



# DIREITOS HUMANOS, CIDADANIA E TUBERCULOSE NA PERSPECTIVA DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA



# DIREITOS HUMANOS, CIDADANIA E TUBERCULOSE NA PERSPECTIVA DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

©2015 ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que seja citada a fonte e não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Tiragem: 1ª edição – 2015 – 3.000 exemplares

**ELABORAÇÃO,  
DISTRIBUIÇÃO E  
INFORMAÇÕES:**

**Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde – OPAS/OMS no Brasil**

Setor de Embaixadas Norte, Lote 19  
CEP: 70.800-400 – Brasília-DF – Brasil  
E-mail: comunicacaoopasbrasil@paho.org  
Internet: www.paho.org/bra

**ORGANIZADORES**

Coordenação-Geral do Programa Nacional  
de Controle da Tuberculose Ministério  
da Saúde do Brasil

JOSÉ CARLOS VELOSO  
LUCAS SEARA  
PATRÍCIA WERLANG  
TATIANA SILVA ESTRELA

Organização Pan-americana da  
Saúde/Organização Mundial da  
Saúde – OPAS/OMS no Brasil  
DENISE ARAKAKI-SANCHEZ

**COLABORADORES**

ADILES MARIA DO AMARAL BRINGHENTI  
CAROLINA CRUZ  
CARLOS ALBERTO EBELING DUARTE  
CARLOS BASÍLIA  
CLÁUDIO PEREIRA  
DANIELE CHAVES KÜHLEIS  
ERI ISHIMOTO  
FERNANDA DOCKHORN COSTA JOHANSEN  
HELENA BARROSO BERNAL  
JAIR BRANDÃO MOURA FILHO  
JAQUELINE OLIVEIRA  
LIANDRO LINDNER  
NADJA ANTÔNIA FARAONE  
TATIANA EUSTAQUIA MAGALHÃES DE  
PINHO MELO

**CONSULTOR TÉCNICO**

ROBERTO CHATEAUBRIAND DOMINGUES

**REVISÃO ORTOGRÁFICA**

BERNADETE FALCÃO

**Projeto gráfico/Diagramação:** HAROLDO BRITO / CRIATUS DESIGN

Impresso no Brasil/Printed in Brazil

**Ficha catalográfica**

Organização Pan-Americana da Saúde.

Direitos humanos, cidadania e tuberculose na perspectiva da legislação brasileira.  
Brasília, DF: OPAS, 2015.

148 p.: il.

ISBN 978-85-7967-090-9

1. Direitos Humanos 2. Tuberculose 3. Legislação I. Título II. Organização Pan-Americana da Saúde

## Sumário

Apresentação .....	9
Introdução .....	13
1. Direitos humanos e tuberculose no Brasil.....	19
1.2. Tuberculose no Brasil .....	21
2. Direitos fundamentais .....	23
3. Direitos sociais.....	31
3.1 Seguridade social .....	34
3.1.1 Previdência social .....	36
3.1.1.1 Benefícios da previdência social para pessoas com tuberculose.....	37
3.1.1.2 Auxílio-doença .....	37
3.1.1.3 Aposentadoria por invalidez.....	39
3.1.2 Assistência social.....	40
3.1.2.1 Sistema único de assistência social (SUAS) .....	43
3.1.2.2 Benefício assistencial de prestação continuada (BPC)	46
3.2 Segurança alimentar e nutricional .....	51
3.3 Direito à saúde .....	52
3.3.1 O controle da tuberculose no Brasil.....	59
3.3.2 Diagnóstico de tuberculose.....	59
3.3.3 Tratamento da tuberculose .....	60
3.3.4 Tratamento compulsório .....	61
3.3.5 Controle dos contatos .....	63
3.3.6 Vacinação .....	64
4 Direito ao transporte .....	65
5 Direito à moradia .....	67
6 Direito ao trabalho e direito do trabalho .....	69

7 Direitos de crianças e adolescentes .....	75
8 Sistema prisional e tuberculose .....	79
9 População em situação de rua e tuberculose .....	83
10 Povos indígenas e tuberculose .....	87
11 Pessoas vivendo com hiv/aids .....	91
12 Isenção de imposto de renda de pessoa física .....	93
Referências bibliográficas .....	95
Anexo i .....	101
Carta do paciente .....	101
Direitos e responsabilidades do paciente com tuberculose .....	101
Direitos .....	102
Responsabilidades .....	105
Anexo ii .....	108
Marcos lógicos e legais da rede básica de saúde .....	108
Marcos lógicos e legais da saúde do trabalhador .....	122
Creas .....	135
Creas .....	138
Marcos legais da tuberculose .....	143



## apresentação

A garantia dos Direitos Humanos é condição indissociável da luta por melhores condições de saúde da população, conforme preconiza a Declaração Universal dos Direitos Humanos, em seu artigo XXV, quando afirma que toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle.

A história vem demonstrando que a interseção saúde e direitos humanos é fundamental. No Brasil, a inclusão da saúde como “direito de todos e dever do Estado” na Constituição Federal de 1988, conhecida como Constituição Cidadã, foi um grande avanço no campo dos direitos humanos. Vale ressaltar que desde os tempos do Império já constava na Constituição de 1824 a inviolabilidade dos direitos civis e políticos; mas é a partir de 1988 que os Direitos Humanos em saúde se consolidam nos mais diferentes contextos, transformando os processos de trabalho, modificando as legislações locais e nacional e até mesmo a história das doenças.

Em se tratando de doenças como tuberculose, aids e hanseníase, particularmente carregadas de estigma, discriminação e preconceito, ressalta-se a urgência no respeito aos direitos das pessoas afetadas, constituindo-se como parte fundamental e inalienável da resposta do setor saúde no enfrentamento de tais agravos, considerando os princípios dos direitos humanos, ao convergir para expansão do acesso às medidas de prevenção e tratamento, com garantia de proteção contra discriminação e contra qualquer tipo de ofensa à dignidade da pessoa, incluindo a reparação às eventuais violações de direitos.

Segundo a classificação estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), considerando os diferentes estágios da pandemia global, a tuberculose no Brasil foi considerada uma “epidemia concentrada”, isto é, embora passível de acometer

toda a população, atinge marcadamente grupos específicos: população em situação de rua, pessoas privadas de liberdade, pessoas vivendo com HIV/AIDS e população indígena.

Com esta publicação, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) recorre aos princípios universais de direitos humanos, à Constituição Brasileira e à legislação nacional, no sentido de contribuir para a melhoria das políticas públicas; para o fortalecimento da luta pela equidade; para a ampliação do acesso das populações mais vulneráveis aos bens e serviços de saúde; para a instrumentalização de ativistas e cidadãos direta ou indiretamente atingidos pela tuberculose para o exercício pleno de seus direitos; e para informar profissionais de saúde, da assistência social e do direito visando o melhor exercício de suas atividades.



## Introdução

Os direitos humanos são a expressão formal de um processo político, social e ideológico (cultural), isto significa que são uma realização histórica e proces-sual, cuja construção depende do trabalho cons-tante no contexto social onde se atua, no sentido de consolidá-los tanto do ponto de vista normativo (leis, normas, portarias, etc.), quanto do ponto de vista da efetivação, através das políticas públicas, por exemplo.

Em 1948, como reação aos horrores ocorridos durante a 2ª Guerra Mundial, a Organização das Nações Unidas (ONU) proclamou a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que inaugura um modelo de pensar as relações entre os homens, ao conjugar liberdade e igualdade em nome de um valor maior, a dignidade humana.

Com isso, demarca-se a concepção contemporânea dos direitos humanos, que evolui através de novos tratados e pactos políticos internacionais e se conformam enquanto uma unidade interdependente e indivisível, isto significa que a realização de um direito está intrinsecamente ligada, inter-relacionada à realização dos demais (Parágrafo 5º da Declaração de Viena de 1993).

Ao aderir aos tratados e pactos internacionais de direitos humanos, os países se comprometem a estabelecer as normas internas e os respectivos mecanismos institucionais para sua efetivação. Alguns desses acordos contem obrigações que comprometem os países com a prestação de contas das ações programáticas, da legislação e das políticas, conforme o caso, junto aos organismos internacionais competentes, através de relatórios. Como exemplo, cite-se o Estatuto da Criança e do Adolescente, com influência direta da Convenção sobre os Direitos da Criança de 1989, ratificado por 193 países, o instrumento de direitos humanos mais aceito da história.

As constituições contemporâneas, inclusive a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, espelham-se na Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU (1948) adotada e proclamada pela Resolução nº 217/ONU, assinada e ratificada pelo país na ocasião. Assim, a Constituição pátria atribuiu relevante significado aos direitos humanos, incluindo os direitos fundamentais no início do texto constitucional, ao contrário das constituições até então promulgadas no País desde o Império, o que demonstra a intenção do legislador constituinte em lhes outorgar sentido especial. Em 2004, com a Emenda Constitucional nº 45, o Brasil passa a considerar que tratados e convenções internacionais sobre Direitos Humanos tornam-se equivalentes às Emendas Constitucionais, ou seja, possuem status constitucional com natureza de cláusulas pétreas (CF/88, art. 60, § 4º, IV), portanto não podem sofrer modificações arbitrárias.

Evidencia-se a importância dos direitos individuais, associado à auto-aplicabilidade dos direitos fundamentais, no sentido de oferecer ao cidadão um elenco de direitos que recobrem a sua existência com dignidade, dando-lhe garantia de fruição e proteção frente a eventuais inobservâncias pelo Poder Público, ou mesmo agentes privados, capazes de lhe causar dano ou prejuízo nos diversos direitos ao qual faz jus, sobretudo à saúde.



No caso das pessoas com tuberculose, têm os mesmos direitos de qualquer cidadão, estão respaldadas pelas normativas internacionais de direitos humanos e especialmente pela Constituição nacional no tocante a seu direito à saúde. Neste sentido, o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH 3) afirma que são essenciais para o desenvolvimento as liberdades e os direitos básicos como alimentação, saúde e educação, recomendando a ampliação do acesso universal a sistemas de saúde de qualidade. Especificamente para a tuberculose, o PNDH 3 recomenda: Intensificar as ações destinadas a controlar a tuberculose no país, visando a garantir o diagnóstico precoce e o tratamento dos portadores, bem como a promover medidas destinadas a combater o preconceito contra a doença.

Entretanto, caso as pessoas com tuberculose eventualmente não se sintam totalmente contempladas pela legislação em vigor, poderão utilizar-se dos mecanismos de cidadania e reivindicação vigentes, visando a concretização de seus direitos, independentemente de interpretações sofisticadas ou interpelação judicial.

Realizando um levantamento da legislação vigente no país, evidencia-se a existência de algumas leis que garantem direitos específicos no campo da tuberculose. A rigor, os direitos das pessoas afetadas pela doença estão elencados junto àqueles referentes ao conjunto da população, sem distinção, ainda que existam situações que apresentam algumas condicionalidades para seu acesso e fruição.

Entretanto o mais importante é garantir a resolução das demandas sociais destas pessoas e a participação destas nas instâncias de decisão das políticas públicas, bem como nas casas legislativas. Se necessário, discutir e refletir acerca de mecanismos de construção de propostas para o Legislativo e de intervenções junto ao Executivo e Judiciário, de modo a formular propostas que promovam direitos específicos e os mecanismos para sua oferta e fruição, desde que pertinentes e necessários aos pacientes com tuberculose.

O presente documento pretende contribuir para o exercício da cidadania ativa das pessoas afetadas pela tuberculose no País, fortalecendo as ações de controle da tuberculose ao oferecer indicações sobre o marco regulatório que se correlaciona com os princípios de direitos humanos, com ênfase na legislação nacional, em especial aquelas questões que incidem diretamente na promoção, proteção e assistência à saúde das pessoas com tuberculose, demonstrando o quanto a sociedade brasileira precisa avançar para garantir a todos os cidadãos o direito a uma vida digna, como preceitua a texto constitucional.



## 1. Direitos Humanos e Tuberculose no Brasil

O processo de reconhecimento e positivação dos Direitos Humanos no Brasil se confunde com a história das constituições do país, tendo como seu marco inaugural o texto outorgado à época do Império. Ainda que apresentando oscilações ao longo dos anos, os Direitos Humanos conquistaram, a partir da Constituição da República de 1988, a condição de cláusula pétrea, que reclama observância obrigatória do Estado, bem como concretização imediata.

No percurso histórico das constituições brasileiras, os direitos civis e políticos tiveram prevalência sobre os demais, inclusive sobre os direitos sociais, o que, de certa forma, pode ser compreendido como um movimento histórico capaz de dar suporte à organização de cidadãos e grupos para reivindicar e conquistar novos direitos. Como fruto desse processo de positivação dos Direitos Humanos nota-se – não apenas simbólica, mas, sobretudo, pragmaticamente – a transferência topográfica desses direitos que migraram da última seção do texto constitucional anterior para a primeira seção da Constituição de 1988, passando a compor, em grande medida, o elenco dos direitos fundamentais.

Esse processo se deu, especialmente, em razão de lutas políticas de grupos organizados que reivindicaram a garantia e a efetivação de direitos até então negados ou negligenciados pelo Estado, evidenciando algumas das principais características dos Direitos Humanos: a possibilidade de construção de novos direitos pelas demandas sociais e a consequência dos direitos humanos como norma positivada no ordenamento jurídico pátrio. O reconhecimento dos Direitos Humanos na Constituição de 1988 incide politicamente sobre a interpretação das normas contidas ao longo de seu texto e, por conseguinte, sobre todo o ordenamento jurídico pátrio (suporte axiológico), a começar pelo reconhecimento da dignidade da pessoa humana como norte para compreensão e aplicação das normas vigentes no Brasil.

Esse princípio basilar adquiriu força normativa ao ser listado entre os compromissos da República Federativa do Brasil (CF/88, art. 1º, III e art. 4º, II), com isso os cidadãos passaram a reivindicar as normas propugnadas na Constituição, não apenas como promessas a serem realizadas na medida das possibilidades, mas como direitos conquistados e que apresentam mecanismos próprios para serem observados e implantados.

No tocante à saúde, não foi tema das constituições anteriores a 1988, sendo efetivamente introduzida no rol dos direitos sociais no Brasil como resultado da força dos movimentos populares no momento da redemocratização política,

no final dos anos oitenta do século vinte, quando se teve expressiva participação popular na definição dos grandes objetivos constitucionais. Daí que o direito à saúde tem sua efetividade claramente vinculada às políticas sociais e econômicas, com diretrizes que envolvem a participação da comunidade (CF/88, art. 196).

Dessa forma, ainda que se interprete uma eventual incipiência das leis que disciplinam e garantem direitos de assistência ou tratamento da tuberculose, as normas constitucionais que nos informam sobre o direito à saúde, por si só, possuem o condão de garantir os direitos inerentes a manutenção da saúde, oferecendo mecanismos para reivindicá-los por meio do exercício efetivo do controle social e dos demais direitos de cidadania.

## 1.2. Tuberculose no Brasil

Segundo dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2011 foram diagnosticados e notificados 5,8 milhões de casos de tuberculose no mundo. Desse total, 82% dos casos encontram-se concentrados em 22 países e o Brasil ocupa a 17ª posição, em número absoluto de casos.

A taxa de incidência no Brasil, em 2001, foi de 42,8 casos para cada grupo de 100 mil habitantes e caiu para 38,4 no ano de 2011, o que significa uma queda de 10,3% na última década.

Aproximadamente 66,0% dos casos de tuberculose notificados são do sexo masculino. A faixa etária mais acometida está entre 25 a 34 anos de idade para homens e mulheres.

A taxa de mortalidade no Brasil, em 2001, foi de 3,1 óbitos para cada grupo de 100 mil habitantes e foi reduzida para 2,4 em 2010, uma queda de 22,6% nos últimos dez anos.

Em 2011, o Brasil detectou 91% dos casos estimados pela OMS para o ano de 2011; porém, a taxa de cura > 85%, recomendada pela OMS, ainda é um desafio para o país. Desde 2005, ela se mantém constante – 73,5% em 2009 e 71,6% em 2010.



## 2. Direitos fundamentais

Os direitos fundamentais proclamados pela Constituição da República traduzem em forma de normativa constitucional os princípios internacionais de direitos humanos, cujo objetivo primordial é a proteção da dignidade da pessoa humana em todas as suas dimensões. Desdobram-se para resguardar a liberdade, a partir dos direitos e garantias individuais, também as necessidades apresentadas pela sociedade (dimensão da igualdade), aquelas relativas aos direitos econômicos, sociais, culturais e ambientais, bem como a sua preservação, por meio dos direitos à fraternidade e à solidariedade.

Esses direitos são denominados fundamentais porque representam o resultado da evolução econômica e social em sintonia com a evolução das relações jurídicas da humanidade, e, não raramente, estão associados a incessantes lutas de homens e mulheres na busca por uma sociedade mais justa e solidária. Dessa forma, os direitos fundamentais não são dados ao conjunto de um povo pelo simples fato de ser este constituído de seres humanos, são reivindicados e conquistados na afirmação política dos direitos humanos, por meio de lutas sociais e, posteriormente, reconhecidos e positivados pelo sistema político de cada país, inclusive nas constituições.

O conjunto dos direitos fundamentais visa garantir ao cidadão uma série de direitos para viver com dignidade, começando pelo direito à vida, passando pelos direitos à liberdade, à igualdade, saúde, educação, bem estar, trabalho, bem como ao pleno desenvolvimento da sua personalidade. Eles garantem, inclusive, a não ingerência do estado na esfera individual, e consagram a dignidade humana, recomendando a proteção deste direito positivamente, ou seja, explicitada nas normas que compõem o ordenamento jurídico do país.

Os direitos fundamentais se caracterizam, especialmente, como direitos imprescritíveis, inalienáveis, irrenunciáveis e invioláveis. Isso significa, respectivamente, que os direitos fundamentais são permanentes e não se perdem ao longo do tempo; não se transferem de uma para outra pessoa, seja gratuitamente, seja mediante pagamento, bem como não se pode renunciá-los, com base em qualquer argumento ou fundamento. Da mesma forma, nenhuma norma infraconstitucional (aquelas que estão hierarquicamente abaixo da Constituição), nenhuma autoridade ou mesmo indivíduo pode desrespeitar os direitos fundamentais de outrem, sob pena de responsabilização civil, administrativa e/ou criminal.

Além dessas características, os direitos fundamentais obedecem aos princípios:

- 1) Da universalidade, uma vez que se aplicam a todos os indivíduos sem distinção de qualquer espécie, independentemente de sua nacionalidade, sexo, gênero, raça, etnia, credo ou convicção político-filosófica;

- 2) Da efetividade, pois o Poder Público deve atuar de modo a garantir a efetivação dos direitos e garantias fundamentais, usando inclusive mecanismos coercitivos quando necessário, tendo em vista que estes não se concretizam com o simples reconhecimento abstrato;
- 3) Da interdependência, já que as várias previsões constitucionais e infraconstitucionais são interligadas, não podem se chocar com os direitos fundamentais; deve haver um relacionamento lógico entre as normas jurídicas de modo a atingirem suas finalidades não podendo atuar como elementos isolados e até conflitantes, mas sim como um todo, um bloco que apresenta interpenetrações sempre no sentido de garantir a dignidade da pessoa humana.

Embora comumente sejam dados como sinônimos, os direitos humanos não se confundem com os direitos fundamentais. Os primeiros têm um componente jurídico, mas se caracterizam pelo viés eminentemente politizado, os “humanos” politizam os “direitos” no sentido da dignidade humana. Por seu turno, os direitos fundamentais são garantidos pela ordem jurídico-institucional de uma nação e estão limitados no espaço e no tempo, o que significa afirmar que muitos dos direitos que conhecemos hoje não eram reconhecidos pelo Estado, pois foram conquistados ao longo da história do país.

A Constituição de 1988 trouxe em seu Título II *Os direitos e garantias fundamentais*, subdividindo-os em capítulos que refletem o conjunto de direitos civis, políticos e sociais que norteiam a República brasileira. Por essa classificação foram estabelecidas espécies ao gênero *Direitos e garantias fundamentais*, salientando os direitos individuais e coletivos e os direitos sociais.

Os direitos individuais e coletivos (Capítulo I, Título II da CF/88) dizem respeito àqueles ligados diretamente ao conceito de pessoa humana e à sua personalidade e dignidade, tais como os direitos a vida, igualdade, segurança, honra, liberdade e propriedade. Eles estão previstos basicamente no artigo 5º e seus incisos.

Os direitos sociais estão elencados principalmente no artigo 6º da CF/88, mas aparecem também em diversos outros dispositivos constitucionais; devem ser garantidos pelo estado, tais como: educação, saúde, alimentação, trabalho, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância, assistência aos desamparados. Têm por finalidade a melhoria das condições de vida dos cidadãos, especialmente dos menos favorecidos, de forma que se possa concretizar a igualdade social, um dos fundamentos do Estado Democrático brasileiro.

No entanto, mesmo antes de enumerar os direitos fundamentais, a Constituição da República já indica em seu Preâmbulo e artigos iniciais o compromisso da Nação brasileira com os princípios da dignidade humana e da cidadania:

*(Preâmbulo da CF/88) Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL.*

*(CF/88) Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:*

- I - a soberania;*
- II - a cidadania;*
- III - a dignidade da pessoa humana;*
- IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa;*
- V - o pluralismo político.*

Embora a grande maioria dos direitos fundamentais esteja listada no texto constitucional, é importante ressaltar que tal elenco não se esgota ali, já que a própria Constituição (art. 5, § 2º) contemplou existência de outros direitos

decorrentes dos sistemas adotados pelo país em suas relações internacionais, bem como os novos direitos que porventura venham a ser conquistados no decorrer da história política nacional.

Relacionado aos direitos e deveres individuais e coletivos, o art. 5º da CF/88 apresenta uma extensa lista que contempla os mais diversos campos dos direitos fundamentais, cuja aplicação e observância independem de normas posteriores para a sua regulamentação, ou seja, são direitos auto aplicáveis e imediatos, ainda que não haja direito fundamental absoluto, uma vez que todos podem ser ponderados com os demais na busca pela concretização da justiça social.

A redação do *caput* do artigo 5º destaca os fundamentos que devem convergir para promoção da dignidade humana, enfatizando, em especial, a liberdade e a igualdade de todos os residentes no país, inclusive os estrangeiros, sem distinção de qualquer natureza:

*(CF/88) Art. 5º. Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade.*

Por sua vez, o inciso II do mesmo artigo 5º estabelece o princípio da legalidade, que impõe a lei como limite concreto à ação do Estado, marcadamente na vida privada do cidadão, visando evitar o arbítrio do Poder Público que só pode agir a partir do que a lei determina. O cidadão, por seu lado, somente será obrigado a fazer ou deixar de fazer algo quando a lei o obrigar:

*(CF/88, art. 5º) II - ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei;*

Dessa forma, na ausência de lei restritiva de direito, o cidadão é livre para agir como melhor lhe aprouver, não podendo ser punido, em nenhuma hipótese, caso pratique algum ato que não lhe é vetado legalmente, mesmo sendo esse ato social ou moralmente inadequado.



A Constituição tutela ainda os direitos à intimidade e a imagem, conformando proteção à vida privada, ao reservar um espaço íntimo que não pode ser violado por meio de intromissões externas:

*(CF/88, art. 5º) X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação;*

Para o texto constitucional, intimidade refere-se às relações subjetivas e de trato íntimo das pessoas, o que inclui as suas relações familiares e de amizade. Já a vida privada diz respeito a todas as demais esferas da existência do indivíduo, como sua vida profissional, relações comerciais, etc.

Para as pessoas que vivem com tuberculose, esse tema se mostra essencial. Não havendo determinação legal que as obriguem a revelar para terceiros informações sobre sua doença ou mesmo sobre seu tratamento, estes temas são assuntos privados, da ordem da intimidade da pessoa, daí que podem ficar reservadas e ser compartilhadas apenas com quem interessar.

Não se trata de segredo ou mistério, mas tão-somente intimidade, que diante da possibilidade de discriminação social pode e deve ser reclamada proteção. No caso de violação à intimidade, com eventual exposição a situações vexatórias passíveis de causar danos à dignidade da pessoa, mostra-se possível a reparação do direito violado, desde que a pessoa afetada pela tuberculose não tenha contribuído de alguma forma com a situação.

Esta questão está prevista na Constituição, que garante o direito de resposta, proporcional ao agravo, além da indenização por dano material, moral ou à imagem (CF/88, art. 5º, V), dispositivo que pretende garantir a reparação do direito lesado, seja por meio de ressarcimento econômico, seja por meio de direito de resposta, inclusive prevendo acumulação da reparação moral e material, se for o caso.

A inviolabilidade do domicílio, também protegida pela Constituição, converge para a proteção da intimidade, pois entende como domicílio não somente a residência do indivíduo, mas todo e qualquer local que é ocupado por ele com exclusividade:

*(CF/88, art. 5º) XI - a casa é asilo inviolável do indivíduo, ninguém nela podendo penetrar sem consentimento do morador, salvo em caso de flagrante delito ou desastre, ou para prestar socorro, ou, durante o dia, por determinação judicial;*

No entanto, esse direito possui exceções, pois não se pode alegar exercício do direito como garantia de impunidade de crimes ou atos ilícitos. Dessa forma prevê-se a possibilidade de violação de domicílio em casos de flagrante delito, desastres ou socorro.



### 3. Direitos Sociais

A Constituição da República elenca e consagra um conjunto de direitos sociais que norteiam a formulação e implementação de políticas públicas, a partir do dever atribuído ao Poder Público de provê-los à população por meio de programas, projetos e ações cuja execução é competência dos estados, municípios e da União. Ainda que alguns desses direitos não estejam acessíveis a todos, o fato de terem sido elevados à condição de normas constitucionais lhes revestem com o caráter de exigibilidade, isto é, qualquer cidadão pode se utilizar dos mecanismos de pressão e de ação para reivindicar, junto ao Poder Público, a sua realização de maneira adequada:



*(CF/88) Art. 6º. São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.*

Para reivindicação de direitos, qualquer cidadão pode se reportar ao Poder Público diretamente, sem a necessidade de contratação de advogado, utilizando-se do chamado “direito de petição”, estabelecido no art. 5º, XXXIV, da Constituição, que assegura a todos, independentemente do pagamento de taxas, o direito de petição aos Poderes Públicos em defesa de direitos ou contra ilegalidade ou abuso de poder, bem como a obtenção de certidões em repartições públicas, para defesa de direitos e esclarecimento de situações de interesse pessoal.

Estes são instrumentos de reivindicação de direitos através dos quais qualquer cidadão pode invocar a atenção dos poderes públicos sobre uma questão ou demanda social, em defesa de direito ou contra ilegalidade ou abuso de poder e esclarecimento de situações de interesse pessoal. Cabe ao Poder Público demandado, nestes casos, duas alternativas: atender ao pedido do cidadão, disponibilizando o bem, prestando o serviço, etc.; ou responder oficialmente ao mesmo, expondo os motivos do não atendimento àquela solicitação. O cidadão, mesmo que não faça jus ao bem ou serviço solicitado, tem direito a uma resposta por parte dos poderes públicos.

É possível ainda acionar o Poder Judiciário para que seja julgada a lesão ou ameaça ao direito, conforme art. 5º, XXXV, da Constituição, onde se estabelece que a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito. O cidadão ainda dispõe dos chamados “remédios constitucionais”, medidas utilizadas para tornar efetivo o exercício dos direitos garantidos pela Constituição da República, como o mandado de segurança e o mandado de injunção.

O mandado de segurança é uma ação judicial especial, com *status* de remédio constitucional, pela qual a pessoa que sofrer ilegalidade ou abuso de poder ou tiver receio de sofrê-la, não amparado por outras medidas (habeas corpus e habeas data), pode fazer uso para proteger o direito líquido, certo e incontes-

tável. Nestes casos, a negativa do direito, também denominada coação, deve ser praticada por autoridade pública ou por terceiros por ela autorizada, conhecido por autoridade coatora. Este remédio constitucional está estabelecido na Constituição, art. 5º, inciso LXIX, regulamentado pela Lei nº 12.016/2009.

Por sua vez, o mandado de injunção objetiva viabilizar o exercício de um direito constitucionalmente previsto e que depende de regulamentação, ainda não estabelecida. Por exemplo, o direito à saúde garantido na Constituição foi regulamentado pela Lei 8.080/90, mas outros dispositivos não foram regulamentados e podem ser objeto de mandando de injunção. Qualquer pessoa física ou jurídica pode propor mandado de injunção contra órgão ou poder incumbido de elaborar a norma capaz de tornar o direito apontado na Constituição concreto e eficaz (art. 5º, LXXI, CF/88), desde que a lacuna da norma regulamentadora torne inviável o exercício dos direitos e liberdades constitucionais e das prerrogativas inerentes à nacionalidade, à soberania e à cidadania.

## ACESSO À JUSTIÇA

A Constituição garante a todos os cidadãos o direito fundamental de acesso aos sistemas de Justiça, pois de nada adiantaria garantir uma gama de direitos se a reclamação destes fosse impedida em razão de obstáculos econômicos ou sociais, por exemplo. O direito à Justiça está estabelecido no art. 5º, incisos XXXV e LXXIV, da Constituição, quando afirma que o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos. Nesse sentido, o cidadão poderá se utilizar dos serviços da Defensoria Pública, sejam estaduais ou da União, para defesa de seus interesses e garantia de direitos.

Ainda como forma de concretizar o acesso ao Poder Judiciário, a Lei nº 1.060/50 garante ao cidadão a isenção de taxas judiciais, emolumentos, honorários e demais custas quando este se declarar necessitado e, portanto, sem condições de arcar com despesas decorrentes do processo judicial. A comprovação de necessidade para fazer jus a tal isenção pode ser feita por meio de declaração

assinada pelo interessado, sem exigência, a princípio, da apresentação de documentos comprobatórios.

Importante destacar que a pessoa com tuberculose possui garantia de prioridade na tramitação dos processos judiciais do qual seja parte, pois o Código de Processo Civil (CPC), em seu art. 1.211, garante prioridade de tramitação em todas as instâncias aos procedimentos judiciais em que figure como parte ou interessado pessoa portadora de doença grave. A legislação reconhece a urgência da prestação jurisdicional para pessoas que apresentem patologia considerada grave, tendo em vista o seu quadro de saúde e as implicações que uma possível demora na resposta a reivindicações de direitos pode representar. O cidadão deve requerer essa prioridade à autoridade judicial, que determinará as providências cabíveis em cada caso (CPC, art. 1.211).

Também nesse sentido a Lei 9.784/99, alterada pela Lei 12.008/09, garante prioridade nos processos administrativos em trâmite na Justiça Federal, nos quais figurem como parte ou interessado pessoa portadora de tuberculose ativa, que deve solicitar essa priorização a autoridade competente.

Essas normas buscam efetivar a celeridade da Justiça, que a Constituição impõe como dever do Estado e direito do cidadão, seguindo o princípio da equidade, ou seja, a garantia da igualdade de direitos na medida da necessidade de cada cidadão, pois a todos são assegurados a razoável duração do processo e os meios que garantam a celeridade de sua tramitação, em âmbito judicial e administrativo (art. 5º, LXXVII, CF/88).

### 3.1 Seguridade Social

A Seguridade Social é o sistema de proteção social previsto na Constituição por meio de ações de saúde, previdência e assistência social. Constitui-se como o principal instrumento para a implementação dos objetivos do Estado brasileiro, especialmente a erradicação da pobreza e a redução das desigualdades sociais

e regionais, baseado no princípio da solidariedade, uma vez que o seu financiamento está a cargo de toda a sociedade, com manutenção e organização sob responsabilidade do poder público.

O sistema da Seguridade Social tem como princípio a universalidade, pois todos os residentes no País farão jus a seus benefícios, sem distinções, como regulamentado pelo Decreto nº 3.048/1999 e na Constituição Federal, em seu Título VIII, da Ordem Social:

*(CF/88) Art. 193. A ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais.  
Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.*

De acordo com a normativa aplicável, a Seguridade Social é composta por três pilares:

- 1) A Previdência Social é um mecanismo público de proteção social no qual os cidadãos que contribuem (denominados “segurados” e seus dependentes), durante período de tempo definido por lei, terão direito aos benefícios. O objetivo da Previdência é a garantia de meios indispensáveis a subsistência em decorrência de incapacidade, idade avançada, tempo de serviço, desemprego involuntário, reclusão ou morte daqueles de quem dependiam economicamente (arts 201 e 202 da CF/88);
- 2) A Assistência Social é a política social de proteção aos necessitados, constituindo-se como um direito do cidadão sem exigência de contraprestação, ou seja, não há exigência de nenhum tipo de contribuição prévia (arts 203 e 204 da CF/88);
- 3) A Saúde está regulada nos artigos 196 a 200 da Constituição, caracterizada como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

### 3.1.1 Previdência Social

A previdência social é um seguro coletivo, público, de contribuição obrigatória para todos os cidadãos vinculados, destinado a estabelecer um sistema de proteção social de natureza contra prestativa, cujo objetivo é proporcionar meios indispensáveis de subsistência ao segurado e a sua família, quando ocorrer certa contingência prevista em lei, como idade avançada, impossibilidade de retorno ao trabalho, óbito, reclusão, dentre outros:

*(CF/88) Art. 201. A previdência social será organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial, e atenderá, nos termos da lei, a:*

*I - cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada;*

*II - proteção à maternidade, especialmente à gestante;*

*III - proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário*

*IV - salário-família e auxílio-reclusão para os dependentes dos segurados de baixa renda;*

*V - pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes, observado o disposto no § 2º.*

*§ 2º Nenhum benefício que substitua o salário de contribuição ou o rendimento do trabalho do segurado terá valor mensal inferior ao salário mínimo.*

A Previdência Social apresenta como benefícios para os seus segurados as aposentadorias por idade, por incapacidade e por tempo de serviço, além da chamada aposentaria especial, concedida ao segurado que tenha trabalhado em condições prejudiciais à saúde ou à integridade física; o auxílio-doença, acidente ou reclusão; o salário durante a licença maternidade; salário-família e pensão por morte.

Considera-se segurado da Previdência Social todo aquele que contribui para o sistema previdenciário, de forma sistemática e contínua, via de regra, com idade superior a 16 anos, independentemente de exercício de atividade remunerada, podendo ser divididos em segurados obrigatórios e individuais (em exercício de atividade remunerada com vínculo empregatício ou autônoma) e facultativos (desempregados, estudantes, donas-de-casa).

O segurado poderá manter essa qualidade, mesmo não mais contribuindo para a Previdência quando: estiver em gozo de qualquer benefício previdenciário; até 12 meses após a cessação de benefício por incapacidade ou após cessação das contribuições; até 12 meses após cessar a segregação, ou o livramento penal; até três meses após o licenciamento, para o segurado militar e até seis meses após a cessação das contribuições, em relação ao segurado facultativo.

Ressalta-se que a manutenção de qualidade de segurado, também conhecido como “período de graça”, significa que a pessoa permanece vinculada à Previdência mesmo não contribuindo e não se confunde com carência, que é o lapso de tempo mínimo exigido para que o segurado faça jus a determinado benefício.

#### 3.1.1.1 Benefícios da Previdência Social para pessoas com tuberculose

Especificamente para pessoas com tuberculose ativa, destacam-se dentre os benefícios previdenciários o auxílio-doença e a aposentadoria por invalidez, sempre observadas as exigências estabelecidas em lei.

#### 3.1.1.2. Auxílio-doença

O auxílio-doença é um benefício previdenciário para os contribuintes e funciona como um seguro. O segurado terá direito de recebê-lo caso fique incapaz

para o trabalho por mais de 15 dias consecutivos em razão de adoecimento. No caso dos trabalhadores com carteira assinada, os primeiros 15 dias são pagos pelo empregador, ficando a Previdência Social responsável pelo seu pagamento a partir do 16º dia de afastamento do trabalho. Para os demais segurados, inclusive o doméstico, a Previdência paga o auxílio desde o início da incapacidade e enquanto a mesma perdurar.

Para concessão de auxílio-doença é necessária a comprovação da incapacidade em exame realizado pela perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), que tem a competência para avaliar a impossibilidade de desempenho das funções específicas de uma atividade ou ocupação (em caráter permanente ou temporário), como consequência de alterações na saúde do segurado provocadas por doenças ou acidentes.

Para ter direito ao benefício, o trabalhador tem de contribuir para a Previdência Social por, no mínimo, 12 meses (prazo de carência). Esse prazo não será exigido em caso de acidente de qualquer natureza (por acidente de trabalho ou fora deste) ou de doença profissional ou do trabalho, listada pela Portaria Interministerial nº 2.998/2001 que define o rol de doenças isentas de carência, dentre elas a tuberculose ativa.

O segurado que recebe auxílio-doença é obrigado a realizar exame médico periódico e, se for constatado que não poderá retornar para sua atividade habitual, deverá participar do programa de reabilitação profissional para o exercício de outra atividade, prescrito e custeado pela Previdência Social, sob pena de ter o benefício suspenso. Caso seja constatado que o segurado não tem mais condições de trabalhar, será encaminhada sua aposentadoria por invalidez.

#### **COMO SOLICITAR O AUXÍLIO-DOENÇA**

No endereço eletrônico da Previdência Social (<http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=21>) está descrito como o benefício pode ser solicitado, através do telefone 135, pelo próprio portal da Previdência Social na internet

ou nas agências. Para tanto, deve-se cumprir as exigências legais e apresentar atestados médicos e/ou exames de laboratório, além da documentação exigida: carteira de trabalho ou carnê de contribuição ou outro documento que comprove a atividade e tempo de serviço; documentos de identidade e CPF; registro PIS/PASEP; comprovante de residência; e atestado de afastamento de trabalho preenchido pela empresa com as informações do afastamento do cidadão das suas atividades.

#### **3.1.1.3 Aposentadoria por invalidez**

A aposentadoria por invalidez é um benefício previdenciário para os segurados que, por motivo de doença ou acidente, forem considerados pela perícia médica do INSS incapacitados para exercerem suas atividades ou outro tipo de serviço que lhes garanta o sustento e quando não for indicada a reabilitação para o exercício de outra atividade, portanto, configura-se quando a incapacidade para o trabalho for avaliada como total e definitiva pela perícia médica competente.

A carência exigida para obtenção de aposentadoria por invalidez é de 12 meses, exceto nos casos de incapacidade em decorrência de acidente ou quando o segurado que, após afiliar-se ao Regime Geral da Previdência Social (RGPS), for acometido de alguma das doenças ou afecções listada pela Portaria Interministerial nº 2.998/2001, dentre elas a tuberculose ativa.

A concessão de aposentadoria por invalidez dependerá da verificação da condição de incapacidade mediante exame médico-pericial a cargo do INSS, podendo o segurado ser acompanhado de médico de sua confiança, desde que arque com o custeio dessa despesa.

A aposentadoria por invalidez corresponderá a uma renda mensal de 100% (cem por cento) do salário-de-benefício, caso o segurado não esteja recebendo auxílio-doença, não podendo ser inferior ao salário mínimo e nem superior ao limite máximo do salário-de-contribuição, que é a base de cálculo da contribuição do



segurado. O valor da aposentadoria por invalidez do segurado que necessitar da assistência permanente de outra pessoa será acrescido de 25% (vinte e cinco por cento), ainda que o valor da aposentadoria atinja o limite máximo legal.

O aposentado por invalidez está obrigado, sob pena de suspensão do benefício, a submeter-se a exame médico a cargo do INSS, bem como a processo de reabilitação profissional por ela prescrito e custeado, a depender do caso. Se retornar voluntariamente à atividade terá sua aposentadoria automaticamente cancelada, a partir da data do retorno.

O endereço eletrônico da Previdência Social (<http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=18>) disponibiliza maiores informações sobre esse benefício, incluindo o procedimento específico para requerer, com detalhamento da documentação e demais exigências legais.

### 3.1.2 Assistência Social

A assistência social foi inserida na Constituição de 1988 nos artigos 203 e 204. Encontra-se regulamentada pela Lei nº 8.742/93 (Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS) alterada pela Lei nº 11.258/05 e pela Lei nº 12.435/11. Os processos, mecanismos e instrumentos de sua operacionalização encontram-se, por sua vez, definidos e regulamentados pela Política Nacional de Assistência Social (PNAS), de 2004, e pela Norma Operacional Básica (NOB) do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) – NOB/SUAS – Lei nº 11.258 de 2005, quando se inicia o processo de implantação do SUAS no território brasileiro.

Trata-se de uma política destinada a atender as necessidades básicas dos indivíduos, traduzidas em proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência, à velhice e à pessoa com deficiência. As prestações de assistência social são destinadas aos indivíduos sem condições de prover o próprio sustento de forma permanente ou provisória, independentemente de contribuição à Seguridade Social.

As ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos dos orçamentos dos entes federativos e mediante o recolhimento das contribuições previstas no art. 195 da Constituição, além de outras fontes. Destaque-se também a integração da assistência social nas ações intersetoriais, que possam contribuir para que os seus objetivos sejam atingidos de forma mais abrangente, visando ao enfrentamento da pobreza, à garantia dos mínimos sociais e ao provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais (LOAS, art 2º, parágrafo único).

Pela Constituição, a prestação da assistência social é um direito de todo cidadão que dela necessitar, independentemente de ser vinculado à Previdência Social e, conseqüentemente, da contribuição à seguridade social:

*(CF/88) Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:*

*I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;*

*II - o amparo às crianças e adolescentes carentes;*

*III - a promoção da integração ao mercado de trabalho;*

*IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;*

*V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.*

A LOAS elenca princípios norteadores essenciais para a sua plena compreensão e, conseqüentemente, a fruição dos direitos por ela garantidos, estabelecidos no art. 4º: supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências de rentabilidade econômica; universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas; respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a

benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade; igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, garantindo-se equivalência às populações urbanas e rurais; divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão.

Os princípios dispostos na LOAS reforçam os objetivos instituídos pela Constituição, tendo como base, em especial, a solidariedade social, a igualdade e a dignidade da pessoa humana. Em outras palavras, tem-se, de forma concreta, o compromisso com os Direitos Humanos a partir da efetivação das políticas sociais de caráter universal e igualitário.

A assistência social, conforme disposta na LOAS, está organizada como um sistema descentralizado e participativo, do qual fazem parte o poder público e a sociedade civil, através do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), capitaneado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), como forma de articular meios, esforços e recursos para a execução dos programas, serviços e benefícios socioassistenciais.

No âmbito do SUAS, são caracterizados os serviços, programas e projetos:

- Serviços são atividades continuadas que objetivam a melhoria da vida da população e cujas ações voltem-se para o atendimento de suas necessidades básicas, de acordo com os objetivos, princípios e diretrizes da LOAS, incluindo programas de amparo a crianças e adolescentes, bem como às pessoas que vivem em situação de rua.
- Programas compreendem ações integradas e complementares, não se caracterizando como ações continuadas, com objetivos, tempo e área de abrangência definidos para qualificar, incentivar e melhorar os benefícios

e os serviços assistenciais (art. 24. LOAS). Essas ações deverão ser definidas pelos Conselhos de Assistência Social, priorizando o trabalho e a inserção social.

- Projetos são investimentos econômico-sociais nos grupos populacionais em situação de pobreza, articulando diversos atores governamentais e não governamentais, assim como as demais políticas públicas, para melhoria das condições gerais de subsistência, elevação do padrão da qualidade de vida, a preservação do meio ambiente e sua organização social (LOAS, art. 25).

### 3.1.2.1 Sistema Único de Assistência Social (SUAS)

O SUAS é um sistema público que organiza, de forma descentralizada, os serviços socioassistenciais no Brasil. Apresenta, como eixo central, a articulação de esforços e recursos dos estados, municípios e da União para a execução e o financiamento da Política Nacional de Assistência Social, observando o modelo de gestão participativa e compartilhada, ao incluir a sociedade civil como parceira essencial para a ampliação do alcance da política de assistência em todo país.

São características do SUAS: noção de território; centralidade no atendimento à família; garantia de atenção diferenciada por níveis de proteção social (básica e especial); gestão compartilhada das ações entre Estado e sociedade civil, sob coordenação e primazia do primeiro na atribuição de competências técnicas e políticas diferenciadas para as diferentes esferas federativas; co-responsabilidade entre os entes federados; planejamento, monitoramento e a avaliação por meio de sistemas de informações; controle social exercido pelos conselhos de Assistência Social.

As ações da assistência social estão organizadas hierarquicamente em nível básico e especial e tem por objetivos: a proteção social, que visa à garantia da vida, à prevenção da incidência de situações de risco pessoal e social e de seus agravamentos; a vigilância socioassistencial, que visa a analisar territorialmente a capacidade protetiva das famílias e comunidades, bem como a ocorrência de vulnerabilidades e riscos pessoais e sociais; o acesso a direitos no conjunto das provisões socioassistenciais (Lei nº 8.742/1993).

O SUAS estabelece um modelo de gestão com enfoque na proteção social cuja estrutura obedece a uma padronização de serviços socioassistenciais, organizados em dois níveis: Proteção Social Básica (PSB) e Proteção Social Especial (PSE) de média e alta complexidades.

#### • PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA

Tem por objetivo prevenir situações de vulnerabilidade e risco social, por meio do desenvolvimento de potencialidades, aquisições e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Sua principal estratégia é a oferta territorializada de serviços socioassistenciais: atividades continuadas que objetivam a melhoria da qualidade de vida da população, com ações focadas no atendimento de necessidades básicas, seja por meio do PAIF (Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família) ou do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos.

As ações de proteção social básica partem dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), unidades públicas estatais descentralizadas da política de Assistência Social, espaços que propiciam o acesso das famílias à rede de proteção básica. Esse equipamento tem como responsabilidade: a oferta do principal serviço de proteção básica, o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), em áreas de vulnerabilidade e risco social, além da gestão territorial, articulando os demais serviços de proteção social básica, como: Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV); Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosos.

#### • PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL

A Proteção Social Especial (PSE) organiza a oferta de serviços, programas e projetos de caráter especializado, destinados a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos. Sua atuação direciona-se a situações que, concretamente, demandam trabalho social especializado no SUAS como: Violência física e psicológica; Abandono; Violência sexual (abuso e exploração sexual); Tráfico de pessoas; Situação de rua; Trabalho infantil; Cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto; Afastamento do convívio familiar.

Atua de modo a prevenir agravamentos e potencializar recursos e o acesso a direitos socioassistenciais e à rede de proteção, na perspectiva da superação das situações vivenciadas. Está organizada em dois níveis de complexidade:

Média complexidade: oferta de acompanhamento especializado e continuado a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos. O CREAS é a unidade pública estatal de atendimento e referência para o trabalho social especializado no SUAS, deve ofertar o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), além de outros serviços de proteção social, a depender da realidade e demanda do território.

O Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) é a unidade pública e estatal de referência e trabalho social especializado para a população adulta em situação de rua. O Centro POP deve ofertar o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, podendo também ofertar o Serviço Especializado em Abordagem Social.

Alta complexidade: oferta de serviços de atendimento integral, destinado ao acolhimento de indivíduos e/ou famílias afastados temporariamente do núcleo familiar ou comunitário de referência. O Serviço de Acolhimento Institucional pode ser ofertado nas seguintes unidades: Abrigo institucional, Casa-lar e Casa de passagem. Além destes, o serviço de Acolhimento em Família Acolhedora

e o Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e Emergências também compõe a proteção social especial de alta complexidade.

O SUAS também gerencia a vinculação de entidades e organizações de assistência social ao Sistema, mantendo atualizado o Cadastro Nacional de Entidades e Organizações de Assistência Social e concedendo certificação a entidades beneficentes, quando for o caso.

Simultaneamente e de forma integrada ao SUAS, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), por meio da Secretaria Nacional de Renda e Cidadania (SENARC), é responsável pela coordenação do Programa Bolsa Família (PBF), além de desenvolver ações no campo da política de Segurança Alimentar e Nutricional por meio da Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SESAN).

### 3.1.2.2 Benefício Assistencial de Prestação Continuada (BPC)

O Benefício Assistencial de Prestação Continuada (BPC) da Assistência Social está coberto pela Lei nº 8.742/93 – LOAS – inserido no Capítulo IV, artigos 20 e 21. Trata-se de um benefício devido de forma sucessiva, mensal e continuamente a todos aqueles que comprovarem a sua necessidade, preenchendo os requisitos exigidos pela lei.

O BPC objetiva oferecer proteção social a segmentos da população em situação de vulnerabilidade social, mediante pagamento mensal, no valor de um salário mínimo. Estão incluídos como potenciais beneficiários do BPC as pessoas idosas e/ou pessoas com deficiência que comprovarem não ter meios de prover a sua subsistência, cuja renda familiar seja inferior a  $\frac{1}{4}$  (um quarto) do salário mínimo vigente no país e, também, que não recebam nenhum outro tipo de benefício proveniente da Seguridade Social, como, por exemplo, auxílio-doença,

aposentadoria, auxílio-reclusão, dentre outros. Já os serviços públicos ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e utilizados pelo cidadão não representam impedimento para acesso a esse benefício.

Embora não seja um benefício específico para pessoas com tuberculose, estas podem acessá-lo, desde que cumpridas as exigências legais:

*(LOAS) Art. 20. O benefício de prestação continuada é a garantia de 1 (um) salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com 70 (setenta) anos ou mais e que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família.*

*§ 1º. Para os efeitos do disposto no caput, entende-se como família o conjunto de pessoas elencadas no art. 16 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, desde que vivam sob o mesmo teto.*

*§ 2º. Para efeito de concessão deste benefício, a pessoa portadora de deficiência é aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho.*

*§ 3º. Considera-se incapaz de prover a manutenção da pessoa portadora de deficiência ou idosa a família cuja renda mensal per capita seja inferior a  $\frac{1}{4}$  (um quarto) do salário mínimo.*

*§ 4º. O benefício de que trata este artigo não pode ser acumulado pelo beneficiário com qualquer outro no âmbito da seguridade social ou de outro regime, salvo o da assistência médica.*

*§ 5º. A situação de internado não prejudica o direito do idoso ou do portador de deficiência ao benefício.*

*§ 6º. A concessão do benefício ficará sujeita a exame médico pericial e laudo realizados pelos serviços de perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS.*

A partir da edição da Lei nº 10.741/03, para ser beneficiário do BPC a pessoa precisa ter idade a partir de 65 anos, e não mais 70 anos (art. 33). Dessa forma passa a ser requisito para o beneficiário do BPC ser a pessoa idosa ou ser portador de



deficiência que a incapacite para a vida independente e para o trabalho, além de não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família. As condições estabelecidas pela lei são cumulativas, ou seja, seja a idade ou a deficiência deverá estar sempre associada à carência econômica para que o benefício seja concedido.

Assim sendo, não basta ser idoso ou deficiente para pleitear o benefício, pois a lei exige que a pessoa não possua renda própria por ser, ou estar, incapacitada para a vida independente e para o trabalho, além de fazer parte de grupo familiar incapaz de prover a sua manutenção por apresentar renda mensal inferior a 1/4 (um quarto) do salário mínimo por pessoa da família (renda *per capita*).

Para efeito da concessão desse benefício, entende-se família como sendo o grupo de pessoas composto pelo cônjuge, a companheira, o companheiro e o filho não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 (vinte e um) anos ou inválido, os pais, o irmão não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 (vinte e um) anos ou inválido, desde que vivam sob o mesmo teto.

Quanto à exigência de renda familiar mensal *per capita* inferior a 1/4 (um quarto) do salário mínimo, muitas decisões judiciais vem entendendo que não se trata de um critério absoluto de pobreza extrema para fins de benefícios assistenciais, desde que o beneficiário a comprove por outros meios, conforme dispõe a Súmula da Jurisprudência Predominante nº 11 do Conselho de Justiça Federal:

*Benefício Assistencial*

*A renda mensal, per capita, familiar, superior a ¼ (um quarto) do salário mínimo não impede a concessão do benefício assistencial previsto no art. 20, § 3º da Lei n. 8.742 de 1993, desde que comprovada, por outros meios, a miséria do postulante.*

A comprovação da renda familiar deverá ser realizada mediante a apresentação dos documentos pertinentes por parte de todos os membros da família do requerente que exerçam atividade remunerada, tais como: Carteira de trabalho com

anotações atualizadas; Contra-cheque emitido pelo empregador; Carnê de contribuição do INSS; Extrato de pagamento de benefício ou declaração fornecida pelo INSS; Declaração de entidade, autoridade ou profissional de assistência social.

É importante ressaltar que embora seja continuado, o BPC não é vitalício, pois estão previstas revisões periódicas a cada dois anos para avaliação da continuidade das condições que lhe deram origem. Nas hipóteses em que essas condições não persistam, ou seja, caso haja alteração no quesito deficiência ou incapacidade para o trabalho, por exemplo, ou quando for constatado algum indício de irregularidade, o benefício deixa de ser pago (LOAS, art. 21).

Como se trata de um benefício personalíssimo, não há previsão legal de sua transferência para herdeiros, sendo o BPC cancelado com o falecimento do beneficiário, não gerando pensão por morte aos seus dependentes.

Compete aos postos de Seguridade Social a habilitação, a concessão e o pagamento do benefício assistencial que será devido após o cumprimento, pelo requerente, de todos os requisitos legais exigidos para a sua concessão, inclusive apresentação da documentação necessária, devendo o seu pagamento ser efetuado em até 45 dias após a sua solicitação.

A concessão do benefício está vinculada à avaliação pericial que deverá ser realizada pelo INSS, conforme exige o art. 20, parágrafo 6º da Lei 8.742/03, quando ocorre avaliação da deficiência e do grau de impedimento, isto é, avaliação médica e avaliação social realizadas por médicos peritos e por assistentes sociais.

Na hipótese do exame médico pericial indicar procedimentos de reabilitação ou habilitação para a pessoa portadora de deficiência, o benefício lhe será devido durante todo esse processo, sendo cancelado logo após este ser concluído.

O BPC não está sujeito a desconto de qualquer contribuição e poderá ser requerido e pago a mais de uma pessoa da família, sendo que, nesse caso, passará a compor a renda familiar.

## PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA

Ainda no âmbito da assistência social, o SUAS prevê programas de transferência de renda, que objetivam o repasse direto de recursos dos fundos de assistência social aos beneficiários como forma de acesso à renda, visando o combate à fome, à pobreza e a outras formas de privação de direitos que levem à situação de vulnerabilidade social.

O “Bolsa Família” é o principal programa de transferência de renda no Brasil. Foi criado pela Lei nº 10.836/2004 e regulamentado pelo Decreto nº 5.209/2004 para apoiar as famílias mais pobres, garantindo as mesmas o direito à alimentação e o acesso à educação e à saúde. O programa visa à inclusão social dessa faixa da população brasileira, por meio da transferência de renda e da garantia de acesso a serviços essenciais, tendo como objetivos: promover o acesso à rede de serviços públicos, em especial, de saúde, educação e assistência social; combater a fome e promover a segurança alimentar e nutricional; estimular a emancipação sustentada das famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza; combater a pobreza; e promover a intersetorialidade, a complementaridade e a sinergia das ações sociais do Poder Público (Decreto nº 5.209/04, art 4º).

A população-alvo do programa é constituída por famílias em situação de pobreza ou extrema pobreza, estas últimas definidas por ter renda *per capita* de até R\$ 70,00 (setenta reais) por mês. Para acesso e manutenção dos benefícios, as famílias deverão cumprir as condicionalidades estabelecidas em lei, como participação efetiva no processo educacional e nos programas de saúde indicados (art. 27 do Decreto nº 5209/04).

As condicionalidades são os compromissos assumidos tanto pelas famílias beneficiárias do Bolsa Família quanto pelo Poder Público para ampliar o acesso daquelas a seus direitos sociais básicos: por um lado, as famílias devem assumir e cumprir esses compromissos para continuar recebendo o benefício,

como garantir educação a todas as crianças e adolescentes; por outro lado, as condicionalidades responsabilizam o poder público pela oferta dos serviços públicos de saúde, educação e assistência social.

Na área de saúde, as famílias beneficiárias assumem o compromisso de acompanhar o cartão de vacinação e o crescimento e desenvolvimento das crianças menores de sete anos. As mulheres na faixa de 14 a 44 anos também devem fazer o acompanhamento e, se gestantes ou nutrizes (lactantes), devem realizar o pré-natal e o acompanhamento de sua saúde e do seu bebê. Em contrapartida, o Estado se compromete com a oferta dos serviços de saúde, inclusive com a disponibilização das vacinas infantis.

## 3.2 Segurança Alimentar e Nutricional

A alimentação adequada é direito fundamental do ser humano e de acordo com a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), Lei nº 11.346/2006, cabe ao poder público assegurá-lo:

*(LOSAN) Art. 2º. A alimentação adequada é direito fundamental do ser humano, inerente à dignidade da pessoa humana e indispensável à realização dos direitos consagrados na Constituição Federal, devendo o poder público adotar as políticas e ações que se façam necessárias para promover e garantir a segurança alimentar e nutricional da população.*

Para garantir a segurança alimentar e nutricional, o Poder Público adota políticas de ampliação do acesso aos alimentos, por meio da agricultura tradicional e familiar de base agroecológica, e cooperativa, bem como ações que visam à implantação de uma ampla Rede de Segurança Alimentar e Nutricional, na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de

saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (Art 3º da LOSAN).

Tendo em vista os propósitos previstos na LOSAN, as políticas públicas devem garantir o acesso regular e permanente a alimentos de qualidade e em quantidade suficiente para uma vida saudável. Dentre as ações empreendidas encontram-se os equipamentos públicos de alimentação e nutrição, que variam localmente, como os restaurantes populares, bancos de alimentos, cozinhas comunitárias, bem como programas como feiras e mercados populares e educação alimentar e nutricional.

### 3.3 Direito à Saúde

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece o conceito de saúde como estado de completo bem estar físico, mental e social, não significando apenas ausência de doença. Com isso, evidencia as dimensões políticas, culturais e socioeconômicas nas condições de saúde.

Na interpretação do jurista Dalmo Dallari (1998), tal conceito de saúde significa estar fisicamente bem, sem apresentar sinal de doença, com a cabeça tranqüila, podendo pensar normalmente e se relacionar com outras pessoas sem qualquer problema; é preciso também que a pessoa não seja tratada pela sociedade como um estorvo ou fardo repugnante e que possa conviver com as demais em condições de igualdade e respeito; significa estar livre de condições que impeçam o completo bem estar físico, mental e social.

Em âmbito nacional, o Programa Nacional de Direitos Humanos 3 (PNDH 3) afirma que são essenciais para o desenvolvimento as liberdades e os direitos básicos como alimentação, saúde e educação. A Constituição de 1988 trata da saúde como espécie da seguridade social, em um desdobramento de seu art. 6º que trata dos direitos sociais fundamentais:

*(CF/88) Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.*

Para concretizar o direito a saúde, a Constituição criou o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei nº 8.080/90, que estabelece o que se entende por dever do poder público e da sociedade neste campo, com base no conceito adotado pela OMS:

*(Lei 8.080/90) Art. 2º. A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.*

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

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

Para se atingir os objetivos propostos e atribuídos como direito fundamental à saúde, as ações do poder público devem estar baseadas em uma perspectiva intersetorial, na qual o compromisso de todo o conjunto de políticas públicas se faz necessário para garantir ao cidadão tal direito, com base nos princípios da indivisibilidade e interdependência dos direitos humanos.

O art. 198 da Constituição dispõe sobre o SUS, como o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta; fundações públicas e instituições privadas de forma complementar:

*(CF/88) Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem*

*um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:*

*I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;*

*II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;*

*III - participação da comunidade.*

De modo a atender aos deveres estabelecidos na lei, o SUS atua na promoção, proteção e assistência à saúde, considerando tanto as necessidades individuais de cada cidadão, como as demandas coletivas da sociedade:

*(Lei 8.080/90) Art. 5º. São objetivos do Sistema Único de Saúde:*

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

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

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

O SUS se configura como um sistema porque formado por várias instituições dos três entes que compõem a Federação – União, estados e municípios – cada qual guardando competências próprias, embora interdependentes. Além do setor público, o setor privado também compõe o SUS em caráter complementar, realizando serviços e ações para a população como se público fosse, mediante autorização das autoridades de saúde competentes, respeitando-se a legislação específica.

Esse sistema é único, na medida em que obedece a mesma lógica de organização e apresenta a mesma filosofia de atuação em todo o território nacional, sendo guiado pelos princípios definidos na Lei nº 8.080/1990, em seu art. 7º: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de

assistência, enquanto conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; participação da comunidade; descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e na regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; 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; capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

A universalidade diz respeito ao compromisso de atendimento a todos de acordo com suas necessidades, sem distinção ou discriminação de qualquer espécie, independentemente de contribuição à Previdência Social. Por sua vez, a integralidade significa a prestação da saúde para a pessoa considerada e tratada como um todo, voltando-se as ações de saúde para, simultaneamente, o indivíduo e a comunidade, para a prevenção e para o tratamento, sempre se respeitando a dignidade humana.

Já a equidade garante a oferta dos recursos de saúde de acordo com as necessidades de cada um, pois busca a igualdade entre todos os usuários ao tratar os desiguais de forma diferente, na medida de sua desigualdade. Dessa forma, o cidadão que mais necessitar, mais receberá do sistema, seja serviços ou insumos.

O SUS é descentralizado uma vez que reconhece a competência tanto dos Estados, quanto dos municípios para prover soluções aos problemas de saúde



da população local, já que é no território que a vida se estabelece e se desenvolve. Sendo assim, todas as ações e serviços que atendem a população de um município tendem a ser municipais, da mesma forma em que as que servem e alcançam vários municípios devem ser estaduais e aquelas que são dirigidas a todo o território nacional devem ser federais.

Os princípios da regionalização e hierarquização indicam que os serviços de saúde devem estar dispostos e organizados de maneira regionalizada, tendo em vista tanto a capacidade de cada município em atender as demandas e os problemas de saúde da população de acordo com seu porte e arrecadação, quanto a garantia de eficiência e resolutividade dessa prestação de serviços. Os serviços de saúde devem também obedecer a uma hierarquia entre eles, estando as questões menos complexas sob a responsabilidade das unidades básicas de saúde, as mais complexas seguem para as unidades especializadas, depois hospital geral até chegar ao hospital especializado.

Nesse sentido, nota-se a racionalidade do SUS ao se organizar para oferecer ações e serviços de acordo com as necessidades da população e com os problemas de saúde mais frequentes de cada região. Essa é uma das formas do sistema ser eficaz e eficiente, pois passa a prestar serviços de qualidade e apresentar soluções às demandas individuais e a problemas de saúde coletiva, privilegiando técnicas, pessoal e equipamentos mais adequados, de acordo com a realidade local e a disponibilidade de recursos, a fim de eliminar o desperdício e fazer com que os recursos públicos sejam aplicados da melhor maneira possível.

Destaca-se também que o SUS deve promover a participação popular, o que revela o caráter democrático do sistema, já que possui, em sua constituição e essência, mecanismos que asseguram o direito de participação de todos os segmentos que nele estão envolvidos, tais como: gestores, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e, sobretudo, os usuários dos serviços, por meio de representantes das comunidades e da população como um todo.

A participação da comunidade é um direito humano estabelecido na Declaração Universal, em seu art. XXI, quando afirma que toda pessoa tem direito de tomar parte no governo de seu país e direito de acesso ao serviço público, uma vez que a vontade do povo é a base da autoridade do governo. No Brasil, a participação foi incorporada como opção política voltada a proposição, fiscalização, acompanhamento e incidência nas políticas públicas, conformando o controle social, que coexiste com o acompanhamento exercido pelos órgãos de controle, como a Controladoria Geral da União ou os Tribunais de Contas.

Dentre os principais instrumentos para o exercício do controle social nas políticas de saúde estão os conselhos municipais, estaduais e o Conselho Nacional de Saúde, bem como suas conferências, que possuem caráter deliberativo, isto é, possuem poder de decisão que deve ser observado na formulação, implementação e avaliação dos programas, projetos e ações de saúde. Para se garantir a legitimidade da participação comunitária, essas instâncias de controle social devem respeitar, em sua composição, a participação paritária entre usuários e os demais componentes do sistema.

Os conselhos de saúde são órgãos colegiados, de caráter deliberativo, constituídos de forma paritária por conselheiros eleitos, cabendo aos usuários a ocupação de 50% das cadeiras nos conselhos e as demais são divididas entre trabalhadores, prestadores de serviços e gestores. Cabe aos conselheiros propor, fiscalizar e monitorar todas as ações de saúde implantadas pelos gestores de modo a se realizar e concretizar as determinações constitucionais que endereçam ao Poder Público o dever de prover ao cidadão o direito à saúde. A imposição legal de criação dos conselhos de saúde como requisito para a municipalização, contribuiu de forma decisiva para concretizar a participação social em todo o território nacional.

As Conferências de Saúde, por sua vez, são instâncias colegiadas com função deliberativa, cabendo aos conselheiros e representantes dos diversos segmentos sociais participantes avaliarem a situação da saúde e proporem diretrizes para a formulação das políticas públicas na área nos respectivos níveis em que

a conferência é realizada. Ela pode ser convocada tanto pelo Poder Executivo quanto, extraordinariamente, pelos conselhos de saúde.

O documento final das conferências de saúde serve de base para a elaboração de políticas para o setor saúde, mas não garante, necessariamente, a sua implantação. No entanto, devido ao peso político assumido por essa instância de controle social, as propostas contidas em seus documentos finais oferecem à sociedade civil elementos balizadores para a cobrança e fiscalização de ações públicas em razão de sua legitimidade incontestável.

Vale ressaltar que o controle social se alicerça em ação concreta de monitoramento e fiscalização da execução dos programas e projetos implantados pelo Estado, e assim se configura canal privilegiado para cobrança de resolutividade, transparência e lisura no trato da saúde pública. Porém, restringir o controle social às ações de fiscalização tende a limitar a participação comunitária, que deve ser vista também como espaço de proposição e formulação das políticas públicas de saúde a partir das necessidades urgentes da população.

A implantação dos conselhos e conferências de saúde representa uma importante conquista popular ao propiciar a criação de espaços de participação e controle social, para a ampliação da democracia. Dessa forma, o exercício do controle social responde aos fundamentos da República brasileira, elencados no art. 1º da Constituição: cidadania, dignidade da pessoa humana, pluralismo político e a noção de que todo o poder emana do povo.

Os Conselhos e as Conferências de Saúde são importantes canais institucionais para o exercício do controle social, mas não podem e nem devem ser interpretados como a única possibilidade de expressão e intervenção comunitária no espaço público. Sem dúvida, existem outras formas e, algumas delas, vêm-se mostrando tão ou até mais impactantes junto ao poder público, como a articulação dos movimentos sociais em rede, promovendo ações conjuntas de pressão política, tanto no nível do Executivo, quanto no Legislativo e até mesmo no Judiciário.

Para tanto, é necessário mais do que o conhecimento dos direitos positivados em leis. É essencial aprender a exercê-los cotidianamente, incorporando elementos capazes de promover uma transformação estrutural na autoimagem bombardeada cotidianamente pela discriminação, pelo preconceito e pelo estigma. É por meio desse processo que se faz valer os direitos já postos e se provoca a construção de novos direitos.

### 3.3.1 O controle da tuberculose no Brasil

A tuberculose no Brasil é prioridade entre as políticas governamentais de saúde. Um dos principais fundamentos é que a doença reflete o estágio de desenvolvimento social do país, ainda marcado pela pobreza de grande parcela da população, pelos desafios de consolidação de um sistema de saúde universal como o SUS, associada aos obstáculos estruturais que inibem o declínio das doenças marcadas pelo contexto social. Especificamente, no caso da tuberculose, o quadro foi agravado pela epidemia de aids e pela multirresistência aos medicamentos utilizados para o tratamento da doença.

Os esforços nacionais concentram-se na cura das pessoas bacilíferas, ou seja, pessoas que transmitem o bacilo da tuberculose, através da fala, tosse ou espirro (transmissão pelo ar). As estratégias empreendidas partem do pressuposto de que a cura dessas pessoas, por meio de programa efetivo de diagnóstico precoce e tratamento, é a melhor forma de prevenção da doença, pois interrompe a cadeia de transmissão.

### 3.3.2 Diagnóstico de tuberculose

O primeiro passo para o controle da tuberculose é a identificação precoce de indivíduos portadores da doença, de forma a garantir o tratamento oportuno. A busca ativa de pessoas infectadas constitui uma estratégia operacional para detecção precoce da doença e para tanto deve envolver os serviços de saúde e a comunidade.

Em geral, as ações relativas à busca dessas pessoas estão voltadas para os grupos com maior probabilidade de apresentar casos de tuberculose, dentre os quais se destacam: sintomáticos respiratórios (pessoas com tosse por mais de três semanas); pessoas com alterações radiológicas; contatos de pessoas com tuberculose; pessoas com doenças imunossupressoras. As populações mais vulneráveis também devem ser investigadas periodicamente: para população indígena, população privada de liberdade e pessoa vivendo com HIV/AIDS é recomendado que se considere sintomático respiratório, quando houver tosse por mais de duas semanas; no caso da população em situação de rua a tosse deve ser investigada sempre, independentemente de sua duração.

São considerados contatos toda pessoa que convive no mesmo ambiente da pessoa com tuberculose no momento do diagnóstico. Esse convívio pode se dar em casa, ambientes de trabalho, instituições de longa permanência, escola, etc. Todos os contatos devem ser convidados a comparecer à unidade de saúde para serem avaliados. A visita domiciliar periódica do profissional de saúde deve incluir a investigação da tosse e a avaliação de contatos de pessoas com tuberculose com objetivo de detectar precocemente novos casos da doença.

### 3.3.3 Tratamento da tuberculose

O tratamento da tuberculose dura, em média, seis meses e não deve ser interrompido. Nos casos de tuberculose multirresistente a medicamentos (TB MDR) o tratamento pode durar dois anos ou mais, a depender do caso.

Tendo em vista os inúmeros obstáculos que se interpõem à adesão ao tratamento adequado e objetivando superá-los, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde (PNCT/MS) incentiva a adoção do tratamento diretamente observado (TDO), o que vem possibilitando o enfrentamento do problema, pois envolve instrumentos importantes para a melhoria da adesão ao tratamento.

O tratamento diretamente observado compreende um conjunto de medidas complementares que vão além da observação da deglutição dos medicamentos. É necessário construir um vínculo entre o paciente, a equipe de saúde e o serviço, bem como implementar uma estratégia de acolhimento dos pacientes. Isto amplia a possibilidade de adesão do paciente a partir de seu conhecimento sobre a doença, a duração do tratamento prescrito, a importância da regularidade do uso dos medicamentos e as graves consequências advindas da interrupção ou abandono do tratamento.

O acesso ao tratamento da tuberculose é universal e deve ser disponibilizado a todas as pessoas com a doença, independente do local onde a doença tenha sido diagnosticada, seja setor público ou privado.

A atenção básica deve ser a principal porta de entrada no SUS sendo de sua competência a indicação e prescrição do esquema básico para tratamento da tuberculose e a realização do tratamento diretamente observado. Casos de intolerância aos medicamentos e tratamentos especiais, como comorbidades e coinfeções, devem ser encaminhados às referências secundárias. Já os casos de resistência ao tratamento devem ser encaminhados aos serviços de referência terciária. Assim, o tratamento será desenvolvido em regime ambulatorial, no serviço de saúde mais próximo da residência do doente, em caso de indicação, a hospitalização deve ser garantida pelo Estado.

No entanto, é importante ressaltar que a internação é recomendada somente em casos especiais e apenas por tempo suficiente para atender às razões que determinaram a sua indicação e, em geral, mediante o consentimento do usuário.

### 3.3.4 Tratamento compulsório

Diversos fatores podem concorrer para tratamentos realizados de forma irregular ou abandono, culminando em tuberculose multirresistente, tais como: problemas sociais (fome, miserabilidade, etc.); falta de expectativa na vida

em grupos vulneráveis; preconceito por parte de equipes mal preparadas; dificuldades tanto de acolhimento e vínculo (com a equipe de saúde) quanto de adesão; sensação de que já “está curado” e que não precisa tomar os remédios pelo período determinado; e drogadição/alcoolismo.

Nos casos de pessoas que tem dificuldades na adesão ou mesmo naqueles onde o paciente se nega a aderir ao tratamento, podem se configurar situações onde haja exposição de terceiros ao risco de infecção, especialmente familiares e sobretudo crianças.

Com efeito, as equipes de saúde devem estar preparadas para enfrentar qualquer tipo de situação, o que envolve: formação de equipe multidisciplinar qualificada; utilização de adequada metodologia no acolhimento, que possibilite abordagens diversas e eventualmente inovação nas estratégias; incentivo aos pacientes, com oferta de alimentação ou transporte, por exemplo; eficaz controle de contatos; e as normas de biossegurança. Além disso, é importante que o profissional de saúde conte com condições e ambientes adequados para o trato com esta doença e com os pacientes.

Como recurso extremo, após esgotadas todas as possibilidades de mediação sem que o paciente consiga e/ou decida pela adesão ao tratamento, há possibilidade de intervenção judicial para internação compulsória. Esta medida deve ser avaliada criteriosamente, caso a caso, por um juiz competente (orientado por profissionais de saúde e assistentes sociais), através do devido processo legal, garantindo-se o contraditório e a ampla defesa.

Deve-se ressaltar que a internação compulsória para tratamento é medida extrema, considerada a partir do caso concreto. Não deve ser usada como opção para “solucionar” as deficiências do SUS ou mesmo para o eventual despreparo das equipes envolvidas; antes de qualquer passo, devem-se empreender todas as etapas do processo de convencimento do paciente a aderir ao tratamento, que envolvem acolhimento, conquista da sua confiança e escuta.

Considerando que a intervenção judicial para tratamento se torne inevitável, ainda se deve preservar a dignidade da pessoa sob tal condição, inclusive durante a internação compulsória, garantindo-se estrutura adequada para o tratamento e respeito a sua integridade física, mental e social, inclusive evitando exposição pública a situações vexatórias, onde possam sofrer preconceito e discriminação.

Os grupos mais afetados pela tuberculose no Brasil, a rigor, já são marcados pela pobreza, marginalização e ausência de condições dignas de existência, por isso não se pode sujeita-los a situações semelhantes àquelas apontadas pelo Relator Especial da ONU sobre a tortura, Juan. E. Méndez, perante o Conselho de Direitos Humanos da ONU em maio/2013, no relatório sobre os abusos em cuidados de saúde, que vão do limiar de maus-tratos equivalentes à tortura aos tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes. O relatório<sup>1</sup>, não restrito ao Brasil, cita como exemplos as mulheres que estão sujeitas a esterilização involuntária ou mutilação genital; também os usuários de drogas e pessoas com tuberculose que sofrem internação compulsória em supostos centros de reabilitação onde são submetidos a trabalhos forçados e torturas.

### 3.3.5 Controle dos contatos

Todos os contatos das pessoas com tuberculose têm direito ao diagnóstico que deverá ser ofertado na unidade de saúde mais próxima de sua residência. A investigação inclui a realização de anamnese criteriosa e exame físico, e em casos sintomáticos a realização de radiografia de tórax, baciloscopia de escarro e/ou outros exames, de acordo com o caso. Recomenda-se também a realização da prova tuberculínica para avaliação da infecção latente e quando indicado, a instituição do tratamento preventivo da tuberculose.

Os contatos devem ser orientados a procurarem a unidade de saúde, em caso de aparecimento de sintomatologia respiratória.

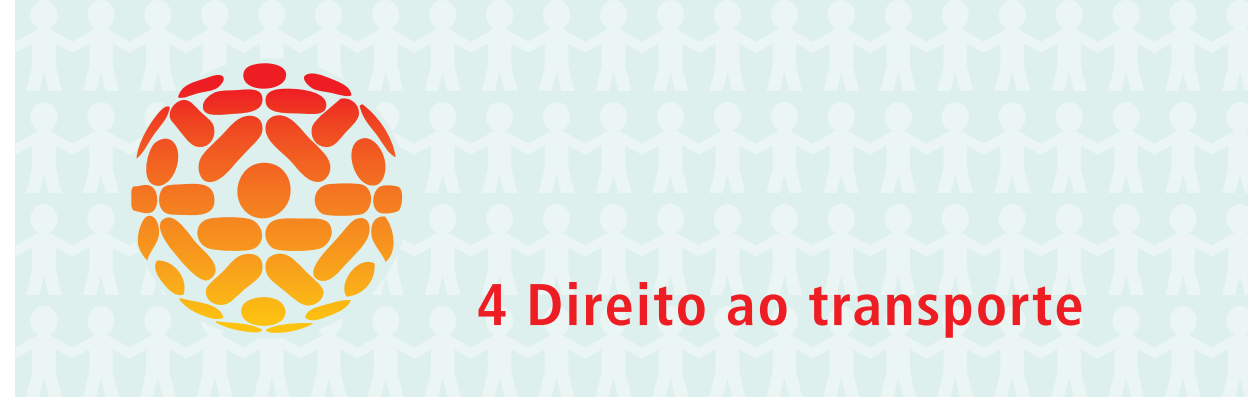
<sup>1</sup> Relatório consultado em 20/08/2013. Disponível no endereço: [http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53\\_English.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf)



### 3.3.6 Vacinação

No Brasil, a vacina BCG (Bacilo de Calmette-Guérin) é prioritariamente indicada para as crianças na faixa etária de zero a quatro anos, sendo obrigatória para crianças menores de um ano, como dispõe a Portaria nº 452/76, do Ministério da Saúde.

De acordo com o programa de imunização brasileiro, recomenda-se vacinar os recém-nascidos, sempre que possível nas maternidades, desde que tenham peso igual ou superior a dois quilogramas e sem intercorrências clínicas; os recém-nascidos e crianças soropositivas para HIV, ou filhos de mães com HIV/AIDS, desde que não apresentem os sintomas dessa síndrome.

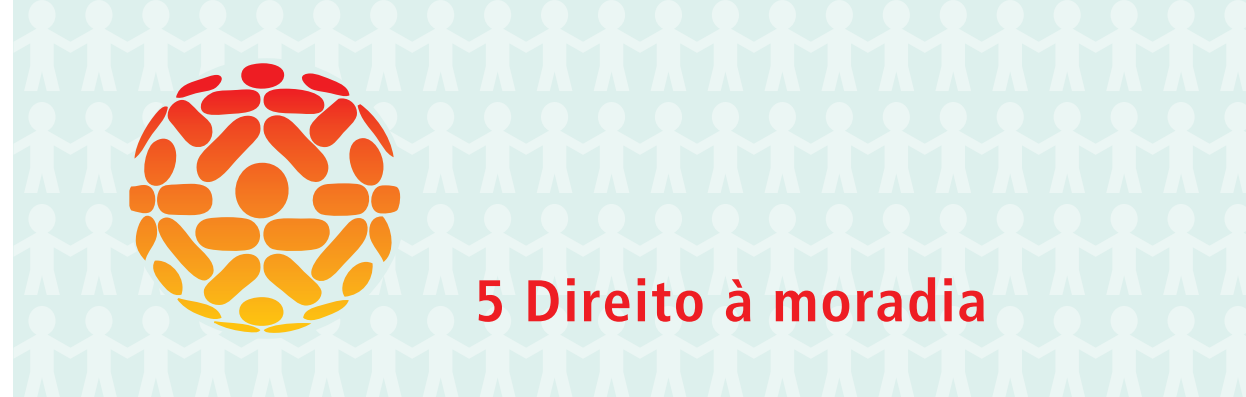


## 4 Direito ao transporte

Não existe lei de âmbito nacional que garanta a gratuidade de transporte para aqueles acometidos por tuberculose, ainda que para realização do tratamento. No entanto, no caso de transporte intermunicipal existem leis próprias, de âmbito local, que concedem o benefício às pessoas em tratamento de tuberculose, fato que deve ser verificado na legislação editada por cada estado, a exemplo do estado do Rio de Janeiro, cuja gratuidade foi garantida as pessoas com tuberculose.

Já no transporte municipal, ou seja, nos ônibus coletivos urbanos, várias cidades prevêm a isenção de pagamento ou transporte gratuito garantido em lei de âmbito municipal. Os usuários dos serviços devem ser orientados a verificar a existência de lei específica em sua cidade ou incentivados a se organizarem de modo a solicitar a elaboração e aprovação de projeto de lei junto às respectivas câmaras municipais e aos seus vereadores.

A título de exemplo, pode ser citada a cidade de São Paulo, na qual existe lei dando isenção do pagamento de ônibus, metrô, linhas de trens da CPTM, trólebus e micro-ônibus. Nesse caso, especificamente, há previsão de extensão do direito a um acompanhante, se assim entender o médico do SUS.

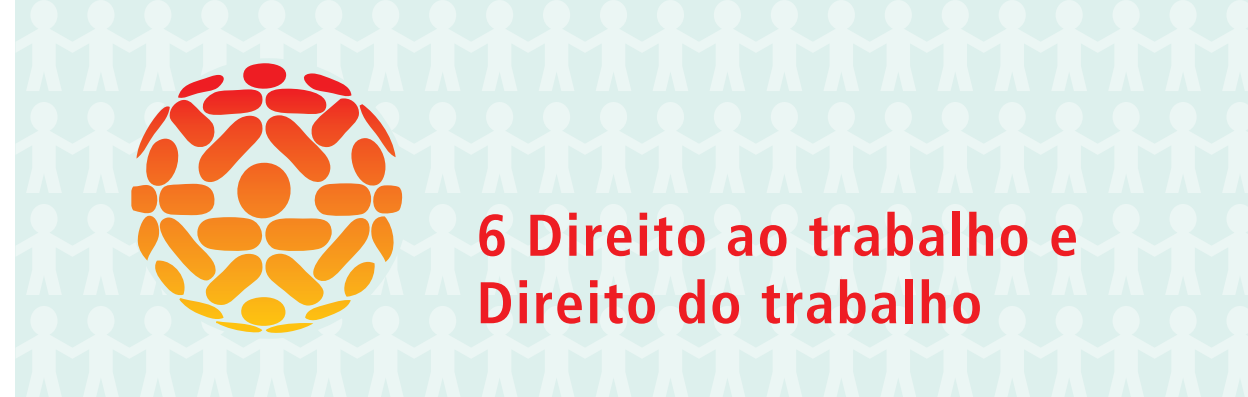


## 5 Direito à moradia

O Sistema Nacional de Habitação de Interesse Social (SNHIS) foi instituído pela Lei Federal nº 11.124/2005 e centraliza todos os programas e projetos destinados à habitação de interesse social. Seu objetivo principal é a implantação de políticas e programas que promovam o acesso à moradia digna para a população de baixa renda, que compõe a quase totalidade do *déficit* habitacional do País. Esta normativa também instituiu o Fundo Nacional de Habitação de Interesse Social (FNHIS), que centraliza os recursos orçamentários dos programas de urbanização de assentamentos subnormais e de habitação de interesse social, inseridos no SNHIS.

Os recursos têm aplicação definida pela lei, como, por exemplo, a aquisição, construção, conclusão, melhoria, reforma, locação social e arrendamento de unidades habitacionais; a produção de lotes urbanizados para fins habitacionais; a regularização fundiária e urbanística de áreas de interesse social; ou a implantação de saneamento básico, infraestrutura e equipamentos urbanos, complementares aos programas de habitação de interesse social.

Essa política se mostra essencial para o enfrentamento e controle da tuberculose, uma vez que as condições de moradia são um fator fundamental para o adoecimento, tornando a pessoa mais ou menos vulnerável a doença. Como é reconhecido, o direito à saúde implica também a formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças.



## 6 Direito ao trabalho e Direito do trabalho

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, em seu artigo XXIII, estabelece que toda pessoa tem direito ao trabalho, à livre escolha de emprego, a condições justas e favoráveis de trabalho e à proteção contra o desemprego. Complementa ainda informando que toda pessoa, sem qualquer distinção, tem direito a igual remuneração por igual trabalho, de forma justa e satisfatória, que lhe assegure, assim como à sua família, uma existência compatível com a dignidade humana. Por seu turno, a Resolução nº 34/46, de 1979, da Assembleia Geral da ONU, enuncia claramente que: “a fim de garantir cabalmente os direitos humanos e a plena dignidade pessoal, é necessário garantir o direito ao trabalho”.

Neste sentido, o trabalho aparece sob duas perspectivas: direito ao trabalho, é o direito que qualquer pessoa tem de exercer atividade econômica para prover por si próprio os meios de existência digna para si e para sua família, ou seja, direitos de inclusão no trabalho; por sua vez, o direito do trabalho relaciona-se com a proteção daqueles que já estão inseridos no mercado de trabalho, contra discriminação, exploração e qualquer atentado a sua dignidade na relação laboral.

O trabalho destaca-se como direito social fundamental que deverá ser promovido e garantido a todos, princípio da ordem social brasileira, cujo objetivo é o bem-estar e a justiça social para a cidadania. No Brasil, o trabalho está definido como direito social no artigo 6º da Constituição e, no conjunto do texto constitucional, é reconhecido como condição da efetividade e concretização do princípio da dignidade da pessoa humana, fundamento da República Federativa do Brasil (art. 1º, III da CF).

No artigo 7º da Constituição estão relacionados os direitos fundamentais de cada trabalhador em sua relação individual de emprego, entre os quais: o salário mínimo (inciso IV), a irredutibilidade de salário (inciso VI), o décimo terceiro salário (inciso VIII), o repouso semanal remunerado (inciso XV), as férias anuais remuneradas (inciso XVII), a licença gestante (inciso XVIII), a licença paternidade (inciso XIX), o aviso prévio (XXI) e a aposentadoria e integração à previdência social (inciso XXIV).

Além da garantia constitucional, os direitos dos trabalhadores também estão resguardados por outras leis, em especial, por meio da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que enfeixa a maior parte da normatização sobre direitos trabalhistas vigente no país, ou seja, o direito do trabalho, voltado aqueles já inseridos de alguma forma no mercado.

Como todo e qualquer cidadão, a pessoa com tuberculose também se encontra sob o manto protetivo dessas leis que, via de regra, apresentam abrangência universal. Em razão de situações específicas que tendem a tornar vulneráveis algumas pessoas, como a manifestação de doenças, acidentes e outros eventos incapacitantes,

transitórios ou permanentes, as leis trabalhistas prevêm exceções que concretizam o princípio da equidade, autorizando o tratamento desigual àqueles que dele necessita, de modo a garantir a todos a igualdade material de direitos.

Nesse sentido, o adoecimento do trabalhador e seu conseqüente afastamento do emprego por motivo de saúde, reclama proteção especial, sendo vedada a sua dispensa enquanto persistir o agravo e estiver em gozo do benefício previdenciário auxílio-doença. Essa proteção lhe é devida na medida em que o contrato de trabalho encontra-se suspenso por força da licença não remunerada (art. 476 da CLT).

A suspensão do contrato de trabalho impede a demissão do trabalhador, funcionando como um mecanismo legal de proteção à situação de vulnerabilidade na qual o empregado se encontra, oferecendo-lhe uma estabilidade temporária. Todavia, tal proteção cessa a partir do momento em que o motivo que lhe deu causa desaparece.

Pode-se cogitar a extensão da estabilidade em casos específicos nos quais seja possível comprovar que a doença possui contornos de acidente de trabalho. Nestes casos, a estabilidade se estende para 12 meses após o retorno do empregado ao trabalho. Para se aplicar essa regra, em se tratando de tuberculose, deverá ser comprovado que a infecção pelo bacilo causador da doença tenha sido ocasionada em razão de ambiente de trabalho insalubre ou por situação de exposição relacionada ao exercício profissional e, por certo, durante a jornada de trabalho do empregado.

A Constituição lista entre os direitos dos trabalhadores a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança (art. 7º, XXII), determinando ainda que o meio ambiente do trabalho no sistema de saúde deve ser protegido (art. 200, VIII). Tais dispositivos revelam uma posição avançada com relação ao tema, pois as questões referentes ao meio ambiente do trabalho transcendem a questão de saúde dos próprios trabalhadores, refletindo em toda a sociedade.

Tendo em vista a preservação da qualidade ambiental do local de trabalho, a

Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) trata da segurança e saúde do trabalhador nos Títulos II e III (Normas Especiais de Tutela do Trabalho), além disso, existem as Portarias do Ministério do Trabalho e a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) que tratam do tema, em conjunto com o Programa de Controle Médico e de Saúde Ocupacional e o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais, sem contar a obrigatoriedade das empresas de instituir as Comissões Internas de Prevenção de Acidentes – CIPAs (art.163, da CLT).

O ambiente sadio do trabalho é um direito transindividual por ser um direito de todo trabalhador, indistintamente, e reconhecido como uma obrigação social constitucional do Estado, ao mesmo tempo em que se trata de um interesse difuso, ou mesmo coletivo quando se tratar de determinado grupo de trabalhadores. Ainda que a tuberculose não possa ser identificada *a priori* como uma doença laboral, a ausência de observância de cuidados relativos à manutenção de ambiente de trabalho sadio pode resultar em transmissão do bacilo da tuberculose e, portanto, pode ser inquirido o seu estatuto acidentário para fins de licença médica do empregado.

O caráter acidentário se configura mais facilmente em ambientes nos quais o contato com portadores de tuberculose é mais constante ou, ao menos, potencial, como em hospitais e serviços de saúde. Porém, por se tratar de uma doença de transmissão aérea, ambientes fechados, pouco arejados e sem luz natural demandam atenção especial, sobretudo após a identificação de caso de tuberculose entre os empregados que compartilham o mesmo espaço.

O empregador que por inobservância das normas de segurança do trabalho não fornecer aos seus empregados um ambiente de trabalho sadio e, conseqüentemente, vier a causar-lhes danos poderá sofrer ação civil pública para que adapte seu estabelecimento e/ou pague multa, poderá ter seu estabelecimento fechado judicialmente, além de eventualmente ter que responder criminalmente. Estará ainda sujeito a multas administrativas (art. 201, da CLT), interdição do estabelecimento ou equipamento (art.161, da CLT). Além disso, o empregador poderá responder por indenização, ao se constatar sua culpa e dano ao traba-

lhador, apuráveis por meio da respectiva ação de indenização (art. 7º, XXVIII, da CF e arts. 186/927 do Código Civil).

Diante de casos confirmados de tuberculose em local de trabalho, os comunicantes, ou seja, as pessoas que compartilham diretamente o mesmo ambiente com a pessoa infectada possuem o direito de serem diagnosticadas e acompanhadas pelo serviço de saúde, seja este próprio da empresa, conveniado ou público.

Por sua vez, a Lei nº 9.029/1995 proíbe a adoção de qualquer prática discriminatória e limitativa para efeito de acesso a relação de emprego ou sua manutenção. No caso de demissão do trabalhador que contraiu tuberculose, ocasionada por preconceito e discriminação em razão da sua doença, o cidadão poderá se defender na esfera judicial, com base no que dispõe a referida lei. Caso comprovado o ato discriminatório, o empregado poderá optar entre: a readmissão com ressarcimento integral de todo o período de afastamento, mediante pagamento das remunerações devidas, corrigidas monetariamente, acrescidas dos juros legais; ou a percepção, em dobro, da remuneração do período de afastamento, corrigida monetariamente e acrescida dos juros legais.

No campo das relações de trabalho, a Convenção nº 111 da Organização Internacional do Trabalho, ratificada pelo Brasil, estabelece alguns parâmetros que facilitam o trato das questões jurídicas envolvendo o problema da discriminação no trabalho, ou, em outras palavras, da ausência de igualdade no trabalho. Para os fins da Convenção nº 111 da OIT, discriminação significa (art. 1º):

*“a) toda distinção, exclusão ou preferência, com base em raça, cor, sexo, religião, opinião política, nacionalidade ou origem social, que tenha por efeito anular ou reduzir a igualdade de oportunidade ou de tratamento no emprego ou profissão;*

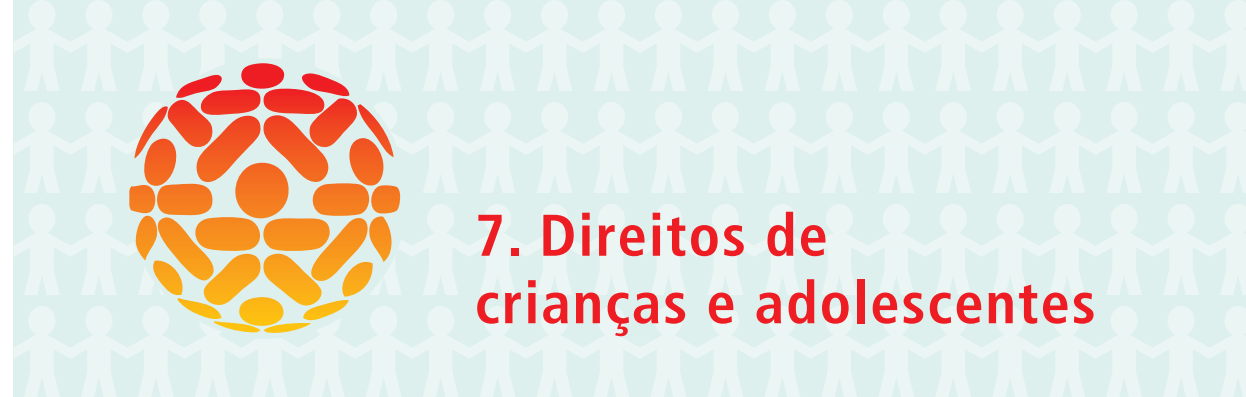
*b) qualquer outra distinção, exclusão ou preferência, que tenha por efeito anular ou reduzir a igualdade de oportunidades, ou tratamento emprego ou profissão, conforme pode ser determinado pelo país-membro concernente, após consultar organizações representativas de empregadores e de trabalhadores, se as houver, e outros organismos adequados.”*

No caso de demissão imotivada, sem caráter discriminatório, ou seja, quando a dispensa do trabalhador não estiver relacionada a nenhuma falta grave que justifique uma demissão por justa causa, é possível o saque do montante depositado em sua conta do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS). Esse fundo constitui-se em mecanismo de proteção do trabalhador em casos de demissão involuntária e que, por consequência, se vê privado, ainda que momentaneamente, do direito ao trabalho.

Há várias situações em que o FGTS pode ser sacado, conforme estabelecido na Lei nº 8.036/1990, como a despedida sem justa causa, extinção da empresa, aquisição de imóvel, etc. Alguns casos independem da perda involuntária do vínculo empregatício, conforme preceitua o artigo 20 em seu inciso I. Desse modo, é possível sacar o saldo do FGTS para auxiliar no tratamento de aids e câncer ou de moléstias graves nas quais o paciente esteja em estágio terminal.

O Decreto nº 5.860/06 autoriza e regulamenta o saque do FGTS pelos trabalhadores, ou seus dependentes, portadores de doenças graves em estágio terminal. Entretanto, nem todas as doenças graves estão listadas na lei, caso da tuberculose, que não encontra previsão legal de saque do FGTS para o seu tratamento. Porém, a jurisprudência vem se consolidando no sentido de que a restrição relativa às demais doenças não elencadas originalmente na lei contrariam a razão de ser dessa normativa e, sobretudo, ofende princípios constitucionais, pois limitam a possibilidade de fruição do direito pelos pacientes em estágio terminal de sua doença, momento em que o gozo pleno desse direito estaria prejudicado.

Sendo assim, enquanto a pessoa com tuberculose não obtiver amparo legal para o saque do saldo de seu FGTS (com sua patologia devidamente listada na lei), terá que acionar o Judiciário para reivindicar o seu direito. Nos casos dos pacientes com aids ou câncer este procedimento é mais simples, pois já amparado na lei acima, de forma que podem requerer a liberação na esfera administrativa, junto a Caixa Econômica Federal, sem necessidade de procedimento judicial.



## 7. Direitos de crianças e adolescentes

Em 1990, o Brasil ratificou a Convenção sobre os Direitos da Criança (ONU/1989), documento que serviu de inspiração para o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) – Lei Federal nº 8.069/1990. Os 267 artigos do ECA estabelecem e tratam os direitos da criança e do adolescente de forma específica, aprofundando os dispositivos mais genéricos da Constituição de 1988 e traduzindo a evolução no entendimento do tema.



Do ponto de vista histórico, os direitos de crianças e adolescentes no Brasil surgem pela “Doutrina do Direito Penal do Menor”, que contempla apenas o ato de delinqüência praticado pelo menor, vigorando do século XIX até início do século XX; na seqüência, surge a “Doutrina da Situação Irregular”, quando a proteção estatal dirige-se ao menor que se encontre em situação irregular, como abandono, maus-tratos, infratores, etc., aparecendo no início do século XX e vigorando até Constituição Federal de 1988.

Com a Constituição Cidadã, destacam-se duas evoluções: crianças e adolescentes são reconhecidas como sujeitos de direitos, em especial condição de desenvolvimento; e o “Princípio da proteção integral”. Afirma-se no país o valor intrínseco da criança como ser humano; a necessidade de especial respeito à sua condição de pessoa em desenvolvimento; o valor prospectivo da infância e da juventude, como portadora da continuidade do seu povo e da espécie e o reconhecimento da sua vulnerabilidade, o que torna as crianças e adolescentes merecedores de proteção integral por parte da família, da sociedade e do Estado, que deve atuar através de políticas específicas para promoção e defesa de seus direitos.

O artigo 4º da Constituição Federal indica que **é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária**. A garantia de prioridade compreende: primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública; preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas. O artigo 227 do ECA seguiu a norma constitucional, acrescentando o dever de colocar crianças e adolescentes a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

É notável a evolução brasileira neste tema, saindo de uma legislação nitidamente discriminatória para um novo modelo, onde a criança e o adolescente passam

a gozar do estatuto da cidadania, agora tratados como sujeitos de direitos e obrigações, reconhecendo-se a sua condição de seres humanos merecedores de proteção por parte da família, da sociedade e do Estado, pela sua condição especial de pessoa em desenvolvimento.

De acordo com o “Princípio da proteção integral”, o sistema legal deve garantir a satisfação de todas as necessidades de todas as crianças e adolescentes, estabelecendo em definitivo, como direito fundamental destes, o valor do estudar, do brincar e do cuidar. Como contrapartida, todos os setores sociais, como Estado, sociedade e família passam a ter deveres de prover tais direitos e para realização efetiva, o ECA estabelece as políticas públicas específicas. Este princípio materializa valores inéditos no ordenamento jurídico nacional, pela primeira vez na história uma constituição brasileira trata o infante-juvenil como uma questão pública, com reflexos efetivos nas leis.

Com isso, amplia-se o campo da proteção social deste público, criando-se a base jurídica normativa dos sistemas de garantia de direitos, que garante acesso das crianças e adolescentes à Justiça, além de mecanismos e procedimentos próprios de proteção judicial e extrajudicial dos interesses individuais, difusos e coletivos. Neste sentido, ganharam legitimidade as instituições da sociedade civil, legalmente constituídas, que militam no campo da infância e da adolescência, para pleitear na Justiça providências relativas a eventuais direitos lesados.

Alem disso, destaca-se a implementação dos Conselhos Tutelares, com poderes para: requisitar serviços públicos necessários as autoridades competentes; atender e aconselhar crianças e adolescentes e seus responsáveis; encaminhar ao Ministério Público notícia de fato que constitua lesão ao direito deste público; expedir notificações quando houver descumprimento do ECA; dentre outros.

Por razões não apenas socioculturais, mas, sobretudo, biológicas, as crianças e adolescentes apresentam especial susceptibilidade à infecção pelo bacilo da tuberculose, e merecem, portanto, atenção redobrada no trato dessa questão. Cabe ao Estado promover programas de atenção integral voltados para crian-

ças, adolescentes e jovens (CF/88, art. 227 § 1º). Por sua vez, a responsabilidade da família como garantidora da saúde daqueles que se encontram sob seus cuidados e proteção é inegável.

Por isso, diante de suspeita de qualquer alteração na saúde de crianças e adolescentes, os responsáveis deverão procurar uma unidade de saúde para providências quanto aos cuidados médicos que o caso demandar. Em se tratando de confirmação de diagnóstico positivo para tuberculose, o tratamento deve ser levado a termo, até a sua cura completa, o que exige o envolvimento de todos da família para garantir a recuperação da saúde da criança e do adolescente.

O mesmo se aplica ao cuidado de não expor crianças e adolescentes ao risco de transmissão do bacilo, no caso de convivência, em uma mesma residência, de pessoas com tuberculose. Isso não implica afastamento do convívio, mas tão-somente a atenção às normas de segurança para se diminuir os riscos de transmissão, bem como o pronto reconhecimento do direito ao diagnóstico e ao tratamento, inclusive o profilático, se indicado às crianças.



## 8. Sistema prisional e tuberculose

A tuberculose é um desafio aos gestores da saúde no sistema prisional, devido à alta endemicidade que apresenta na população privada de liberdade. Vários fatores contribuem para esse quadro, alguns estão relacionados aos indivíduos e sua condição de vida antes do encarceramento: população jovem, predominantemente masculina, de baixa escolaridade, oriunda de comunidades desfavorecidas; maior ocorrência da doença; uso de drogas; maior prevalência de infecção pelo HIV; antecedente freqüente de encarceramento; dificuldade de acesso aos serviços de saúde e menor oportunidade de diagnóstico e tratamento. Outros fatores se relacionam ao próprio encarceramento: celas superpopulosas, mal ventiladas e com pouca iluminação solar; exposição freqüente ao *Mycobacterium tuberculosis* em ambiente confinado; falta de informação sobre o problema; dificuldade de acesso aos serviços de saúde na prisão.



Ao indivíduo privado de liberdade não se retira nenhum direito constitucionalmente garantido, uma vez sob a tutela do poder público, caberá ao Estado a responsabilidade por danos a ele ocasionado, tendo em vista que é assegurado aos presos o respeito à integridade física e moral (CF/88, art. 5º, XLIX). Neste sentido, a Lei de Execuções Penais (LEP) estabelece que ao condenado e ao internado serão assegurados todos os direitos não atingidos pela sentença ou pela lei (art. 3º LEC)

Deve-se ressaltar que o impacto da tuberculose nos presídios não se limita aos internos, afeta também a comunidade com que se relacionam, ou seja, seus familiares e os funcionários das unidades prisionais, durante e após a detenção, o que fortalece a cadeia de transmissão e o agravamento da situação da doença no país como um todo.

Dessa forma, considerando os riscos presentes de transmissão da tuberculose em razão das condições de encarceramento e a possibilidade de proliferação da doença no interior do sistema prisional, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, por meio da Resolução 11, de 07 de dezembro de 2006, estabelece a diretriz básica para detecção de casos de tuberculose entre ingressos no Sistema Penitenciário nas unidades da Federação, como parte do previsto pela Lei de Execuções Penais.

O artigo 5º da LEP visa garantir ao apenado condições para a sua harmônica integração social a partir da individualização de sua pena e, por conseguinte, a preservação de todos os seus direitos que não foram cassados por meio da sentença condenatória. Por seu turno, o artigo 14 reafirma o compromisso do Estado em zelar pela saúde do interno, de caráter preventivo e curativo, compreendendo atendimento médico, farmacêutico e odontológico; além disso, indica que sejam identificados serviços externos quando a unidade prisional não os possuir.

Em 2003 foi aprovado o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário – Portaria Interministerial Nº 1.777 – destinado a prover atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas, com ações e serviços voltados a promoção da saúde dessa população e a contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes. Tanto a Resolução nº 11 quanto a Portaria nº 1.777, recomendam as secretarias de estado de Justiça, Segurança e Administração Penitenciária, que se organizem junto às secretarias de saúde de estados e municípios para, efetivamente, garantir os procedimentos relativos ao processo de diagnóstico da tuberculose entre internos, tendo em vista o controle da doença no sistema prisional.

No escopo da normativa sobre saúde no sistema prisional, encontram-se as ações de atenção básica, consonante com o anexo 01 da Norma Operacional da Assistência do Ministério da Saúde (NOAS/MS) para o controle de tuberculose. Destaca-se a busca de casos de tuberculose por meio da identificação do sintomático respiratório, no qual deverá ser realizado exames de baciloscopia, cultura e teste de sensibilidade e a equipe de saúde deverá também realizar a notificação dos casos novos descobertos no Sistema de Informação de Agravos e Notificações (Sinan).

No campo da assistência, a normativa dispõe que o tratamento deve ser iniciado de forma supervisionada diariamente para todas as pessoas com a doença. Recomenda-se a realização do aconselhamento e testagem para o HIV em todos os casos diagnosticados, por meio do teste rápido. O registro dos casos deve ser feito no livro específico. Deve-se realizar o acompanhamento mensal do tratamento por meio de consulta médica ou de enfermagem, bem como a realização de baciloscopia de controle para os casos de tuberculose bacilífera.

Para a proteção dos internos sadios, a norma prevê, quando necessário, o exame dos comunicantes, com realização de radiografia, baciloscopia, cultura, teste de sensibilidade (TSA) e quimioprofilaxia, de acordo com a indicação clínica.



## 9. População em situação de rua e tuberculose

O Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e a criação do respectivo Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento desta política. A população em situação de rua é definida como grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, a inexistência de moradia convencional e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.

Esta política prevê como princípios, além da igualdade e equidade: o respeito à dignidade da pessoa humana; o direito à convivência familiar e comunitária; a valorização e respeito à vida e à cidadania; o atendimento humanizado e universalizado; o respeito às condições sociais e às diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência.

As condições de vulnerabilidade vivenciadas pela população em situação de rua **são marcadas por uma gama de privações, mas também por** questões psicossociais geradoras de sofrimentos físicos e emocionais, o que possibilita riscos maiores para a saúde desse grupo, representando um desafio a efetivação de políticas de saúde que dêem conta dessa complexidade.

Segundo o último levantamento do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), realizado em 2008, foram identificadas em 71 municípios brasileiros 31.922 pessoas (maiores de 18 anos) em situação de rua. Esse número, considerando também outras pesquisas, permite estimar um número de aproximadamente 50.000 pessoas nas capitais e Distrito Federal, além das cidades com mais de 300 mil habitantes. Um dado importante levantado nas pesquisas é a discriminação sofrida por essa população, expressa no fato de serem impedidas de entrar em certos locais, destacando-se que 18,4% das recusas de atendimento são referentes às unidades de saúde e 13,9% às instituições destinadas a retirada de documentação.

Grande parte dessa população que faz da rua seu local de sobrevivência chegou nessa situação em consequência da quebra de um conjunto de relações e vínculos que a fez perder a perspectiva de um projeto de vida. A sociedade contemporânea, centrada no consumo, competitividade, redução de oportunidades e de emprego, rejeita a população em situação de rua, objetos de um esforço sistemático para excluí-los da sociedade dita “normal”, pois são pessoas que “incomodam” e são “indesejáveis” nas vias públicas, os “descartáveis urbanos”, devendo ser tratadas de forma que não interfiram na vida daqueles que são considerados os usuários legítimos desses espaços.

Por esta razão, parte das políticas destinadas a essa população é tradicionalmente da alçada da segurança pública, no sentido da repressão e da criminalização, o que não contribui para o enfrentamento do processo de exclusão e acúmulos de vulnerabilidades sofridos pela população em situação de rua.

A saúde, na sua perspectiva ampla, resultante de condições de habitação, alimentação, educação, renda, trabalho, emprego, lazer, acesso a serviços de saúde, dentre outros fatores, choca-se frontalmente com as condições vivenciadas pelas pessoas em situação de rua. Questões como universalidade, equidade, cuidados higiênicos e curativos são extremamente distantes da realidade destas pessoas, apesar da previsão constitucional do direito universal à saúde por meio de medidas que objetivem a diminuição dos riscos a doenças e a outros agravos, bem como o acesso universal a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação. O atendimento adequado para essa população representa um desafio a mais para o SUS e para as ações intersetoriais, devido a sua complexidade.

Dadas as especificidades apresentadas pelas pessoas com trajetória de vida nas ruas, em especial no que tange ao acesso a bens e serviços públicos, ressalta-se a urgência em concentrar esforços para garantir direitos a essa população pelo Poder Público, sobretudo considerando que uma parcela expressiva dessa comunidade não apresenta participação ativa em organizações sociais ou movimento de reivindicações por direitos.

Os serviços públicos, especialmente os serviços de saúde, apresentam estrutura e organização ainda incompatíveis com os modos de vida que fogem daquilo que se convencionou denominar de “normal”, resultando na falta de garantia do acesso e do acolhimento das demandas endereçadas a esses serviços por uma parcela da população. A ausência de um endereço fixo, a frequente presença do uso abusivo de álcool e outras drogas – que tendem a dificultar o estabelecimento de vínculos – associadas à desconfiança demonstrada por parte das pessoas que vivem nas ruas com relação aos serviços, fazem com que elas se tornem sujeitos desassistidos e invisíveis para as políticas públicas em geral.

Poucos estudos abordam a questão da saúde das pessoas em situação de rua, sobretudo na perspectiva de compreender como os indivíduos concebem o processo saúde-doença e enfrentam os problemas de saúde. Abordar os significados de saúde para as pessoas em situação de rua é, também, possibilitar um espaço de vocalização para as demandas dessas pessoas, já que no contexto em que vivem permanecem em posição de invisibilidade, assim destituídas da condição de cidadãos.

Existem poucos dados sobre a tuberculose e a população em situação de rua. No entanto, sabe-se que se trata de um grave problema de saúde pública, com alta incidência e abandono de tratamento. Segundo estudo realizado na cidade de São Paulo (Adorno *et al.*, 2004), a prevalência da tuberculose nesse público mostrou-se 67 vezes superior à da população geral, sendo considerada pelo Ministério da Saúde como uma das populações prioritárias para o controle da doença.

Apesar dos esforços empreendidos mundialmente para o controle da tuberculose, observa-se nos últimos anos, elevação na incidência da doença e o aparecimento de cepas resistentes aos esquemas terapêuticos usuais. Esse aumento na incidência relaciona-se à elevação de problemas médico-sociais, mendicância, abuso de drogas, epidemia de HIV/aids, bem como à qualidade de vida da população cujos indicadores são representados por condições de alimentação, moradia e saneamento básico.



## 10. Povos indígenas e tuberculose

Os direitos indígenas estão amparados na Constituição e cabe ao Ministério da Saúde, por meio da Secretaria Especial de Saúde Indígena, a responsabilidade pela gestão e direção da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Essa política integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações constitucionais com aquelas referentes às Leis Orgânicas da Saúde, reconhecendo aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais.

Esta proposta foi regulamentada pelo Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas e pela Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, que estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O propósito da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foi garantir a estes povos o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política, de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde, reconhecendo a eficácia da medicina tradicional e o direito desses povos à sua cultura.

O Distrito Sanitário Especial Indígena é a unidade gestora descentralizada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Trata-se de um modelo de organização de serviços orientado para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado. Contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias, além de desenvolver atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, garantindo o controle social.

No Brasil são 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas divididos estrategicamente por critérios territoriais, com base na ocupação geográfica das comunidades indígenas, e não necessariamente por estados. Cada distrito possui uma rede de serviços de atenção básica de saúde dentro das áreas indígenas, integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com o SUS. Nas aldeias, a atenção básica é realizada periodicamente pelas equipes multidisciplinares de saúde indígena, conforme planejamento das ações dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Em relação à morbidade, verifica-se uma alta incidência de tuberculose nas áreas indígenas. Em 2010, o coeficiente de incidência de tuberculose entre

os povos indígenas foi de 93,5/100.000 habitantes – 2,6 vezes a incidência da população geral, cujo coeficiente de incidência foi de 36,4/100.000 habitantes.

Vale destacar que no Brasil, 67 municípios, distribuídos em 14 unidades federadas, são responsáveis por 80% dos casos novos de tuberculose notificados entre os povos indígenas residentes em área rural. Em 2012, esses municípios foram priorizados pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose para o aperfeiçoamento das ações de controle da tuberculose desenvolvidas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e pelos Programas Estaduais e Municipais de Controle da Tuberculose.

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose, bem como os programas estaduais e municipais, atuam de forma complementar na execução das ações de controle da tuberculose desenvolvidas aos povos indígenas, em articulação com a Secretaria Especial de Saúde Indígena, por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, em todo o território nacional.



## 11. Pessoas vivendo com HIV/Aids

A tuberculose ativa em pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) é a condição de maior impacto na mortalidade por aids e por tuberculose no país, sendo freqüente o diagnóstico da infecção pelo HIV durante o curso da tuberculose. Em 2012, 9,7% era a proporção de coinfeção TB-HIV entre os casos novos, ao passo que a letalidade por tuberculose nos casos novos HIV+ foi de 20,6% em 2011.



Entre as intervenções preconizadas pelo Ministério da Saúde para controle da coinfeção TB-HIV, destaca-se a testagem oportuna para o HIV em todos os casos de tuberculose, por meio do teste rápido. Esta estratégia visa garantir o início precoce da terapia antirretroviral, que impacta diretamente na mortalidade.

Recomenda-se também que todos os casos diagnosticados com TB-HIV sejam manejados nos serviços de atenção especializada para HIV/Aids (SAE), visando à atenção integral do indivíduo. Para isso, estes serviços devem disponibilizar medicamentos para ambos os agravos. Deve-se reforçar a adesão, considerando a maior proporção de abandono, falha ao tratamento e ocorrência de eventos adversos nestes casos.

As PVHA devem ser investigadas para tuberculose em todas as consultas, mediante o questionamento sobre a existência de um dos quatro sintomas: febre, tosse, sudorese noturna e emagrecimento. A presença de qualquer um dos sintomas pode ser indicativo de tuberculose e evidencia a necessidade de investigação do caso. Uma vez excluída tuberculose ativa, deve-se pesquisar a presença da infecção latente (ILTB) através da realização da prova tuberculínica, radiografia de tórax e pesquisa de comunicantes. O tratamento da ILTB com isoniazida deve ser indicado sempre que indicado.



## 12. Isenção de Imposto de Renda de Pessoa Física

Os portadores de doenças graves, como tuberculose ativa, são isentos do Imposto de Renda, com base na Lei nº 7.713/88. A isenção incide sobre os rendimentos relativos à aposentadoria, pensão ou reforma, incluindo a complementação recebida de entidade privada e a pensão alimentícia (art. 6º da Lei nº 7.713/88).



Não gozam de isenção os rendimentos decorrentes de atividade, isto é, se o contribuinte for portador de uma moléstia, mas ainda não se aposentou. Dessa forma, não gozam de isenção os rendimentos decorrentes de atividade empregatícia ou de atividade autônoma, recebidos concomitantemente com os de aposentadoria, reforma ou pensão, bem como rendimentos de outra natureza como, por exemplo, aluguel recebido, concomitantemente, com os de aposentadoria, reforma ou pensão.

Para usufruir da isenção do Imposto de Renda de Pessoa Física, inicialmente o contribuinte deve comprovar ser portador da doença apresentando laudo pericial emitido por serviço médico oficial - da União, estados, municípios ou do Distrito Federal - junto a sua fonte pagadora. Após o reconhecimento da isenção, a fonte pagadora deixará de proceder aos descontos do imposto de renda.

Caso a fonte pagadora reconheça a isenção retroativamente, isto é, em data anterior cujo desconto do imposto na fonte já foi efetuado, tal reconhecimento poderá retroagir ao mês do ano-calendário, podendo o contribuinte solicitar a restituição na Declaração de Ajuste Anual do exercício seguinte, declarando os rendimentos como isentos a partir do mês de concessão do benefício.



## Referências Bibliográficas

ADORNO, R. C. F.; VARANDA, W. *Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para as políticas de saúde*. Revista de Saúde e Sociedade, v. 13, nº 1, 2004.

BRASIL. *Decreto Presidencial nº 7053, de 23 de dezembro de 2009*, dispõe sobre a Política nacional para a população em situação de rua, seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento.

BRASIL. *Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua*. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate e Pobreza. 2008.

BRASIL. *Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984*, dispõe sobre a Lei de Execução Penal. Presidência da República.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. *Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. *Recomendações para o manejo da coinfeção TB-HIV em serviços de atenção especializada a pessoas vivendo com HIV/AIDS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. *Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. *Portaria Interministerial nº 1.777/GM, de 09 de setembro de 2003*. Aprova o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário. Ministério da Saúde. Brasília. 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. *Resolução nº 11 de 07 de dezembro de 2006*. Diretriz básica para a detecção de casos de tuberculose entre os ingressos no sistema penitenciário nas unidades da Federação. Brasília, 2006.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília – DF, Senado Federal. 1988.

BRASIL. Lei nº 8.03, de 11 de maio de 1990, dispõe sobre o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço. Brasília. *Diário Oficial da União*, 14 de maio de 1990.

BRASIL. Decreto nº 5.860, de 26 de julho de 2006, dispõe sobre dispositivos aos artigos 35 e 36 do Regulamento Consolidado do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço – FGTS. Brasília. *Diário Oficial da União*, 26 de julho de 2006.

BRASIL. Lei nº 1.060, 05 de fevereiro de 1950, dispõe sobre o benefício da justiça gratuita. 1950.

BRASIL. Lei 9.784, de 11 de março de 1999, dispõe sobre o processo administrativo no âmbito da Administração Pública Federal. Brasília. *Diário Oficial da União*, 11 de março de 1999.

BRASIL. *Portaria Interministerial nº 2.998, de 23 de agosto de 2001*. Brasília. MPAS/MS *Diário Oficial da União*, 23 de agosto de 2001.

BRASIL. Lei no 10.406, de 10 de janeiro de 2002, dispõe sobre o Código Civil. Brasília. *Diário Oficial da União*, 11 de janeiro de 2002.

BRASIL. Lei no 5.869, de 11 de janeiro de 1973, dispõe sobre o Código de Processo Civil. Brasília. *Diário Oficial da União*, 17 de janeiro de 1973.

BRASIL. Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988, dispõe sobre a legislação do imposto de renda de pessoa física. Brasília. *Diário Oficial da União*, 23 de dezembro de 1988.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente. Brasília. *Diário Oficial da União*, 27 de set. de 1990.

BRASIL. *Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993*, dispõe sobre a organização da assistência social. Brasília. Presidência da República. 1993.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Brasília. *Diário Oficial da União*, 31 de dezembro de 1990.

BRASIL. Decreto-Lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943, dispõe sobre a Consolidação das Leis do Trabalho.

Brasília. *Diário Oficial da União*, 9 de agosto de 1943.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.777, de 09 de setembro de 2003. Brasília. *Diário Oficial da União*, 09 de setembro de 2003.

BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984, dispõe sobre a Lei de Execução Penal. Brasília. *Diário Oficial da União*, 13 de julho de 1984.

BRASIL. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, dispõe sobre o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN. Brasília. *Diário Oficial da União*, 18 de setembro de 2006.

BRASIL. Lei 10.836, de 9 de janeiro de 2004, dispõe sobre o Programa Bolsa Família. Brasília. *Diário Oficial da União*, 12 de janeiro de 2004.

BRASIL. Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004, dispõe sobre a Lei no 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família. Brasília. *Diário Oficial da União*, 20 de setembro de 2004.

BRASIL. Lei nº 11.124, de 16 de junho de 2005, dispõe sobre o Sistema Nacional de Habitação de Interesse Social – SNHIS. *Diário Oficial da União*, 17 de junho de 2005.

BRASIL. Lei 8.080, de 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. Brasília. *Diário Oficial da União*, 20 de setembro de 1990.

BRASIL. *ABC do SUS. Doutrinas e princípios*. Brasília. Ministério da Saúde. 1990.

Brasil. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p.

Brasil. Ministério da Saúde. *Secretaria Especial de Saúde Indígena*. Disponível em: < [www.saude.gov.br/sesai](http://www.saude.gov.br/sesai) >. Acesso: 03 de setembro de 2013.

CARBONARI, Paulo César. *Realização dos Direitos Humanos: coletânea de referências*. Passo Fundo: IFIBE, 2006

CASTEL, Robert. As armadilhas da exclusão. In: WANDERLEY, M; BOGUS, L; YAZBEK, M. C.. *Desigualdade e a questão social*. São Paulo: EDUC, 1997.

COSTA, A.P.M. *População em Situação de Rua: contextualização e caracterização*. Revista Virtual Textos e Contextos, nº 4, dez. 2005.

DALLARI, Dalmo de Abreu. *Direitos humanos e cidadania*. São Paulo: Moderna, 1998

LAZZARI, João Batista. *Manual de Direito Previdenciário*. São Paulo. 2001.

MARTINS, Sérgio Pinto. *Direito da Seguridade Social*. 23ª Ed. São Paulo. Ed. Atlas, 2005.

MORAES, Alexandre. *Direito Constitucional*. 26ª Ed. São Paulo. Editora Atlas, 2010.

OIT. Convenção nº 111, de 15 de junho de 1960. *Conferência Geral da Organização Internacional do Trabalho*, 42.ª sessão, Genebra, 25 de junho de 1958.

ONU. Declaração Universal dos Direitos do Homem. *Resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas*, 10 de dezembro de 1948.

SEARA, L. N. *A promoção dos direitos humanos no campo da aids: estudo de caso da assessoria jurídica do Grupo de Apoio à Prevenção à Aids da Bahia (GAPA/BA)*, Dissertação de Mestrado em Desenvolvimento e Gestão Social, Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia, UFBA: 2011

ZUIM, Regina et al. *Tuberculose e pessoas vivendo em situação de rua no Rio de Janeiro*. Estudo de Prevalência e Proposta de adesão ao diagnóstico e tratamento. 2011.



## ANEXO I

### Carta do Paciente

#### Direitos e Responsabilidades do Paciente com Tuberculose

Fundo Global Tuberculose Brasil

Veja, a seguir, a íntegra da “carta”, a primeira no mundo elaborada por pacientes com o objetivo de empoderar a comunidade internacional no enfrentamento da tuberculose.

“A Carta do Paciente explica os direitos e as responsabilidades das pessoas afetadas pela tuberculose. Ela empodera as pessoas com tuberculose e suas comunidades através desse conhecimento. Iniciada e elaborada por pacientes de todo o mundo, esta carta faz da relação com os provedores de serviços de saúde uma relação mutuamente benéfica.

A carta coloca as maneiras pelas quais os pacientes, a comunidade, os provedores de serviços de saúde (tanto privado como público) e os governos possam trabalhar como parceiros numa relação positiva e aberta, com a visão de melhorar o cuidado da tuber-

culose e a eficácia do processo de cuidado da saúde. Esta carta permite a todas as partes serem consideradas mais responsáveis umas com as outras, fomentando a interação mútua e a ‘parceria positiva’.

Tendo sido elaborada conforme os padrões internacionais para o cuidado de pacientes com tuberculose, com a finalidade de promover um enfoque ‘centrado no paciente’, a Carta tem por base os princípios sobre a saúde e os direitos humanos das Nações Unidas, UNESCO, Organização Mundial da Saúde (OMS), Conselho da Europa, assim como outras cartas e declarações locais e nacionais.

A Carta do paciente com tuberculose põe em prática o princípio da grande incorporação de pessoas com tuberculose (GIPT). Esse princípio afirma que o empoderamento das pessoas com a doença é o catalisador para a colaboração eficaz com os provedores de serviços de saúde e as autoridades, e é essencial para a vitória na luta para conter a tuberculose. A Carta, primeira no nível mundial ‘acionada pelos pacientes’, é uma ferramenta de cooperação, forjada a partir da causa comum para toda a comunidade contra a tuberculose.

## DIREITOS

### 1. CUIDADO

- Direito ao acesso livre e equitativo no cuidado da tuberculose – do diagnóstico até a conclusão do tratamento – independentemente dos recursos econômicos, raça, gênero, idade, idioma, situação jurídica, crenças religiosas, orientação sexual, cultura ou de ser portador de outra doença.
- Direito de receber assessoria médica e tratamento que cumpra plenamente com os novos padrões internacionais para o cuidado da tuberculose, cen-

trados nas necessidades dos pacientes, inclusive daqueles com tuberculose resistente a multidrogas (TB-MDR), com coinfeção de tuberculose e do vírus de imunodeficiência humana (HIV), além do tratamento preventivo para os menores de idade e outros considerados de alto risco.

- Direito de beneficiar-se de uma comunidade encarregada de manter a saúde da população, de receber educação e de participar de campanhas de prevenção como parte dos programas integrais de atenção e cuidado da saúde.

### 2. DIGNIDADE

- Direito de ser tratado com respeito e dignidade, incluindo a prestação dos serviços sem estigma, prejuízo ou discriminação por parte dos provedores de serviços de saúde e das autoridades.
- Direito aos cuidados da saúde com qualidade em ambiente digno, com apoio moral da família, dos amigos e da comunidade em geral.

### 3. INFORMAÇÃO

- Direito à informação acerca de que serviços de saúde estão disponíveis para o cuidado da tuberculose e que responsabilidades, compromissos e custos (diretos ou indiretos) estão incluídos.
- Direito de receber uma descrição oportuna, concisa e clara da doença, com diagnóstico, prognóstico (uma opinião quanto ao curso provável da doença) e o tratamento proposto, com a comunicação dos riscos comuns e as alternativas apropriadas.
- Direito de conhecer os nomes e as doses de qualquer medicamento ou intervenção a ser prescrita, as ações de rotina, os efeitos colaterais potenciais e sua repercussão possível sobre as outras condições ou tratamentos.

- Direito ao acesso à informação médica que se relaciona com a condição e o tratamento, e uma cópia do prontuário médico se o paciente, ou uma pessoa autorizada pelo paciente, solicitar.

- Direito de se reunir, compartilhar experiências com companheiros e outros pacientes e de receber orientação voluntária em qualquer momento desde o diagnóstico até o término do tratamento.

#### 4. ESCOLHA

- Direito a uma segunda opinião médica, com acesso aos prontuários médicos anteriores.

- Direito de aceitar ou rejeitar as intervenções cirúrgicas se a quimioterapia for possível, e de ser informado das consequências médicas e estatutárias dentro do contexto de uma doença transmissível.

- Direito de escolher se deseja ou não participar de programas de investigação sem comprometer seu tratamento.

#### 5. CONFIANÇA

- Direito de ter privacidade pessoal, e o respeito à sua dignidade, às crenças religiosas e à cultura.

- Direito de ter a informação relacionada ao seu prontuário médico mantida confidencialmente e liberada a outras autoridades apenas sob consentimento do paciente.

#### 6. JUSTIÇA

- Direito de fazer uma queixa pelos canais proporcionados a esse propósito pela autoridade sanitária e da queixa ser atendida com justiça e prontidão.

- Direito de apelar a uma autoridade maior se o direito anterior não for respeitado, e a ser informado por escrito sobre o resultado.

## 7. ORGANIZAÇÃO

- Direito de se unir ou formar organizações de pessoas com ou afetadas pela tuberculose, e buscar o apoio para o desenvolvimento destes clubes e associações comunitárias através dos provedores de saúde, autoridades e a sociedade civil.

- Direito de participar como ‘interessados diretos’ no desenvolvimento, execução, monitoria e avaliação das políticas de tuberculose e programas com as autoridades de saúde locais, nacionais e internacionais.

## 8. SEGURANÇA

- Direito à segurança do trabalho depois do diagnóstico ou a reabilitação apropriada, uma vez terminado o tratamento.

- Direito à segurança nutricional ou alimentos suplementares se forem necessários para cumprir com os requerimentos do tratamento.

# RESPONSABILIDADES

## 1. INTERCAMBIAR INFORMAÇÃO

- Responsabilidade de proporcionar a seu provedor de cuidados médicos toda informação possível sobre seu estado atual de saúde, doenças passadas, alergias e outros detalhes pertinentes.

- Responsabilidade de proporcionar informação ao provedor de saúde sobre os contatos com sua família imediata, amigos ou outras pessoas que possam estar vulneráveis à tuberculose ou que talvez tenham contraído a doença por esse contato.



## 2. SEGUIR O TRATAMENTO

- Responsabilidade de seguir o plano de tratamento prescrito e concordado, e cumprir conscientemente com as instruções dadas para proteger a saúde do paciente e a de outras pessoas.
- Responsabilidade de informar a seu provedor de cuidados médicos sobre qualquer dificuldade ou problemas em seguir o tratamento, ou se alguma parte do tratamento não esteja claramente compreensível.

## 3. CONTRIBUIR À SAÚDE COMUNITÁRIA

- Responsabilidade de contribuir ao bem estar da comunidade e de alentar a outros de buscar conselho médico se apresentarem os sintomas da tuberculose.
- Responsabilidade de mostrar consideração pelos direitos dos outros pacientes e provedores de serviços, com a consciência de que as bases da comunidade de tuberculosos são a dignidade e o respeito.

## 4. SOLIDARIEDADE

- Responsabilidade moral de mostrar solidariedade com os outros pacientes, marchando juntos para a cura.
- Responsabilidade moral de compartilhar informação e conhecimentos obtidos durante o tratamento, e de compartilhar essa experiência com os demais na comunidade, fazendo da conscientização e empoderamento uma decisão contagiosa.

Ajude a fazer destas palavras uma realidade. Apoie a campanha para sua implementação na comunidade.

Por nossa causa comum, através do respeito mútuo, juntos podemos elevar a qualidade do cuidado aos pacientes de tuberculose.

(1). Normas internacionais para o cuidado da tuberculose: <http://www.worldcarecouncil.org>

(2). A observação Geral da CESCRC das Nações Unidas 14 o direito à saúde: <http://www.worldcarecouncil.org>

- A carta de Ottawa da OMS para a promoção da saúde - [www.worldcarecouncil.org](http://www.worldcarecouncil.org)

- O Convênio 'do Conselho de Europa' para a Proteção dos Direitos Humanos e a Dignidade: <http://www.worldcarecouncil.org>

- Os rascunhos da Declaração Universal da UNESCO sobre a Bioética e os Direitos Humanos: <http://www.worldcarecouncil.org>

Agradecemos à American Thoracic Society (<http://www.thoracic.org>) e ao Open Society Institute (<http://www.soros.org>) por seu apoio.

Patients' Charter for Tuberculosis Care, 2006 World Care Council. ©/ Conceil Mundial de Soins.

Edição 2006"

**Tradução: José A.G. Moreira, ex-paciente de tuberculose, Dez Contra a TB, Departamento Estatal de Serviços de Saúde do Texas, Austin, Texas. 3/9/2006.**



## ANEXO II

### Marcos lógicos e legais da rede básica de saúde

#### MARCOS NACIONAIS

##### **PUBLICAÇÃO/ORIGEM ANO EMENTA**

<u>Norma Operacional Básica - NOB SUS 01/96</u>	1996	A Norma Operacional Básica tem por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor para a atenção à saúde dos seus municípios (Artigo 30, incisos V e VII, e artigo 32, parágrafo 1º, da Constituição Federal), com a consequente redefinição das responsabilidades dos estados, do Distrito Federal e da União..
<u>Programa Nacional de Direitos Humanos I</u>	1996	O Programa enumera as propostas de ações governamentais a fim de fortalecer a democracia, promover e aprimorar o sistema de proteção aos direitos humanos.
<u>Programa Nacional de Direitos Humanos II</u>	2002	Atualização do Programa Nacional de Direitos Humanos. O PNDH II deixa de circunscrever as ações propostas a objetivos de curto, médio e longo prazo, e passa a ser implementado por meio de planos de ações anuais, os quais definirão as medidas a serem adotadas, os recursos orçamentários destinados a financiá-las e os órgãos responsáveis por sua execução.

<b>PUBLICAÇÃO/ ORIGEM</b>	<b>ANO</b>	<b>EMENTA</b>
<u>Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS/SUS</u>	2002	Amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.
<u>Plano Nacional de Saúde</u>	2004	O objetivo do Plano é promover o cumprimento do direito constitucional à saúde, visando à redução do risco de agravos e ao acesso universal e igualitário às ações para a sua promoção, proteção e recuperação, assegurando a equidade na atenção, aprimorando os mecanismos de financiamento, diminuindo as desigualdades regionais e provendo serviços de qualidade, oportunos e humanizados.
<u>Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos</u>	2006	Versão atual do PNEDH. A estrutura do documento estabelece concepções, princípios, objetivos, diretrizes e linhas de ação, contemplando cinco grandes eixos de atuação: Educação Básica; Educação Superior; Educação Não-Formal; Educação dos Profissionais dos Sistemas de Justiça e Segurança Pública e Educação e Mídia.
<u>Programa Nacional de Direitos Humanos III</u>	2010	Atualização do Programa Nacional de Direitos Humanos II. O PNDH-3 incorpora as resoluções da 11ª Conferência Nacional de Direitos Humanos.

<b>TIPO</b>	<b>IDENT.</b>	<b>DATA</b>	<b>ÓRGÃO</b>	<b>EMENTA</b>
<u>Constituição Federal do Brasil</u>		05/10/88	Assembleia Nacional Constituinte	Conjunto de normas, regras e princípios supremos do ordenamento jurídico do país.
Lei	<u>8.080</u>	19/09/90	PR	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Institui o Sistema Único de Saúde.
Lei	<u>8.142</u>	28/12/90	PR	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.
Lei	9.029	13/04/95	PR	Proíbe a exigência de atestados de gravidez e esterilização, e outras práticas discriminatórias, para efeitos admissionais ou de permanência da relação jurídica de trabalho, e dá outras providências.

TIPO	IDENT.	DATA	ÓRGÃO	EMENTA
Portaria	<u>2.203</u>	05/11/96	MS	Approva a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema.
Portaria	<u>44</u>	03/01/02	MS	Define as atribuições do agente comunitário de saúde – ACS – na prevenção e no controle da malária e da dengue.
Portaria	<u>373</u>	27/02/02	MS	Approva a Norma Operacional da Assistência à Saúde de - NOAS-SUS 01/2002, que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do sistema único de saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.
Portaria Interministerial	<u>1.777</u>	09/09/03	MJ/MS	Approva o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário e define financiamento.

TIPO	IDENT.	DATA	ÓRGÃO	EMENTA
Portaria	<u>979</u>	24/05/04	MS	Atualiza os valores do piso da Atenção Básica (PAB) e do piso da Atenção Básica ampliada (PAB-A), utilizando a estimativa da população para estados e municípios relativa a 2003.
Portaria	<u>1.043</u>	01/06/04	MS	Reajusta o valor do incentivo financeiro ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
Portaria	<u>1.433</u>	14/07/04	MS	Redefine critérios de avaliação para habilitação de municípios em gestão plena da Atenção Básica ampliada - GPAB-A e em gestão plena do sistema municipal.
Portaria	<u>1.572</u>	29/07/04	MS	Estabelece o pagamento de próteses dentárias totais em laboratórios regionais de próteses dentárias – LRPD.
Portaria	<u>2.513</u>	23/11/04	MS	Atualiza o valor do incentivo adicional aos agentes comunitários de saúde, integrantes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde ou do Programa Saúde da Família.
Portaria	<u>2.607</u>	10/12/04	MS	Approva o Plano Nacional de Saúde (PNS) – Um Pacto pela Saúde no Brasil.

TIPO	IDENT.	DATA	ÓRGÃO	EMENTA
Portaria	<u>21</u>	05/01/05	MS	Estabelece os mecanismos e as responsabilidades para o financiamento da assistência farmacêutica na Atenção Básica.
Portaria	<u>543</u>	08/04/05	MS	Autoriza repasse do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais de saúde, para intensificação das ações de vigilância e controle da tuberculose.
Portaria	<u>1.072</u>	04/07/05	MS	Estabelece aditivo de valor concedido a municípios do Projeto de expansão e consolidação da saúde da família - PROESE.
Portaria	<u>2.084</u>	26/10/05	MS	Estabelece os mecanismos e as responsabilidades para o financiamento da assistência farmacêutica na Atenção Básica.
Portaria	<u>156</u>	19/01/06	MS	Dispõe sobre o uso da penicilina na atenção básica à saúde e nas demais unidades do Sistema Único de Saúde (SUS).
Portaria	<u>399</u>	22/02/06	MS	Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS – e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto.

TIPO	IDENT.	DATA	ÓRGÃO	EMENTA
Portaria	<u>648</u>	28/03/06	MS	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
Portaria	<u>649</u>	28/03/06	MS	Define valores de financiamento para o ano de 2006, com vistas à estruturação de unidades básicas de saúde para as equipes da Saúde da Família, como parte da Política Nacional de Atenção Básica.
Portaria	<u>650</u>	28/03/06	MS	Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica.
Portaria	<u>687</u>	30/03/06	MS	Aprova a Política de Promoção da Saúde.
Portaria	<u>822</u>	17/04/06	MS	Altera critérios para definição de modalidades das ESFs dispostos na Política Nacional de Atenção Básica.



TIPO	IDENT.	DATA	ÓRGÃO	EMENTA
Portaria	<u>971</u>	03/05/06	MS	Aprova a Política nacional de práticas integrativas e complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.
Portaria	<u>1.010</u>	08/05/06	MS	Institui as diretrizes para a promoção da alimentação saudável nas escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional.
Portaria	<u>1.027</u>	10/05/06	MS	Define os novos tetos financeiros, os procedimentos para programação do POA/PA e o prazo de execução e prestação de contas da fase I do componente 1do PROESE.
Portaria Conjunta	<u>48</u>	30/06/06	MS	Divulga os municípios que integram os planos de trabalho do Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde) e das residências médicas em Medicina de família e comunidade.
Portaria	<u>1.600</u>	17/07/06	MS	Aprova a constituição do observatório das experiências de Medicina antropológica no Sistema Único de Saúde (SUS).

TIPO	IDENT.	DATA	ÓRGÃO	EMENTA
Portaria	<u>2.133</u>	11/09/06	MS	Define o valor mínimo da parte fixa do piso de Atenção Básica (PAB) para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos municípios e ao Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB, por município e Distrito Federal.
Lei	<u>11.350</u>	05/10/06	PR	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.
Portaria	<u>748</u>	10/10/06	MS	Dispõe sobre o residencial terapêutico em Saúde Mental e sua classificação.
Portaria	<u>749</u>	10/10/06	MS	Dispõe sobre a atenção à saúde do Sistema Penitenciário.
Portaria	<u>750</u>	10/10/06	MS	Dispõe sobre as normas de cadastramento das equipes da Estratégia de Saúde da Família, nos tipos: equipe de saúde da família – ESF; equipe de saúde da família com saúde bucal – ESFSB - e equipe de agentes comunitários de saúde – ACS-, no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES).



TIPO	IDENT.	DATA	ÓRGÃO	EMENTA
Portaria	<u>2.527</u>	19/10/06	MS	Define os conteúdos mínimos do curso introdutório para profissionais da Saúde da Família.
Portaria	<u>853</u>	11/11/06	MS	Inclui na tabela de serviços e classificações do sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde de informações do SUS o serviço de código 068 - Práticas integrativas e complementares
Portaria conjunta	<u>51</u>	20/12/06		pública, como anexo, a listagem de municípios que fazem jus ao incentivo referente à vinculação com programas de residência médica em Medicina de família e comunidade.
Portaria	<u>35</u>	04/01/07	MS	Institui o Programa Nacional de Tele-saúde.
Portaria	<u>91</u>	10/01/07	MS	Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por municípios, estados e Distrito Federal.
Portaria	<u>204</u>	29/01/07	MS	Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

TIPO	IDENT.	DATA	ÓRGÃO	EMENTA
Portaria	<u>321</u>	08/02/07	MS	Institui a tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do Sistema Único de Saúde.
Portaria	<u>1.624</u>	10/07/07	MS	Regulamenta, para o ano de 2007, a transferência dos incentivos financeiros referentes à compensação de especificidades regionais - CER -, componente da parte variável do piso da Atenção Básica.
Portaria	<u>1.625</u>	10/07/07	MS	Altera atribuições dos profissionais das equipes de Saúde da Família dispostas na Política Nacional de Atenção Básica.
Portaria	<u>398</u>	11/07/07	MS	Altera a redação do art. 6º da Portaria SAS/MS nº 853, de 30 de novembro de 2006.
Portaria	<u>1.696</u>	17/07/07	MS	Atualiza os valores do piso da Atenção Básica para municípios e o Distrito Federal para 2006, consistente da Resolução nº 2, de 28 de agosto de 2006, da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, acrescida do quantitativo de população assentada entre os anos 2000 e 2005.

TIPO	IDENT.	DATA	ÓRGÃO	EMENTA
Portaria	<u>1.761</u>	24/07/07	MS	Fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação de agentes comunitários de saúde.
Portaria Interministerial	<u>3.019</u>	26/11/07	MEC/MS	Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação da área da saúde.
Portaria	<u>3.237</u>	24/12/07	MS	Aprovar as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde.
Portaria	<u>154</u>	24/01/08	MS	Cria os núcleos de apoio à Saúde da Família - NASEF.
Portaria	<u>221</u>	17/04/08	MS	Publica a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.
Portaria	<u>1.107</u>	04/06/08	MS	Credencia municípios conforme quantitativo e modalidade definidos areceberem o incentivo financeiro aos núcleos de apoio à Saúde da Família - NASFs.
Portaria	<u>1.150</u>	09/06/08	MS	Credencia municípios conforme quantitativo e modalidade definidos a receberem o incentivo financeiro aos núcleos de apoio à Saúde da Família - NASFs.

TIPO	IDENT.	DATA	ÓRGÃO	EMENTA
Portaria	<u>1.234</u>	19/06/08	MS	Fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação de agentes comunitários de saúde - ACS.
Portaria	<u>1.364</u>	03/07/08	MS	Regulamenta, para o ano de 2008, a transferência dos incentivos financeiros referentes à compensação de especificidades regionais - CER -, composta da parte variável do iso da Atenção Básica.

Fonte principal: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao.php>

# Marcos lógicos e legais da saúde do trabalhador

## NORMATIVAS INTERNACIONAIS

Publicação e Origem	Ano	Ementa
<u>Constituição da OIT</u>	1919	Dispõe sobre a organização da OIT.
<u>Declaração da Filadélfia</u>	1944	Anexo da Constituição da OIT, referente aos fins e objetivos da OIT.
<u>Convenção nº 155 da OIT</u>	1981	Trata da segurança e saúde dos trabalhadores e do meio ambiente do trabalho.
<u>Convenção nº 161 da OIT</u>	1985	Convenção relativa aos serviços de saúde do trabalho.
<u>Recomendação nº 181</u>	1993	Recomendação da OIT sobre a prevenção de acidentes industriais maiores.
<u>Declaração da OIT sobre os princípios e direitos fundamentais no trabalho</u>	1998	O documento é uma reafirmação universal da obrigação de respeitar, promover e tornar realidade os princípios refletidos nas convenções fundamentais da OIT, ainda que não tenham sido ratificadas pelos Estados-membro.
<u>Convenção nº 174 da OIT</u>	2002	Dispõe sobre a prevenção de acidentes industriais maiores.

## MARCOS NACIONAIS

Publicação e Origem	Ano	Ementa
<u>Programa Nacional de Direitos Humanos I</u>	1996	O Programa enumera as propostas de ações governamentais a fim de fortalecer a democracia, promover e aprimorar o sistema de proteção aos direitos humanos.

## MARCOS NACIONAIS

<u>Programa Nacional de Direitos Humanos II</u>	2002	Atualização do Programa Nacional de Direitos Humanos. O PNDH II deixa de circunscrever as ações propostas a objetivos de curto, médio e longo prazos, e passa a ser implementado por meio de planos de ações anuais, os quais definirão as medidas a serem adotadas, os recursos orçamentários destinados a financiá-las e os órgãos responsáveis por sua execução.
<u>Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador.</u>	2004	O documento apresenta os fundamentos da Política nacional de segurança e saúde do trabalhador a ser desenvolvida de modo articulado e cooperativo pelos Ministérios do Trabalho, da Previdência Social e da Saúde, com vistas a garantir que o trabalho, base da organização social e direito humano fundamental, seja realizado em condições que contribuam para a melhoria da qualidade de vida, a realização pessoal e social dos trabalhadores e sem prejuízo para sua saúde, integridade física e mental.
<u>Manual de Gestão e Gerenciamento RENAST</u>	2006	Visa a auxiliar os gestores, gerentes e pessoas interessadas em acompanhar a implantação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – Renast.
<u>Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no SUS</u>	S/d	Estabelece normas e procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações, serviços e saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde.

<b>TIPO</b>	<b>IDENT.</b>	<b>DATA</b>	<b>ÓRGÃO</b>	<b>EMENTA</b>
Decreto-Lei (CLT)	<u>5.452</u>	01/05/43	PR	Referente aos direitos trabalhistas.
Lei	<u>5.889</u>	08/06/73	PR	Institui normas reguladoras do trabalho rural.
<u>Constituição Federal do Brasil</u>		05/10/88	Assembleia Nacional Constituinte	Conjunto de normas, regras e princípios su- premos do ordenamento jurídico do país.
Lei	<u>8.080</u>	19/09/90	PR	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços corre- pondentes.
Lei	<u>8.142</u>	28/12/90	PR	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.
Lei	<u>8.213</u>	24/07/91	PR	Dispõe sobre a organização da Seguridade Social e institui o plano de custeio.
Portaria Interministerial	<u>01</u>	20/04/93	MT/MS/ MPAS/SAF	Institui a Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador, com o objetivo de compa- tibilizar e implementar ações sistêmicas de atenção à saúde do trabalhador.

<b>TIPO</b>	<b>IDENT.</b>	<b>DATA</b>	<b>ÓRGÃO</b>	<b>EMENTA</b>
Decreto	<u>1.254</u>	29/09/94	PR	Promulga a Convenção nº 155, da Organiza- ção Internacional do Trabalho, sobre segu- rança e saúde dos trabalhadores e o meio ambiente de trabalho, concluída em Genebra, em 22 de junho de 1981.
Portaria Interministerial	<u>07</u>	25/07/97	MT/MS/ MPAS	Institui o Grupo Executivo Interministerial de Saúde do Trabalhador – GEISAT -, de natu- reza permanente, com o objetivo de analisar medidas e propor ações integradas e sinérgi- cas que contribuam para aprimorar as condi- ções de saúde e segurança do trabalhador.
Portaria Federal	<u>3.120</u>	01/07/98	MS	Aprova a instrução normativa para a Vigilân- cia em Saúde do Trabalhador.
Portaria Federal	<u>3.908</u>	30/10/98	MS	Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS).

TIPO	IDENT.	DATA	ÓRGÃO	EMENTA
Portaria Federal	<u>1.339</u>	18/11/99	MS	Institui a lista de doenças relacionadas ao trabalho a ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde, para uso clínico e epidemiológico.
Instrução Normativa	<u>07</u>	13/01/00	INSS	Dispõe sobre a exigência e informação sobre a existência e o uso de tecnologia de proteção individual em laudo técnico de condições ambientais, expedido por médico do trabalho ou engenheiro de segurança do trabalho.
Decreto	<u>4.085</u>	15/01/02	PR	Promulga a Convenção nº 174 da OIT e a Recomendação nº 181 sobre a prevenção de acidentes industriais maiores.
Portaria	<u>1.679</u>	19/09/02	MS	Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS.
Portaria	<u>656</u>	20/09/02	MS	Aprova as normas para o cadastramento e habilitação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CRST.

TIPO	IDENT.	DATA	ÓRGÃO	EMENTA
Portaria	<u>666</u>	26/09/02	MS	Inclui na tabela de serviço e classificação de serviço do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS o serviço de atenção à saúde do trabalhador.
Portaria	<u>198</u>	13/02/04	MS	Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor.
Portaria	<u>777</u>	28/04/04	MS	Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços-sentinela específica, no SUS.
Portaria	<u>2.023</u>	23/09/94	MS	Define que os municípios e o Distrito Federal sejam responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica.

TIPO	IDENT.	DATA	ÓRGÃO	EMENTA
Portaria	<u>2.024</u>	23/09/04	MS	Fixa por habitante ao ano o valor mínimo da parte fixa do piso de atenção básica - PAB - e o valor máximo, para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos municípios e ao Distrito Federal.
Portaria	<u>2.031</u>	23/09/04	MS	Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública.
Portaria Interministerial	<u>800</u>	03/05/05	MPS/MS/MTE	Publica o texto-base da minuta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho.
Portaria	<u>1.125</u>	06/07/05	MS	Dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS.
Norma Regulamentadora	<u>32</u>	11/11/05	MS	Dispõe sobre a segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde.
Portaria	<u>2.437</u>	07/12/05	MS	Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS.

TIPO	IDENT.	DATA	ÓRGÃO	EMENTA
Portaria	<u>399</u>	22/02/06	MS	Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto.
Portaria	<u>675</u>	30/03/06	MS	Aprova a carta dos direitos dos usuários da saúde que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o país.
Portaria	<u>698</u>	30/03/06	MS	Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS.
Portaria	<u>699</u>	30/03/06	MS	Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão.



## Marcos legais e lógicos do sistema único da assistência social

TIPO	IDENT.	DATA	ÓRGÃO	EMENTA
Constituição Federal do Brasil	-	05/10/88	Assembleia Nacional Constituinte	Art. 6-11 (Dos direitos sociais); Art. 201-202 (Da Previdência Social); Art. 203-204 (Da Assistência Social).
Lei	<u>8.742</u>	07/12/93	PR	LOAS
Decreto	<u>2.298</u>	12/08/97	PR	Acresce §2º ao art. 5º do Decreto nº 1.605, de 25 de agosto de 1995, que regulamenta o Fundo Nacional de Assistência Social.
Decreto	<u>2.529</u>	25/03/98	PR	Dispõe sobre a transferência de recursos do Fundo Nacional de Assistência Social – FNAS -, para os fundos estaduais, municipais e do Distrito Federal e sua respectiva prestação de contas, na forma estabelecida na Lei no 9.604, de 5 de fevereiro de 1998.

TIPO	IDENT.	DATA	ÓRGÃO	EMENTA
Resolução	<u>207</u>	16/12/98	CNAS	Aprovar por unanimidade a Política Nacional de Assistência Social – PNAS e a Norma Operacional Básica da Assistência Social – NOB-2;
Resolução	<u>53</u>	04/03/99	CNAS	Aprova a extensão dos prazos previstos no item VIII – Disposições Transitórias, da NOB-2, de 90 para 120 dias, para que os municípios possam adequar-se às disposições da NOB-2, bem como amplia, de 45 para 120 dias o prazo para estabelecimento e implementação das Comissões Intergestora Tripartite e Bipartites.
Decreto	<u>5.003</u>	04/03/04	PR	Dispõe sobre o processo de escolha dos representantes da sociedade civil no Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS.
Resolução	<u>145</u>	15/10/04	CNAS	Aprova a Política Nacional de Assistência Social.
Resolução	<u>130</u>	15/07/05	CNAS	Aprova a Norma Operacional Básica da Assistência Social – NOB/SUAS.
Portaria	<u>385</u>	23/07/05	MDS	Estabelece regras complementares de transição e expansão dos serviços socioassistenciais cofinanciados pelo Governo Federal, no âmbito do Sistema Único da Assistência Social – SUAS - para o exercício de 2005.

TIPO	IDENT.	DATA	ÓRGÃO	EMENTA
Lei	<u>7.853</u>	24/10/89	PR	Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Corde), institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público e define crimes.
Lei	<u>8.069</u>	13/07/90	PR	Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente.
Decreto	<u>1.948</u>	03/07/96	PR	Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso.
Portaria	<u>5.153</u>	07/04/99	MPAS/MS	Institui o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos.
Decreto	<u>3.298</u>	20/12/99	PR	Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência e consolida as normas de proteção. (Alterado pelo Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004)
Decreto	<u>3.613</u>	27/09/00	PR	Acrescenta dispositivo ao Decreto nº 1.605, de 25 de agosto de 1995, que regulamenta o Fundo Nacional de Assistência Social.
Lei	<u>10.741</u>	01/10/03	PR	Dispõe sobre o Estatuto do Idoso.
Decreto	<u>5.085</u>	19/05/04	PR	Define as ações continuadas de assistência social.

TIPO	IDENT.	DATA	ÓRGÃO	EMENTA
Decreto	<u>5.109</u>	17/06/04	PR	Dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI.
Decreto	<u>5.145</u>	19/07/04		Acrescenta artigo ao decreto n.º 5.109, de 17 de junho de 2004, que dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI.
Decreto	<u>4.712</u>	25/09/03	PR	Dá nova redação ao art. 36 do Decreto nº 1.744, de 8 de dezembro de 1995, que regulamenta o benefício de prestação continuada devida à pessoa portadora de deficiência e a idoso, de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.
Portaria	<u>878</u>	03/12/01	MPAS	Estabelece diretrizes e normas do Programa Sentinela. (Republicada, no DOU de 4/4/2002, por ter saído com incorreções do original, no Diário Oficial da União de 19/12/2001, seção I, página 91)
Decreto	<u>5.007</u>	08/03/04	PR	Promulga o protocolo facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança referente à venda de crianças, à prostituição infantil e à pornografia infantil.
Resolução	<u>03</u>	29/08/05	MDS/CIT	Resolve a referência para identificação dos municípios e localidades brasileiras em que ocorrem o fenômeno da exploração sexual comercial de crianças e adolescentes é a matriz intersetorial de enfrentamento da exploração sexual comercial de crianças e adolescentes.

<b>PUBLICAÇÃO/ ORIGEM</b>	<b>ANO</b>	<b>EMENTA</b>
<u>Política Nacional de Assistência Social. MDS/SNAS</u>	2004	Consolida as disposições da NOB/SUAS e estabelece a gestão da Assistência Social.
<u>Norma Operacional Básica – NOB/SUAS. MDS/SNAS</u>	2005	Disciplina a operacionalização da gestão da PNAS.
<u>Manual de Orientação Técnica – demonstrativo sintético anual da execução físico-financeira do SUAS(2005) – MDS/SNAS</u>	2005	Dispõe sobre a orientação aos gestores, técnicos e conselheiros estaduais, do Distrito Federal e municipais da Assistência Social, quanto ao preenchimento do demonstrativo sintético anual da execução físico-financeira 2005 do SUAS, via SUAS-Web.

## CREAS

<b>TIPO</b>	<b>IDENT.</b>	<b>DATA</b>	<b>ÓRGÃO</b>	<b>EMENTA</b>
Lei	<u>7.853</u>	24/10/89	PR	Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Corde), institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público e define crimes.
Lei	<u>8.069</u>	13/07/90	PR	Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente.
Decreto	<u>1.948</u>	03/07/96	PR	Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso.
Portaria	<u>5.153</u>	07/04/99	MPAS/MS	Institui o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos.
Decreto	<u>3.298</u>	20/12/99	PR	Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência e consolida as normas de proteção. (Alterado pelo Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004)
Decreto	<u>3.613</u>	27/09/00	PR	Acrescenta dispositivo ao Decreto nº 1.605, de 25 de agosto de 1995, que regulamenta o Fundo Nacional de Assistência Social.

TIPO	IDENT.	DATA	ÓRGÃO	EMENTA
Lei	<u>10.741</u>	01/10/03	PR	Dispõe sobre o Estatuto do Idoso.
De-creto	<u>5.085</u>	19/05/04	PR	Define as ações continuadas de assistência social.
De-creto	<u>5.109</u>	17/06/04	PR	Dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI.
De-creto	<u>5.145</u>	19/07/04		Acrescenta artigo ao Decreto n.º 5.109, de 17 de junho de 2004, que dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI.
De-creto	<u>4.712</u>	25/09/03	PR	Dá nova redação ao art. 36 do Decreto nº 1.744, de 8 de dezembro de 1995, que regulamenta o benefício de prestação continuada devida à pessoa portadora de deficiência e a idoso, de que trata a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993.
Portaria	<u>878</u>	03/12/01	MPAS	Estabelece diretrizes e normas do Programa-sentinela. (Republicada, no DOU de 4/4/2002, por ter saído com incorreções do original, no Diário Oficial da União de 19/12/2001, seção I, página 91).

TIPO	IDENT.	DATA	ÓRGÃO	EMENTA
De-creto	<u>5.007</u>	08/03/04	PR	Promulga o protocolo facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança referente à venda de crianças, à prostituição infantil e à pornografia infantil.
De-creto	<u>5.017</u>	12/03/04	PR	Promulga o protocolo adicional à Convenção das Nações Unidas contra o crime organizado transnacional relativo à prevenção, repressão e punição do tráfico de pessoas, em especial mulheres e crianças.
Portaria	440	23/08/05	MDS	Regulamenta pisos de proteção social especial.
Resolução	<u>03</u>	29/08/05	MDS/ CIT	Resolve a referência para identificação dos municípios e localidades brasileiras em que ocorrem o fenômeno da exploração sexual comercial de crianças e adolescentes é a matriz intersetorial de enfrentamento da exploração sexual comercial de crianças e adolescentes.
Portaria	<u>138</u>	25/04/06	MDS	Estabelece normas para o cofinanciamento de projetos de estruturação da Rede dos Serviços Socioassistenciais de alta complexidade da proteção social especial do Sistema Único de Assistência Social – SUAS.

# CREAS

<b>PUBLICAÇÃO/ ORIGEM</b>	<b>ANO</b>	<b>EMENTA</b>
<u>Centro de Referência Especializada em Assistência Social</u> – CREAS. <u>Guia de orientação n° 1. MDS/SNAS</u>	s/d	Guia para subsidiar estados e municípios na implantação e implementação dos CREAS. Conteúdo: organização e gestão dos CREAS; cofinanciamento do MDS; serviços oferecidos; instalações físicas; composição, formação e capacitação da equipe que atua nos serviços elencados; monitoramento e avaliação dos processos de trabalho implementados.

## MARCOS INTERNACIONAIS DOS DIREITOS HUMANOS

<b>PUBLICAÇÃO/ ORIGEM</b>	<b>ANO</b>	<b>EMENTA</b>
<u>Declaração de Genebra</u>	1924	Reconhecida pela Declaração Universal dos Direitos do Homem, pelo Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos (nomeadamente nos artigos 23.º e 24.º) 4, pelo Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (nomeadamente o artigo 10.º).
<u>Declaração Universal dos Direitos Humanos</u>	1948	Lista os direitos e deveres fundamentais de todo ser humano.
<u>Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem</u>	1948	<b>Resolução XXX, Ata final, aprovada na IX Conferência Internacional Americana, em Bogotá, em abril de 1948. Cita os direitos essenciais do homem, que os estados americanos devem reconhecer.</b>
<u>Declaração Universal dos Direitos da Criança</u>	1959	Estabelece direitos universais das crianças.



<b>PUBLICAÇÃO/ ORIGEM</b>	<b>ANO</b>	<b>EMENTA</b>
<u>Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, a Proteção e o Desenvolvimento das crianças nos anos 90</u>	1990	O bem-estar de todas as crianças foi um compromisso assumido por 71 presidentes e chefes de Estado, além de representantes de 80 países durante o Encontro Mundial de Cúpula pela Criança, realizado dias 28 e 29 de setembro de 1990, na sede das Nações Unidas, em Nova Iorque.
<u>Declaração de Viena e Programa de Ação</u>	1993	Reafirma o empenho de todos os Estados em cumprirem as suas obrigações no tocante à promoção do respeito universal, da observância e da proteção de todos os direitos do homem e liberdades fundamentais para todos, em conformidade com a Carta das Nações Unidas, com outros instrumentos relacionados com os direitos do homem e com o direito internacional.
<u>Declaração Internacional de Montreal sobre Inclusão</u>	2001	Elenca ações para promoção de uma sociedade inclusiva.
<u>Convenção Internacional dos Direitos da Criança</u>	1989	Adotada pela Resolução n.º L. 44 (XLIV) da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 20 de novembro de 1989 e ratificada pelo Brasil em 20 de setembro e 1990. Enuncia amplo conjunto de direitos fundamentais – os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais – de todas as crianças, bem como as respectivas disposições para que sejam aplicados.

<b>PUBLICAÇÃO/ ORIGEM</b>	<b>ANO</b>	<b>EMENTA</b>
<u>Convenção da Guatemala</u>	1999	A Convenção tem por objetivo prevenir e eliminar todas as formas de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência e propiciar a sua plena integração à sociedade.
<u>Protocolo de San Salvador</u>	1998	Protocolo adicional à Convenção Interamericana Sobre Direitos Humanos em matéria de direitos econômicos, sociais e culturais.
<u>Plano de Ação para Implementação da Declaração Mundial Sobre a Sobrevivência, a Proteção e o Desenvolvimento da Criança nos Anos 90</u>	1990	Objetiva orientar os governos nacionais, as organizações internacionais, as agências bilaterais de assistência, as organizações não-governamentais (ONGs), e a todos os outros setores da sociedade, na formulação dos seus próprios programas de ação para garantir a implementação da Declaração do Encontro Mundial de Cúpula pela Criança.
<u>Princípios das Nações Unidas para a Prevenção da Delinquência Juvenil - (Diretrizes de Riad)</u>	1990	Princípios orientadores para a prevenção da delinquência juvenil. Institui os princípios orientadores de Riad.



<b>PUBLICAÇÃO/ ORIGEM</b>	<b>ANO</b>	<b>EMENTA</b>
<u>Declaração Internacional de Montreal sobre Inclusão</u>	2001	Elenca ações para promoção de uma sociedade inclusiva.
<u>Convenção Internacional dos Direitos da Criança</u>	1989	Adotada pela Resolução n.º L. 44 (XLIIV) da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 20 de novembro de 1989 e ratificada pelo Brasil em 20 de setembro e 1990. Enuncia amplo conjunto de direitos fundamentais – os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais – de todas as crianças, bem como as respectivas disposições para que sejam aplicados.
<u>Declaração de Alma-Ata</u>	1978	Define diretrizes da atenção básica. O documento foi assinado na Conferência Internacional sobre cuidados primários de Saúde.
<u>Plataforma de Ação da Conferência Mundial de Direitos Humanos</u>	1993	Em junho de 1993, representantes de países e de ONGs (organizações não-governamentais) de todo o mundo reuniram-se em Viena, Áustria, na Conferência Mundial sobre Direitos Humanos. Organizações defensoras dos direitos das mulheres trabalharam durante anos, nos níveis nacional, regional e global, para garantir que os direitos das mulheres fossem reconhecidos como direitos humanos e que a violência de gênero fosse incluída na discussão.

## Marcos legais da tuberculose

### MARCOS NACIONAIS

<b>PUBLICAÇÃO E ORIGEM</b>	<b>ANO</b>	<b>EMENTA</b>
Portaria -3.162/ MS, GM	2006	Autoriza repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais de saúde destinado à intensificação das ações de vigilância e controle da tuberculose.
Portaria -2.603/ MS, GM	2005	Autoriza repasse do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais de saúde para fortalecer as ações dos laboratórios centrais de saúde pública - Lacen - na coordenação da rede de laboratórios de diagnóstico da tuberculose.
Portaria -1.729/ MS, GM	2002	Estabelece, dentro do programa nacional de controle da tuberculose, o projeto nacional de avaliação e monitoramento destinado a promover a realização de estudos e pesquisas relativas a situação epidemiológica da doença no Brasil. (ementa elaborada pela CDI/MS).

<b>PUBLICAÇÃO E ORIGEM</b>	<b>ANO</b>	<b>EMENTA</b>
Portaria Interministerial -2.998/MS, MPAS	2001	As doenças ou afecções como tuberculose ativa, hanseníase, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estado avançado da doença de Paget (osteíte deformante), síndrome de deficiência imunológica adquirida - aids -, contaminação por radiação, com base em conclusão da medicina especializada e hepatopatia grave, excluem a exigência de carência para a concessão de auxílio-doença ou de aposentadoria por invalidez aos segurados do regime de Previdência Social - RGPS.
RESOLUÇÃO - 284/MS, CNS	1998	A tuberculose é um problema prioritário de saúde no Brasil, tanto por sua magnitude (infecção, doentes e mortos) como pela possibilidade e vantagens de seu controle.
Portaria -159/MS, SAA	1998	Aprova a nova versão do manual de perícia médica, para aplicação no âmbito da administração direta do Ministério da Saúde. Doenças especificadas em lei: doença grave, contagiosa ou incurável: tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira posterior ao ingresso no serviço público, hanseníase, cardiopatia grave, doença de Parkinson, paralisia irreversível e incapacitante, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estados avançados do mal de Paget (osteíte deformante), síndrome de deficiência imunológica adquirida (aids), e outras que a lei indicar, com base na medicina especializada. (ementa elaborada pela CDI/MS).

<b>PUBLICAÇÃO E ORIGEM</b>	<b>ANO</b>	<b>EMENTA</b>
Portaria -164/MS, SAS	1997	Estabelece que a cobrança das internações de hanseníase e tuberculose através de autorização de internação hospitalar - AIH -, pelos hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde, seja feita exclusivamente por intermédio dos códigos específicos com os diagnósticos principal e secundário, pela classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde - CID/10ª revisão.
Portaria -8/MS, SNPES	1982	Atende recomendações referentes às normas de quimioterapia, aprovadas pela comissão de peritos em quimioterapia da tuberculose. (ementa elaborada pelo CD/MS).
Portaria -7/MS, SNPES	1982	Atende recomendações referentes às normas de vacinação BCG, aprovadas pela comissão de peritos em epidemiologia e profilaxia da tuberculose. (ementa elaborada pelo CD/MS).

<b>PUBLICAÇÃO E ORIGEM</b>	<b>ANO</b>	<b>EMENTA</b>
Portaria -15/MS, SNPES	1979	Baixa normas para o tratamento da tuberculose, adota esquemas de tratamento da tuberculose, em maiores de 15 anos:- esquema I - indicação: tuberculose pulmonar com baciloscopia positiva do escarro, tuberculose miliar, tuberculose extratorácica, (exceto meningite). Esquema II - indicação: tuberculose pulmonar, com baciloscopia negativa do escarro, tuberculose pleural e ganglionar torácica. Esquema III - indicação: - meningite tuberculosa, esquema IV - indicações: persistência da positividade à baciloscopia, até seis meses de tratamento, após um período de negatificação. O tratamento correto dos casos de tuberculose pulmonar, com baciloscopia positiva do escarro constitui a atividade prioritária do programa de controle. (ementa elaborada pelo CD/MS).
Portaria -62/MS, SVS	2008	Constitui o Comitê Técnico Assessor de tuberculose (CTA TB) que trata a Portaria nº. 35/SVS, de 16 de outubro de 2007.
Portaria -35/MS, SVS	2007	Institui o Comitê Técnico Assessor da tuberculose, define suas competências e coordenação.

<b>PUBLICAÇÃO E ORIGEM</b>	<b>ANO</b>	<b>EMENTA</b>
Portaria Con- junta - 4/MS, SE, FUNASA	2003	Aprova a descentralização de dotação orçamentária e recursos financeiros objetivando a execução de atividades relativas a estudos, pesquisas, capacitações e desenvolvimento de inovações tecnológicas nas áreas de vigilância, prevenção e controle da tuberculose e outras pneumopatias, através do Centro de Referência Professor Hélio Fraga - CRPH, da Secretaria de Vigilância em Saúde. (ementa elaborada pela Biblioteca/MS).
Portaria -344/ MS, SE	2003	Aprova o plano de trabalho, que faz parte integrante da presente portaria, independentemente de transcrição, destinando recursos financeiros do orçamento do Ministério da Saúde, com a finalidade de produção e distribuição do medicamento isoniazida + rifampicina 200 mg + 300 mg, para atender ao Programa Nacional contra Tuberculose e outras pneumatias. (ementa elaborada pela Biblioteca/MS).
Portaria Intermi- nisterial nº 1.777	2003	Estabelece o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.
Resolução -11/ CNPCCP	2006	Estabelece diretriz básica para detecção de casos de tuberculose entre ingressos no Sistema Penitenciário nas unidades da Federação.



Agência Brasileira do ISBN  
ISBN 978-85-7967-090-9



9 788579 670909