam coisas que devem estar a mão, de que se pode precisar a qualquer momento, sendo definido também por: manual de informações e indicações úteis, ficha de dados de uma pessoa ou lugar em que se guarda aquilo que poderá ser necessário.

Encontra-se registro de suas existências desde a idade da pedra, 4.500 aC. O papiro é um dos documentos mais antigos onde se registraram tudo que deveria ser armazenado para uso posterior.

De acordo com (Possari, 2005) trata-se de uma ferramenta onde é mantido, reunido e ordenado todas as informações acerca dos procedimentos relacionados à saúde do usuário. Proporcionando um sistema de registro das consultas realizadas, medicamentos administrados, exames realizados, prescrições médicas e outros procedimentos da equipe multiprofissional.

Estes registros servem como instrumento de defesa em caso de possíveis prejuízos e de reivindicação de direitos diante o médico, o hospital e os poderes públicos, como também a capacidade de dispensar ou simplificar interrogatórios.

2.2 Prontuário Eletrônico

As primeiras tentativas de implantar o prontuário eletrônico aconteceram na década de 60, com os primeiros sistemas de informação hospitalar, inicialmente com a finalidade de comunicação entre as diversas funções do hospital, tais como: prescrição médica, faturamento, controle de estoque, etc. No entanto, não havia ainda uma finalidade clínica real. Mas, logo em seguida, esses sistemas evoluíram e passaram a armazenar algumas partes do prontuário. (MARIN, 2003 apud POSSARI, 2005). Sobre este fato o autor ainda menciona que:

Desde os primórdios da prática da enfermagem, a coleta de informações se faz necessária, para um melhor atendimento e prescrições aos pacientes. Isto só foi possível, de uma forma mais estruturada, a partir do surgimento dos primeiros sistemas de informação em meios eletrônicos.

Ainda para o mesmo o desenvolvimento do prontuário eletrônico pode proporcionar aos profissionais de saúde, especialmente aos enfermeiros, maior tempo ao lado do paciente na prestação da assistência; fornecer informações para gerenciar o custo direto e indireto por paciente; permitir avaliar o agir profissional, contribuindo assim para o desenvolvimento do conhecimento científico das profissões da área da saúde.

2.3 Vantagens do Prontuário Eletrônico do Paciente

Inúmeras são as vantagens advindas da utilização do PEP, tais como: acesso mais veloz aos problemas de saúde e intervenções atuais;

disponibilidade remota; legibilidade absoluta; eliminação da redundância, dados e pedidos de exames; fim da redigitação de informações; integração com outros sistemas de informação; processamento contínuo dos dados; organização mais sistemática; acesso a conhecimento científico atualizado com conseqüente melhoria do processo de tomada de decisão; melhoria da efetividade do cuidado, o que por certo contribuiria para obtenção de melhores resultados dos tratamentos realizados e atendimento aos pacientes; possível redução de custos, com otimização dos recursos. (MARIN HF, MASSAD E, Azevedo RS, 2003).

A estruturação mais padronizada permite uma visão múltipla dos dados, com sumarização, planilha de resultados, análise agregada, etc. É possível também, através do uso do PEP, minimizar a desatenção a detalhes importantes, e ainda permitir a busca coletiva, a pesquisa e as análises estatísticas (COSTA, 2001; ALVES, 2004).

O paciente, através da utilização do Prontuário Eletrônico, “também passa a assumir uma forte posição, mais responsável, frente a sua saúde, uma vez que ele passa a ser atuante no processo de decisão sobre as condutas a serem tomadas e também na pesquisa de informações sobre a sua doença” (BIBLIOMED, 2004).

O prontuário eletrônico tem a vantagem de possuir todas as informações dos pacientes arquivadas por meio de uma ferramenta que possibilita acesso rápido e eficiente. A partir da seleção de um paciente,

todas as informações relativas a ele são trazidas de forma rápida, organizada e precisa. (LESSA , 2002).

Ainda corretamente preenchido é efetivamente a principal peça de defesa da equipe de saúde nos casos de denúncias por mau atendimento com indícios de imperícia, imprudência ou negligência. Ele é o primeiro documento que a polícia, a justiça e o próprio Conselho Médico ou de Enfermagem solicita aos hospitais, médicos, enfermeiros. Porém, a implantação do prontuário eletrônico ainda é um sonho da área da saúde.

2.4 Desvantagens do Prontuário Eletrônico do Paciente

Por outro lado, o PEP possui desvantagens, como: necessidade de grandes investimentos de hardware, softwares e treinamento; resistência dos profissionais da saúde ao uso de sistemas informatizados; demora para se obter reais resultados da implantação do PEP; sujeito a falhas de hardwares, redes e software, deixando o sistema inoperante (COSTA, 2003); (SABBATINI 1982).

2.5 Princípios e Aspectos de Segurança para o Prontuário Eletrônico

A segurança da informação está suportada pelos seguintes princípios básicos (ABRAHÃO, 2003):

- **Integridade:** processo de assegurar que recursos ou dados não sejam alterados por entidades não autorizadas;

- **Confidencialidade:** necessidade de proteger informações sensíveis de forma a não serem vistas indiscriminadamente;
- **Disponibilidade:** disponibilidade de acesso ao sistema para usuários autorizados;
- **Autenticação:** processo pelo qual a identidade de uma pessoa possa ser verificada;
- **Autorização:** associar uma identidade a uma lista de direitos, privilégios, ou áreas de acesso;
- **Não repudição** (ou Legalidade): quando alguém não pode negar a autenticidade de um documento, a sua assinatura ou o seu envio;
- **Auditoria:** processo de assegurar que a atividade de um usuário possa ser devidamente registrada e revista para detectar eventos suspeitos;
- **Controle de acesso por *login* e Senha:** O processo de autenticação inclui a validação de senha do usuário, proibição de acesso a usuários suspensos, solicitação automática de mudança de senha caso esteja expirada, bloqueio de usuários que excederam o número (configurado) de tentativas de acesso sem sucesso.

2.6 Aspectos Éticos e Legais no prontuário eletrônico

Segundo (Fernandes e Freitas, 2006), Ética pode ser definida como “uma reflexão sobre as questões fundamentais do agir humano (fim e sentido da vida humana, fundamento da obrigação e do dever, natureza do bem e do mal, valor da consciência moral, etc.)”. Falar sobre Ética e privacidade de informações em saúde é muito peculiar e delicado, pois, nesta área, o principal enfoque são (ou deveriam ser) as pessoas e suas vidas.

Já para (MASSAD, 2003) conceitua que “o profissional de saúde que recebe, registra, manipula, digita, armazena e processa dados e informações é responsável pela sua guarda e integridade e deve estar atento para a importância e significado de preservar o sigilo da informação e assegurar a privacidade da pessoa cujos dados estão sendo manuseados”.

As instituições e os profissionais da área da saúde que tem acesso as informações contidas são de responsabilidades destas, as mesmas são fornecidas, pelo paciente, em confiança durante o atendimento ou obtidas a partir de exames e procedimentos realizados com finalidades diagnósticas ou terapêuticas (MOTTA, 2003).

É um direito de todo cidadão, com respaldo na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 5º, inciso X que garante a inviolabilidade da intimidade, da vida privada, da imagem e da honra das pessoas através do código penal artigo 154. Já no artigo 11 do código Ética Médica, impõe o segredo como

um princípio fundamental para o exercício da medicina. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002).

A Ética pode ser um conjunto de regras, princípios ou maneiras de pensar que guiam, ou chamam a si a autoridade de guiar, as ações de um grupo em particular moralidade, ou é o estudo sistemático da argumentação sobre como nós devemos agir com a filosofia moral (SINGER; ETHICS; OXFORD: OUP, 1994 p.4-6).

Fundamentado, o SUS, pressupõe doutrinas e princípios, resguardando o direito de Toto o cidadão dentro de todo o espaço nacional, esses direitos seguem anexo I.

2.7 Ética Profissional

Germano (1996) referindo ao compromisso do profissional descreve que:

“Juramento e Profissão de Fé dos Enfermeiros Brasileiros,” prestada pela primeira turma da Escola Ana Néri, em 1925, que retrata o forte traço da religiosidade e submissão que até hoje se reflete na formação dos enfermeiros. “Comprometo-me solenemente a servir de todo o coração a aqueles cujos cuidados me forem confiados (...) Trabalharei sempre com fidelidade e obediência para com os meus superiores e peço a Deus que me conceda paciência, Benevolência e compreensão, no santo ministério de cuidar dos que sofrem.

No percurso da vida com conhecimento e aprendizagem, que os profissionais de enfermagem se aperfeiçoam, hierarquizando os valores, de modo aproximar aqueles que consideram mais valiosos.

(Schiemer, 2006) afirma que a ética profissional é uma prática que envolve padrões de excelências, obediências a s regras e consecução dos bens, aceitando seus padrões e conceitos, ou seja, submeter as próprias atitude, escolhas preferências por esta determinada.

2.8 Ética e Moral

A ética e a moral devem fragmentar das experiências originárias que se deparam no cotidiano das pessoas para coligar os seus fundamentos, como a liberdade os valores, o cuidar e o solidarizar-se com os outros. Portanto a ética e a moral procura fazer que as pessoas sejam melhores e mais responsáveis pelos seus próprios atos. (FREITAS E FERNANDES, 2006).

Ainda essas autoras referenciam que o homem possui livre- arbítrio e sempre esta convocado a realizar suas escolhas, as quais vinculam aos valores indissociáveis à pessoa.

A ética para o homem faz ponderação aos princípios que norteiam seus procedimentos e tomada de decisão.

O Objeto da ética é constituído de atos conscientes e voluntários do homem. Conseqüentemente entendemos que a ética e a moral se

relacionam como conhecimento específico e sua finalidade é os atos humanos

2. Metodologia

Pesquisa através de revisão bibliográfica de caráter qualitativo. Para o levantamento dos dados serão usados livros, revistas, artigos, teses, dissertações e pesquisas em meios eletrônicos.

3. Resultados

A partir da metodologia aplicada foi possível elaborar o presente trabalho bem como as reflexões acerca das questões éticas envolvidas. Assim temos como resultado uma visão sobre o estado da arte dos Prontuários Eletrônicos do Paciente a partir do referencial teórico que se segue. Tal referencial encontra-se elencado nos conceitos de Prontuário do Paciente, Requisitos de um PEP, Vantagens e Desvantagens do PEP, Aspectos e Princípios de Segurança, e os Aspectos Éticos e Legais envolvidos.

4 Considerações Finais

Observamos que o Prontuário Eletrônico está ligado intimamente a qualidade da assistência e que com qualidade no atendimento de

enfermagem tem-se diminuição de custos com relação á saúde. As mesmas regras éticas que regem o acesso ao prontuário em papel se aplicam ao prontuário eletrônico e devem ser respeitadas.

Com a maior facilidade de compartilhamento de informações entre profissionais de saúde e serviços de saúde com a informatização, as Leis do Código de Ética Médica e todas as demais leis e normas referentes a questões éticas ligadas ao Prontuário Eletrônico do Paciente devem ser muito bem divulgadas e estudadas.

Ainda há que se solucionarem muitos dos problemas éticos, legais e técnicos, no entanto com esforços e comprometimentos de gestores e o avanço tecnológico podemos chegar a um futuro promissor, na qualidade das informações e acima de tudo na humanização da assistência ao cliente.

5. Referências

ATKINSON & MURRAY. Fundamentos de enfermagem. 618f. Editora Guanabara, Rio de Janeiro, 1998,pg.35.

ABBAS, K. Gestão de custos em organizações hospitalares. 90f. Dissertação de mestrado em engenharia de produção. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, 2001.

BRASIL, lei 8.080 que dispõem sobre a instituição do SUS, disponível em ["http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf"](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf)

Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFMn 1.638/2002. Brasília: Diário Oficial da União; de 09 de agosto de 2002.

COSTA, C. G. A. da **Desenvolvimento e Avaliação Tecnológica de um Sistema de Prontuário Eletrônico do Paciente, Baseado nos Paradigmas da World Wide Web e da Engenharia de Software.** Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas, 2001.

DURAND, G. **Introdução Geral à Bioética – História, Conceitos e Instrumentos**. Editora Loyola, São Paulo, 1999.

FERNANDES, MFP; FREITAS, G.F; Fundamento da Ética. In Oguisso, T; Zoboli, EICP, **Ética e Bioética: Desafios para a Enfermagem e a Saúde**, Barueri - São Paulo: Manole, 2006.

GERMANO, Raimunda. Simpósio: O ensino da Ética dos Profissionais de Saúde. **Revista Bioética**. 1996.

KUENZER, Acácia. Ensino Médio: construído uma proposta para os que vivem do trabalho. São Paulo: Cortez, 2001. .

MARTINS, A., SAUKAS E., ZANARDO, J. **SCAI: Sistema de Controle de Acesso para os Requisitos da Saúde**, Anais do IX Congresso Brasileiro de Informática em Saúde, novembro de 2004.

MASSAD, E., MARIN, H.F., AZEVEDO, R. S. **O Prontuário do Paciente na Assistência, Informação e Conhecimento Médico**. São Paulo. USP, 2003

OGUISSO TAKA, Zoboli Elma - **Ética e Bioética: desafios para a enfermagem e a saúde** .Ed. Manole 2006.

POSSARI, João Francisco. **Prontuário do Paciente e os Registros de enfermagem**. Ed. Iátria 2005 – 1ª Edição.

RODRIGUES FILHO, José; XAVIER, Jefferson Colombo B.; ADRIANO, Ana Livia. A tecnologia da informação na área hospitalar: um caso de implementação de um sistema de registro de pacientes. **Rev. adm. contemp.**, Curitiba, v. 5, n. 1, Apr. 2001 .

SCHIRMER, Janine. Ética Profissional. In Oguisso, T; Zoboli, EICP, **Ética e Bioética: Desafios para a Enfermagem e a Saúde**, Barueri - São Paulo: Manole, 2006.

ANEXO

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS
INSTITUTO MUNICIPAL DE ENSINO SUPERIOR DE ASSIS

7.1 Anexo I

Lei nº 8.080

19 de Setembro de 1990.

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O Presidente da República faz saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Disposição Preliminar

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

TÍTULO I

Das Disposições Gerais

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

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

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

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

Parágrafo Único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade.

TÍTULO II

Do Sistema Único de Saúde

Disposição Preliminar

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

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

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

CAPÍTULO I

Dos Objetivos e Atribuições

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

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

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

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

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

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

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

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

IV - a vigilância nutricional e orientação alimentar;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO II

Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS

são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

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

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

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

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

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

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

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

VIII - participação da comunidade;

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

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

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

X - integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos,

materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

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

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

CAPÍTULO III

Da Organização, da Direção e da Gestão

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

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

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

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente.

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente.

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

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

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

Art. 11º (VETADO)

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

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

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

I - alimentação e nutrição;

II - saneamento e meio ambiente;

III - Vigilância Sanitária e farmacoepidemiologia;

IV - recursos humanos;

V - ciência e tecnologia; e

VI - saúde do trabalhador.

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

Parágrafo único - Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada

dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde-SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

CAPÍTULO IV

Da Competência e das Atribuições

SEÇÃO I

das Atribuições Comuns

Art. 15º A União, os estados, o Distrito Federal e os municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde;

II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;

IV - organização e coordenação do sistema de informação em saúde;

V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;

VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;

VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;

VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde-SUS, de conformidade com o plano de saúde;

XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;

XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;

XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;

XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos a saúde, saneamento e o meio ambiente;

XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;

XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional, e outras entidades representativas da sociedade civil, para a definição e controle dos padrões éticos para a pesquisa, ações e serviços de saúde;

XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;

XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;

XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder da política sanitária;

XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

SEÇÃO II

Da Competência

Art. 16. À direção nacional do Sistema Único de Saúde-SUS compete:

I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;

II - participar na formulação e na implementação das políticas:

a) de controle das agressões ao meio ambiente;

b) de saneamento básico; e

c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

III - definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;

b) de rede de laboratórios de saúde pública;

c) de vigilância epidemiológica; e

d) de vigilância sanitária.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

XVIII - elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS, em todo o território nacional, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde-SUS ou que representam risco de disseminação nacional.

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

I - promover a descentralização, para os Municípios, dos serviços e das ações de saúde;

II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde- SUS.

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição; e

d) de saúde do trabalhador;

V - participar, junto com órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;

VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;

VIII - em caráter suplementar formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e a avaliação das ações e serviços de saúde;

XII - formular normas estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

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

XIV - acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18. À direção municipal do Sistema Único de Saúde-SUS, compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde-SUS, em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV - executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico;

e) de saúde do trabalhador;

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

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

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

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

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

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

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

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

TÍTULO III

Dos Serviços Privados de Assistência à Saúde

CAPÍTULO I

Do Funcionamento

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO II

Da Participação Complementar

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

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

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

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

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração, aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de

Saúde-SUS, deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade dos serviços contratados.

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

§ 3º (VETADO)

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

TÍTULO IV

Dos Recursos Humanos

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

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

II - (VETADO)

III - (VETADO)

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

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

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

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

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

Art. 29. (VETADO)

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão ser o regulamentadas por comissão nacional, instituída de acordo com o artigo 12 desta lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

TÍTULO V

Do Financiamento

CAPÍTULO I

Dos Recursos

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

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

I - (VETADO)

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

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

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

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

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

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

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

§ 4º (VETADO)

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

§ 6º (VETADO)

CAPÍTULO II

Da Gestão Financeira

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

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

§ 2º (VETADO)

§ 3º (VETADO)

§ 4º - O Ministério da Saúde acompanhará através de seu sistema de auditoria a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios; constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

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

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, do orçamento da Seguridade social.

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

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;

III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

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

§1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

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

§ 3º VETADO)

§ 4º VETADO)

§ 5º VETADO)

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

CAPÍTULO III

Do Planejamento e do Orçamento

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde-SUS será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde-SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

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

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

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

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 39. (VETADO)

§1º (VETADO)

§2º (VETADO)

§3º (VETADO)

§4º (VETADO)

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

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

§ 7º (VETADO)

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

Art. 40. (VETADO)

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

Art. 42. (VETADO)

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

Art. 44. e seus parágrafos (VETADOS)

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

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

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

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

Art. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde-SUS organizará, no prazo de 2(dois) anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o

território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48. (VETADO)

Art. 49. (VETADO)

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para a implantação dos sistemas unificados e descentralizados de saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde-SUS.

Art. 51. (VETADO)

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

Art. 53. (VETADO)

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

Art. 55. São revogadas a Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954; a Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

Brasília, 19 de setembro de 1990.

