

C0070689A

CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 4.328-B, DE 2016

(Da Sra. Laura Carneiro)

Institui o Estatuto das Pessoas com Obesidade; tendo parecer da Comissão de Desenvolvimento Urbano, pela aprovação (relator: DEP. TENENTE LÚCIO); e da Comissão de Seguridade Social e Família, pela aprovação, com emenda (relatora: DEP. CONCEIÇÃO SAMPAIO).

DESPACHO:
ÀS COMISSÕES DE:
SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA; E
CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE CIDADANIA (ART. 54 RICD).

APRECIAÇÃO:
Proposição Sujeita à Apreciação Conclusiva pelas Comissões - Art. 24 II

S U M Á R I O

I - Projeto inicial

II - Na Comissão de Desenvolvimento Urbano:
- Parecer do relator
- Parecer da Comissão

III - Na Comissão de Seguridade Social e Família:
- Parecer da relatora
- Emenda oferecida pela relatora
- Parecer da Comissão
- Emenda adotada pela Comissão

O Congresso Nacional decreta:

TÍTULO I

CAPÍTULO I
Disposições Preliminares

Art. 1º Fica instituído o Estatuto das Pessoas com Obesidade, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas vitimadas pelo acúmulo excessivo de gordura corporal e ganho de peso, associado a problemas de saúde, nos termos do regulamento.

Art. 2º A pessoa obesa goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, sendo-lhe asseguradas, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao obeso, no contexto de suas prioridades, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação adequada, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:

I - atendimento adequado e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população;

II - destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas de saúde com foco nas políticas de prevenção e tratamento da obesidade;

III - viabilização de formas alternativas de tratamento, inserção no mercado de trabalho, acesso a cultura e ao lazer de forma coerente e segura;

IV - capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de nutrição, endocrinologia e na prestação de serviços aos obesos;

V - estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais da obesidade;

VI - garantia de acesso à rede de serviços de saúde local no tratamento das doenças decorrentes da obesidade e seus sintomas diretos;

VII – garantia de acesso à rede de serviços socioassistenciais para prevenção ou redução de ocorrência de vulnerabilidades, de ameaças, de vitimizações e dessa à pessoa com obesidade;

VIII - coibir as manifestações gerais de *bullying* através de campanhas educativas e de esclarecimento da população objetivando uma melhor compreensão da obesidade e dos transtornos alimentares.

Art. 4º Nenhum obeso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei.

§ 1º É dever de todos prevenir a ameaça ou violação aos direitos da pessoa obesa entendendo que esta é uma doença e não uma questão simplesmente estética.

§ 2º As obrigações previstas nesta Lei não excluem da prevenção outras decorrentes dos princípios por ela adotados.

Art. 5º Os Conselhos de Saúde e Assistência Social devem zelar, no que couber, pelo cumprimento dos direitos da pessoa obesa definidos nesta Lei.

Art. 6º A obesidade é o resultado de diversas interações, nas quais chamam a atenção os aspectos genéticos, ambientais e comportamentais e a proteção do indivíduo obeso é um direito social, nos termos desta Lei e da legislação vigente.

Art. 7º É obrigação do Poder Público, garantir à pessoa obesa a proteção à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam o tratamento adequado, a alimentação saudável e a vida em condições de dignidade.

CAPÍTULO II
Do Direito à Liberdade, ao Respeito e à Dignidade

Art. 8º É obrigação do Poder Público e da sociedade, assegurar à pessoa obesa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na legislação.

§ 1º O direito à liberdade compreende, entre outros, os seguintes aspectos:

I - faculdade de ir, vir e estar nos logradouros públicos e espaços comunitários, ressalvadas as restrições legais;

II - opinião e expressão;

III - crença e culto religioso;

IV - prática de esportes e de diversões adequadas as suas condições físicas, resguardada a sua integridade;

V - participação na vida familiar e comunitária;

VI - participação na vida política, na forma da lei;

VII - faculdade de buscar refúgio, auxílio e orientação.

§ 2º O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, de valores, ideias e crenças, dos espaços e dos objetos pessoais.

CAPÍTULO III
Dos Alimentos

Art. 9º Se o obeso ou seus familiares não possuírem condições econômicas de prover o seu sustento de forma adequada e saudável no objetivo de assegurar o equilíbrio de sua alimentação, o Poder Público poderá responsabilizar-se por esse provimento, no âmbito da assistência social.

Art. 10. Fica o Poder Público responsável pela criação de Programas de Reeducação Alimentar no processo do atendimento clínico do obeso em suas estruturas de saúde e de Segurança Alimentar.

Parágrafo único. Deverá ser assegurada a alimentação saudável no ambiente escolar e hospitalar.

CAPÍTULO IV
Do Direito à Saúde

Art. 11. É assegurada a atenção integral ao obeso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os obesos.

§ 1º A prevenção e a manutenção da saúde do obeso serão efetivadas por meio de:

I - cadastramento da população obesa em base territorial;

II - atendimento nutricional e endócrino em ambulatórios;

III - unidades endócrinas de referência, com pessoal especializado nas áreas de endocrinologia, nutrição, psicologia e cardiologia;

IV - atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para obesos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público;

V - readequação alimentar orientada pelos profissionais das áreas de nutrição, endocrinologia e cardiologia, para redução das sequelas decorrentes do agravo à saúde.

§ 2º Incumbe ao Poder Público fornecer aos obesos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

§ 3º É vedada a discriminação do obeso nos planos de saúde, pela cobrança de valores diferenciados em razão de seu peso, ficando os infratores desta norma sujeitos às penalidades da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

§ 4º Os obesos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante terão atendimento especializado, nos termos da lei.

§ 5º Fica o Poder Público responsável por fornecer exames clínicos, radiológicos e de imagem a pessoa obesa em equipamentos compatíveis com seu peso e massa corpórea, ficando vetado o uso de equipamentos destinados a animais de grande porte.

Art. 12 Ao obeso mórbido internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.

Parágrafo único. Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do paciente ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito.

Art. 13 As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do obeso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares para obesos mórbidos, grupos de autoajuda e automotivação.

CAPÍTULO V
Da Educação, Cultura, Esporte e Lazer

Art. 14 O obeso tem direito a educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de excesso de peso.

§ 1º É dever do Estado, da família, da comunidade escolar e da sociedade assegurar tal direito à pessoa com excesso de peso, colocando-a a salvo de toda forma de violência, negligência e discriminação.

§ 2° Os estabelecimentos de ensino públicos e privados deverão disponibilizar mobiliário adequado, que suporte as especificidades dos alunos acima do peso, sendo vedada a cobrança de valores adicionais de qualquer natureza em suas mensalidades, anuidades e matrículas no cumprimento dessa determinação.

§ 3º O estudo da obesidade e dos transtornos alimentares deverá ser incluído como tema transversal nos currículos da educação básica, de forma problematizada, evitando simplificações que culpabilizem a própria vítima.

§4º Deverá o estabelecimento de ensino modelar atividades físicas e esportivas adequadas à criança, ao adolescente e ao jovem obeso, durantes as aulas práticas de educação física, preservando o aluno de discriminação, bullying e situações vexatórias ou excludentes.

§5º Os estabelecimentos voltados para diversão, tais como cinemas, bares, restaurantes e congêneres, deverão contar com mobiliário adequado para o atendimento do obeso, visando seu conforto, bem estar e segurança.

CAPÍTULO VI
Da Profissionalização e do Trabalho

Art. 15. É vedada a prática de qualquer ato discriminatório para efeito de acesso ou manutenção de relação de trabalho por motivo de obesidade.

§ 1º Ressalvados os casos em que a natureza do cargo exigir, é vedada a previsão de restrições por motivo de obesidade para a participação de candidato em concurso público.

§ 2º A prática de ato discriminatório prevista no *caput*, além da reparação por dano moral, faculta ao empregado a opção entre:

I – a reintegração com ressarcimento integral de todo o período de afastamento, mediante pagamento das remunerações devidas, corrigidas monetariamente, acrescidas dos juros legais;

II – a percepção, em dobro, da remuneração do período de afastamento, corrigida monetariamente e acrescida dos juros legais; ou

III – o pagamento de multa correspondente a cinco vezes o valor do maior salário pago pelo empregador para a pessoa que teve acesso à relação de trabalho vedada.

Art. 16 O Poder Público criará e estimulará programas de:

I – profissionalização especializada para a pessoa obesa, aproveitando seus potenciais e habilidades para atividades regulares e remuneradas;

II – estímulo às empresas privadas para admissão de pessoa obesa ao trabalho.

CAPÍTULO VII
Da Assistência e Garantia de Direitos

Art. 17 Os serviços, os programas, os projetos e os benefícios no âmbito da política pública de assistência social à pessoa com obesidade e sua família têm como objetivo a garantia da segurança da acolhida, da habilitação e da reabilitação, do desenvolvimento e manutenção da autonomia e da convivência familiar e comunitária, para a promoção do acesso a direitos e da plena participação social, nos termos da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 – Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS e demais normas pertinentes.

§ 1º A assistência social à pessoa com obesidade, nos termos do caput deste artigo, deve envolver conjunto articulado de serviços no âmbito da Proteção Social Básica e da Proteção Social Especial, ofertados pelo Suas, para a garantia de seguranças fundamentais no enfrentamento de situações de

vulnerabilidade e de risco, por fragilização de vínculos e ameaça ou violação de direitos.

§ 2º Os serviços socioassistenciais destinados à pessoa com obesidade em situação de dependência deverão contar com cuidadores sociais para prestar-lhe cuidados básicos e instrumentais.

CAPÍTULO VIII
Habitação

Art. 18 Nos programas habitacionais subsidiados com recursos públicos, o obeso e o obeso mórbido gozam de prioridade na aquisição de imóvel em piso térreo para moradia própria, observado o seguinte:

I - reserva de pelo menos três por cento das unidades habitacionais residenciais em piso térreo para atendimento aos obesos;

II - implantação de equipamentos urbanos comunitários que atendam a especificidade do obeso;

III - eliminação de barreiras arquitetônicas e urbanísticas, para garantia de acessibilidade para o obeso.

CAPÍTULO IX
Do Transporte

Art. 19 Aos obesos fica garantida a utilização dos transportes coletivos públicos urbanos e semiurbanos, seletivos e especiais, quando prestados paralelamente aos serviços regulares, com acesso exclusivo pela porta localizada em oposição à roleta sem que seja cobrado o valor de mais de uma passagem por passageiro.

§ 1º Nos veículos de transporte coletivo de que trata este artigo, serão adaptados dez por cento dos assentos para os obesos, sendo retirados os braços das poltronas e garantida a utilização preferencial ao público que se destina ficando estes assentos identificados por placas.

§ 2º Fica vetada a cobrança de duas passagens para a pessoa obesa em qualquer tipo de transporte público que desempenhe a atividade de transporte de passageiros.

TÍTULO II
Das Medidas de Proteção

CAPÍTULO I
Das Disposições Gerais

Art. 20 As medidas de proteção ao obeso são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados:

I - por ação ou omissão da sociedade ou do Estado;

II - por falta, omissão ou abuso da família, curador ou entidade de atendimento;

III - em razão de sua condição pessoal e/ou fragilidade.

CAPÍTULO II
Das Medidas Específicas de Proteção

Art. 21 As medidas de proteção ao obeso previstas nesta Lei poderão ser aplicadas, isolada ou cumulativamente, e levarão em conta a preservação da saúde, da qualidade de vida, os fins sociais a que se destinam e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

TÍTULO III
Da Política de Atendimento ao Obeso

CAPÍTULO I
Disposições Gerais

Art. 22 A política de atendimento aos portadores de obesidade poderá ser executado por meio do conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais.

Art. 23 São linhas de ação da política de atendimento:

I - políticas e programas de saúde, assistência social e educação em caráter educativo e supletivo, para aqueles que necessitarem;

II – serviços especiais de prevenção e atendimento às vítimas de discriminação, maus tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão;

III – proteção jurídico-social por entidades de defesa dos direitos humanos;

IV – mobilização da opinião pública no sentido da participação dos diversos segmentos da sociedade na divulgação dos causadores da obesidade e suas interações.

CAPÍTULO II
Do Atendimento ao Obeso

Art. 24 Os equipamentos de atendimento de saúde, assistência social, apoio psicológico, nutrição entre outros são responsáveis pela manutenção das próprias unidades, sendo observados os dispositivos desta lei para efeito de atendimento do obeso.

Parágrafo único. Para atender o disposto neste artigo os equipamentos de atendimento devem:

I - oferecer instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade, higiene, salubridade e segurança;

II - contar com equipamentos e estrutura adaptada para atender as especificidades daquele que se encontra acima do peso, obeso ou em situação de obesidade mórbida.

Art. 25 As unidades de saúde que desenvolvam programas de prevenção, tratamento e combate a obesidade adotarão os seguintes princípios:

I – manutenção de grupos de apoio;

II – atendimento regular para tratamentos de longo prazo;

III – promoção da saúde através de novos hábitos alimentares;

IV – observância das terapias de saúde em conjunção com atividades físicas adequadas.

Art. 26 Constituem obrigações das unidades de atendimento:

I – especificar o tipo de atendimento prestado se for o caso;

II – observar os direitos e as garantias de que são titulares os obesos;

III – fornecer vestuário adequado para realização de exames;

IV – oferecer instalações físicas em condições adequadas de segurança;

V – oferecer atendimento personalizado;

VI – diligenciar no sentido da preservação dos vínculos familiares;

VII – comunicar à autoridade competente de saúde toda ocorrência de obeso portador de doenças infectocontagiosas e com agravamento de sua debilidade física.

Art. 27 Regem-se pelas disposições desta Lei, as ações de responsabilidade por ofensa aos direitos assegurados ao obeso, referentes à omissão ou ao oferecimento insatisfatório de:

I – acesso às ações e serviços de saúde;

II – atendimento especializado ao obeso ou obeso mórbido com limitação incapacitante;

III – atendimento especializado ao obeso portador de doença infecto-contagiosa.

Parágrafo único. As hipóteses previstas neste artigo não excluem da proteção judicial outros interesses difusos, coletivos, individuais indisponíveis ou homogêneos, protegidos em lei.

Art. 28 As despesas decorrentes da implementação desta Lei correrão a conta dos recursos destinados pelo SUS – Sistema Único de Saúde, em consonância com a legislação vigente.

Art. 29 O Poder Executivo regulamentará a presente Lei no prazo de 60 (sessenta dias), contados da sua publicação.

Art. 30 Esta Lei entrará em vigor cento e oitenta dias após a sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A obesidade é uma doença crônica que se caracteriza pelo excesso de gordura corporal. O método mais utilizado para aferi-la é baseado na gravidade do excesso de peso, calculado pelo Índice de Massa Corporal (IMC ou Índice de Quetelet). O adulto que possua IMC igual ou superior a 30 kg/m² é considerado obeso.

Essa enfermidade é um grave problema de Saúde Pública. Por resultar da combinação de diversas causas, como as comportamentais (padrões de dieta, uso de medicamentos, sedentarismo, entre outros) e as genéticas, representa uma realidade de difícil enfrentamento. Se isso não bastasse, está associada a alguns tipos de cânceres, refluxo gástrico, doenças hepáticas, diabetes tipo 2, entre diversas outras. Isso causa forte impacto no orçamento do SUS. De acordo com o Ministério da Saúde, as doenças relacionadas à obesidade custam R$ 488 milhões todos os anos aos cofres públicos.

O custo indireto decorrente dessa doença, representado por improdutividade, absenteísmo e morte prematura também traz repercussões sociais graves. Consoante estudo publicado nos Arquivos Brasileiros de Cardiologia, vol.84, nº 5, de 2005, 28,5% dos pacientes em tratamento para insuficiência cardíaca (doença muito comum entre os obesos graves) foram aposentados precocemente por causa da obesidade.

A pesquisa Vigitel 2014 (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) indicou que cresceu o número de pessoas com excesso de peso no País (52,5% dos brasileiros em contraposição com 43%, em 2006). O percentual de **pessoas obesas** foi para 17,9%. Os resultados mostraram que a obesidade é mais prevalente entre as mulheres (18,2%), se comparadas aos homens (17,6%). Importante salientar que a pesquisa demonstrou também que, quanto menor a escolaridade, maior a prevalência da obesidade.

Para abordar esse problema sob o enfoque da saúde, várias normas infralegais já foram editadas pelo Poder Público. A Portaria nº 492, de 31 de agosto de 2007, do Ministério da Saúde, definiu unidade de assistência de alta complexidade ao paciente portador de obesidade grave como o hospital que ofereça assistência diagnóstica e terapêutica especializada, de média e alta complexidade, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento às pessoas portadoras de obesidade grave. Essa norma foi alterada pelas seguintes Portarias nºs: 648, de 13 de novembro de 2008; 516, de 1º de outubro de 2010; 142, de 18 de abril de 2011; 563, de 19 de setembro de 2011; e 409, de 11 de maio de 2012.

A Portaria nº 424, de 19 de março de 2013, do Ministério da Saúde, redefiniu as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Já Portaria nº 425, de 19 de março de 2013, do Ministério da Saúde, veio para estabelecer regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Ela foi alterada pelas Portarias nºs 1.389, de 4 de julho de 2014, e 670, de 8 de junho de 2015.

No País, também já houve o lançamento de diversas políticas públicas voltadas ao combate à obesidade. Mencionaremos, adiante, algumas delas, em ordem cronológica, para fins de ilustração.

Em 1999, foi lançada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que representa um conjunto de políticas públicas que propõe respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação.

Em 2006, foi criada a Política Nacional de Promoção da Saúde, que prioriza ações de alimentação saudável, atividade física, prevenção ao uso do tabaco e álcool, inclusive com transferência de recursos a estados e municípios para a implantação dessas ações de uma forma intersetorial e integrada.

Um ano depois, o Programa Saúde na Escola foi instituído pelo Decreto 6.286, de 5 de dezembro de 2007, para promover a articulação dos Ministérios da Educação e da Saúde, a fim de "contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde". Em 2012, a prevenção à obesidade na infância e adolescência constitui o tema prioritário do Programa Saúde na Escola. Promoveram-se, por isso, avaliações periódicas em milhões de estudantes de escolas públicas de 5 a 19 anos, por equipes de saúde da família.

Em 2011, o Ministério da Saúde (MS) editou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), uma política pública preventiva, com diversos objetivos, entre os quais se incluía a tentativa de estabilização do crescimento do excesso de peso e obesidade no Brasil. Neste mesmo ano, o MS também deu início ao programa Academia da Saúde, com o objetivo de promoção da saúde por meio de atividade física, com meta de expansão a 4 mil academias até 2014.

Feita essa breve análise acerca do que já existe de mais marcante no âmbito infralegal em benefício da saúde dos obesos, torna-se importante salientar que os artigos pertinentes à saúde deste Projeto de Estatuto, na verdade, reiteram e se apoiam em normas já vigentes, no âmbito constitucional, legal e infralegal. Na CF/1988, o art. 198 estatui a **integralidade** do atendimento no Sistema

Único de Saúde. Esse princípio é repetido no art. 7º, II, da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Em relação aos meios de realizar a prevenção e a manutenção da saúde dos obesos, informamos que o cadastramento em **base territorial** e os **Núcleos de Apoio à Saúde da Família**, de referência, compostos por equipes de profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, são previstos na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que "aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)".

Já **atenção domiciliar** é regulada pela Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, que "redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)", para atender pessoas incapacitadas ou com dificuldade de locomoção. Os direitos do obeso com **deficiência** já estão abarcados na Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. A Política Nacional de **Medicamentos** também proporciona a dispensação de fármacos para o tratamento desses cidadãos.

Diante disso, percebe-se que os artigos do Capítulo IV do Título I da proposição servirão apenas como reafirmação de direito já existente. Trata-se de prática comum na elaboração de estatutos, como o da Criança e do Adolescente (Lei 8.069, de 13 de julho de 1990) e do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003).

Vê-se, assim, que o tema tem sido tratado, recorrentemente, na esfera pública. Isso é positivo, pois um dos grandes desafios em relação à obesidade é a forma como ela é vista pela sociedade e pelo Poder Público. Essa doença não pode ser tida como uma questão meramente individual. A obesidade é um problema social e tem de ser assim encarada. Sem o correto empenho de todas as esferas governamentais, essa mazela continuará fazendo cada vez mais vítimas neste País. Passos importantes já foram dados: um dos Cadernos de Atenção Básica – o de nº 38, publicado em 2014-, refere-se exclusivamente às estratégias para cuidado da pessoa com doença crônica obesidade. Essa publicação tem como objetivo subsidiar os profissionais de saúde atuantes nos serviços de Atenção Básica do SUS para o cuidado integral da obesidade, com ênfase no manejo alimentar e nutricional.

Mas isso não é suficiente. A aprovação de um Estatuto é importante para dar mais subsídios jurídicos à proteção do obeso. A CF/88 informa que o dever do Estado na proteção da saúde consiste na elaboração de políticas públicas para a redução dos riscos de doença e agravos à saúde dos indivíduos e da

população e a organização de uma rede de serviços públicos de qualidade capaz de garantir acesso universal e igualitário aos serviços de saúde e de interesse da saúde. Para formular essas políticas públicas, o Estado deve atuar por meio de todos os seus Poderes. Esse Projeto de Estatuto representa a expressão do trabalho do Poder Legislativo, que, por meio do estabelecimento de uma norma, reafirma a regra constitucional e dá instrumentos aos cidadãos para cobrança do cumprimento dessa garantia. Peço, portanto, apoio dos Nobres Pares para a aprovação desta proposição.

Sala das Sessões, em 4 de fevereiro de 2016.

Deputada Federal LAURA CARNEIRO
(PMDB-RJ)

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG
Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL
Seção de Legislação Citada - SELEC

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL 1988

.....

TÍTULO VIII
DA ORDEM SOCIAL

.....

CAPÍTULO II
DA SEGURIDADE SOCIAL

.....

Seção II
Da Saúde

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.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

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.

§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. *(Parágrafo único transformado em § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)*

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: *(Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)*

I – no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento); *(Inciso acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000, com redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015, publicada no DOU de 18/3/2015, em vigor na data de publicação, produzindo efeitos a partir da execução orçamentária do exercício de 2014) (Vide art. 2º da Emenda Constitucional nº 86, de 2015)*

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea *a*, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; *(Inciso acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)*

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea *b* e § 3º. *(Inciso acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)*

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: *(Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)*

I – os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º; *(Inciso acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000, com redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015, publicada no DOU de 18/3/2015, em vigor na data de publicação, produzindo efeitos a partir da execução orçamentária do exercício de 2014)*

II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; *(Inciso acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)*

III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; *(Inciso acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)*

IV – *(Inciso acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000, e revogado pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)*

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação. *(Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)*

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial. *(Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)* e *(Parágrafo com nova redação dada pela Emenda Constitucional nº 63, de 2010)*

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício. *(Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)*

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

.....
.....

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o CONGRESSO NACIONAL decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

a) custeio de despesas;

b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;

c) reembolso de despesas;

d) mecanismos de regulação;

e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e

f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

.....

.....

LEI Nº 8.742, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1993

Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

CAPÍTULO I
DAS DEFINIÇÕES E DOS OBJETIVOS

Art. 1º A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.

Art. 2º A assistência social tem por objetivos: *("Caput" do artigo com redação dada pela Lei nº 12.435, de 6/7/2011)*

I - a proteção social, que visa à garantia da vida, à redução de danos e à prevenção da incidência de riscos, especialmente:

a) a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;

b) o amparo às crianças e aos adolescentes carentes;

c) a promoção da integração ao mercado de trabalho;

d) a habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; e

e) a garantia de 1 (um) salário-mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família; *(Inciso com redação dada pela Lei nº 12.435, de 6/7/2011)*

II - a vigilância socioassistencial, que visa a analisar territorialmente a capacidade protetiva das famílias e nela a ocorrência de vulnerabilidades, de ameaças, de vitimizações e danos; *(Inciso com redação dada pela Lei nº 12.435, de 6/7/2011)*

III - a defesa de direitos, que visa a garantir o pleno acesso aos direitos no conjunto das provisões socioassistenciais; *(Inciso com redação dada pela Lei nº 12.435, de 6/7/2011)*

IV - *(Revogado pela Lei nº 12.435, de 6/7/2011)*

V - *(Revogado pela Lei nº 12.435, de 6/7/2011)*

Parágrafo único. Para o enfrentamento da pobreza, a assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, garantindo mínimos sociais e provimento de condições para atender contingências sociais e promovendo a universalização dos direitos sociais. *(Parágrafo único com redação dada pela Lei nº 12.435, de 6/7/2011)*

.....

.....

DECRETO Nº 6.286, DE 5 DE DEZEMBRO DE 2007

Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso VI, alínea "a", da Constituição,

D E C R E T A :

Art. 1º Fica instituído, no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, o Programa Saúde na Escola - PSE, com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde.

Art. 2º São objetivos do PSE:

I - promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;

II - articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;

III - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;

IV - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;

V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;

VI - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e

VII - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo.

Art. 3º O PSE constitui estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica.

§ 1º São diretrizes para a implementação do PSE:

I - descentralização e respeito à autonomia federativa;

II - integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde;

III - territorialidade;

IV - interdisciplinaridade e intersetorialidade;

V - integralidade;

VI - cuidado ao longo do tempo;

VII - controle social; e

VIII - monitoramento e avaliação permanentes.

§ 2º O PSE será implementado mediante adesão dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios aos objetivos e diretrizes do programa, formalizada por meio de termo de compromisso.

§ 3º O planejamento das ações do PSE deverá considerar:

I - o contexto escolar e social;

II - o diagnóstico local em saúde do escolar; e

III - a capacidade operativa em saúde do escolar.

Art. 4º As ações em saúde previstas no âmbito do PSE considerarão a atenção, promoção, prevenção e assistência, e serão desenvolvidas articuladamente com a rede de educação pública básica e em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, podendo compreender as seguintes ações, entre outras:

I - avaliação clínica;

II - avaliação nutricional;

III - promoção da alimentação saudável;

IV - avaliação oftalmológica;

V - avaliação da saúde e higiene bucal;

VI - avaliação auditiva;

VII - avaliação psicossocial;

VIII - atualização e controle do calendário vacinal;

IX - redução da morbimortalidade por acidentes e violências;

X - prevenção e redução do consumo do álcool;

XI - prevenção do uso de drogas;

XII - promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva;

XIII - controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer;

XIV - educação permanente em saúde;

XV - atividade física e saúde;

XVI - promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar; e

XVII - inclusão das temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas.

Parágrafo único. As equipes de saúde da família realizarão visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE para avaliar as condições de saúde dos educandos,

bem como para proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas.

Art. 5º Para a execução do PSE, compete aos Ministérios da Saúde e Educação, em conjunto:

I - promover, respeitadas as competências próprias de cada Ministério, a articulação entre as Secretarias Estaduais e Municipais de Educação e o SUS;

II - subsidiar o planejamento integrado das ações do PSE nos Municípios entre o SUS e o sistema de ensino público, no nível da educação básica;

III - subsidiar a formulação das propostas de formação dos profissionais de saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE;

IV - apoiar os gestores estaduais e municipais na articulação, planejamento e implementação das ações do PSE;

V - estabelecer, em parceria com as entidades e associações representativas dos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde e de Educação os indicadores de avaliação do PSE; e

VI - definir as prioridades e metas de atendimento do PSE.

§ 1º Caberá ao Ministério da Educação fornecer material para implementação das ações do PSE, em quantidade previamente fixada com o Ministério da Saúde, observadas as disponibilidades orçamentárias.

§ 2º Os Secretários Estaduais e Municipais de Educação e de Saúde definirão conjuntamente as escolas a serem atendidas no âmbito do PSE, observadas as prioridades e metas de atendimento do Programa.

Art. 6º O monitoramento e avaliação do PSE serão realizados por comissão interministerial constituída em ato conjunto dos Ministros de Estado da Saúde e da Educação.

Art. 7º Correrão à conta das dotações orçamentárias destinadas à sua cobertura, consignadas distintamente aos Ministérios da Saúde e da Educação, as despesas de cada qual para a execução dos respectivos encargos no PSE.

Art. 8º Os Ministérios da Saúde e da Educação coordenarão a pactuação com Estados, Distrito Federal e Municípios das ações a que se refere o art. 4º, que deverá ocorrer no prazo de até noventa dias.

Art. 9º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 5 de dezembro de 2007; 186º da Independência e 119º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
Fernando Haddad
José Gomes Temporão

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização

e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

.....

TÍTULO II
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

.....

CAPÍTULO II
DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS, são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

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

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

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

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

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

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

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

VIII - participação da comunidade;

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

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

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

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

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

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

CAPÍTULO III
DA ORGANIZAÇÃO, DA DIREÇÃO E DA GESTÃO

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

.....
.....

LEI Nº 13.146, DE 6 DE JULHO DE 2015

Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

LIVRO I
PARTE GERAL

TÍTULO I
DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º É instituída a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania.

Parágrafo único. Esta Lei tem como base a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, ratificados pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008, em conformidade com o procedimento previsto no § 3º do art. 5º da Constituição da República Federativa do Brasil, em vigor para o Brasil, no plano jurídico externo, desde 31 de agosto de 2008, e promulgados pelo Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, data de início de sua vigência no plano interno.

Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

§ 1º A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará:

I - os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;

II - os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;

III - a limitação no desempenho de atividades; e

IV - a restrição de participação.

§ 2º O Poder Executivo criará instrumentos para avaliação da deficiência.

.....
.....

LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990

Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

LIVRO I

PARTE GERAL

TÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Lei dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente.

Art. 2º Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.

Parágrafo único. Nos casos expressos em lei, aplica-se excepcionalmente este Estatuto às pessoas entre dezoito e vinte e um anos de idade.

.....
.....

LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003

Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

TÍTULO I
DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

Art. 2º O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

.....
.....

PORTARIA Nº 492, DE 31 DE AGOSTO DE 2007

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a Portaria nº 1.569/GM, de 28 de junho de 2007, que institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade;

Considerando a Portaria nº 1.570/GM, de 28 de junho de 2007, que determina a operacionalização da assistência ao portador de obesidade grave;

Considerando a necessidade de definir as Unidades de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave, bem como a de determinar os seus papéis na atenção à saúde e as qualidades técnicas necessárias ao bom desempenho de suas funções;

Considerando a necessidade de auxiliar o gestor no controle e avaliação da atenção às pessoas portadoras de obesidade grave;

Considerando a necessidade de estabelecer regulamento técnico, normas e critérios para as Unidades de Assistência de Alta Complexidade com a finalidade de credenciamento e habilitação para o tratamento da obesidade grave; e

Considerando a necessidade do estabelecimento de um sistema de fluxo de referência e contra-referência no âmbito do Sistema Único de Saúde, resolve:

Art. 1º - Definir Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave como o hospital que ofereça assistência diagnóstica e terapêutica especializada, de média e alta complexidade, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento às pessoas portadoras de obesidade grave.

Parágrafo único - Portadores de obesidade grave são aqueles que necessitam de intervenção cirúrgica, conforme os critérios estabelecidos no Anexo I desta Portaria.

Art. 2º - Estabelecer que a Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave deverá:

I - participar de forma articulada e integrada com o sistema público de saúde local e regional, conforme os critérios definidos nos artigos 7º e 8º, desta Portaria;

II - ter adequada estrutura gerencial, capaz de zelar pela eficácia, eficiência e efetividade das ações prestadas; e

III participar no desenvolvimento profissional, em parceria com a gestão do SUS.

Parágrafo único – Para cumprir as suas finalidades, os hospitais credenciados/habilitados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave deverão atuar conforme as diretrizes do gestor estadual ou municipal, em:

I - Ações de promoção da saúde e de prevenção e detecção precoce da obesidade, que devem ser desenvolvidas de maneira articulada com os programas e normas definidas pelo Ministério da Saúde e secretarias estaduais ou municipais de saúde; e

II - Diagnóstico e tratamento destinado ao atendimento, compondo a rede de assistência aos pacientes portadores de obesidade grave, incluindo: atendimento de urgência referida; preparo pré-operatório e seguimento pós-cirúrgico; internação para cirurgia bariátrica e internação clínica nas intercorrências relativas à obesidade e nas complicações pós-operatórias; acompanhamento ambulatorial de obesos graves, conforme o estabelecido na rede de atenção pelo gestor local; e reabilitação, suporte e acompanhamento por meio de

procedimentos específicos que promovam a melhoria das condições físicas e psicológicas do paciente, no sentido da restituição da sua capacidade funcional.

Art. 3º - Aprovar, na forma de Anexos desta Portaria, o que segue:

I - Anexo I - Diretrizes para a Atenção ao Paciente com Obesidade Grave;

II - Anexo II - Normas de Credenciamento/Habilitação de Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave; e

III - Anexo III - Formulário de Vistoria.

Art. 4º - Definir que o credenciamento/habilitação de hospitais como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave dar-se-á sob as normas estabelecidas no Anexo II desta Portaria.

§1º - Os atuais hospitais credenciados/habilitados como Centro de Referência em Cirurgia Bariátrica, com base nos critérios estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 628, de 21 de abril de 2001, ficam automaticamente habilitados como Unidade de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave;

§2º Os hospitais de que trata o §1º deverão adequar-se aos critérios de credenciamento/habilitação estabelecidos nesta Portaria, até a competência de julho de 2013 (Redação dada pela PRT SAS/MS nº 648 de 11.11.2008) (Redação dada pela PRT SAS/MS nº 517 de 30.09.2010) (Redação dada pela PRT SAS/MS nº 142 de 15.04.2011) (Redação dada pela PRT SAS/MS nº 409 de 10.05.2012)

§ 3º - Somente os hospitais credenciados/habilitados poderão cobrar os procedimentos relativos aos Anexos I e II da Portaria SAS/MS nº 493, de agosto de 2007, e desde que tenham realizado o procedimento de Cirurgia Bariátrica no respectivo doente.

Art. 5º – Definir que as Unidades de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave deverão submeter-se à regulação, controle e avaliação do gestor estadual e municipal, conforme as diretrizes constantes do Anexo I desta Portaria e as atribuições estabelecidas nas respectivas condições de gestão.

Art. 6º - Determinar que as Secretarias de Saúde dos estados, ao indicarem os hospitais a serem habilitados como Unidades de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave, estabeleçam, em conjunto com as dos seus respectivos municípios, os fluxos e mecanismos de referência e contra-referência dos doentes.

Art. 7º - Determinar que as Unidades de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave realizem as avaliações, as indicações e o acompanhamento dos pacientes portadores de obesidade grave de acordo com as diretrizes estabelecidas no Anexo I - Diretrizes para a Atenção ao Paciente com Obesidade Grave, desta Portaria.

Art. 8º - Estabelecer que os recursos orçamentários de que trata esta Portaria correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.1220.8585 – Atenção à Saúde da População nos Municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos Estados habilitados em Gestão Plena/Avançada.

Art. 9º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a contar da competência outubro de 2007.

JOSÉ CARVALHO DE NORONHA
Secretário

PORTARIA Nº 648, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2008

A Secretária de Atenção à Saúde - Substituta, no uso de suas atribuições;

considerando a necessidade de conclusão das redes estaduais que oferecem assistência diagnóstica e terapêutica especializada, de média e alta complexidade, aos portadores de obesidade grave;

considerando que as Secretarias Estaduais de Saúde estão em fase de conclusão e definição das redes assistenciais que se referem ao tratamento da obesidade grave; e considerando a avaliação do Departamento de Atenção Especializa - Coordenação Geral da Alta Complexidade, bem como do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas - Coordenação-Geral de Sistemas de Informação, da Secretaria de Atenção à Saúde - Ministério da Saúde, resolve:

Art. 1º - Alterar a redação do § 2º, art. 4º, da Portaria SAS/MS nº 492, de 31 de agosto de 2007, publicada no Diário Oficial nº 172, de 5 de setembro de 2007, Seção 1, página 31, que passa a vigorar da seguinte forma:

> "§ 2º - Os hospitais, de que trata o §1º, deverão adequar-se aos critérios de credenciamento/ habilitação estabelecidos nesta Portaria, no prazo de 22 (vinte e dois) meses, a contar da data de publicação desta Portaria."

Art. 2º - Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

CLEUSA RODRIGUES DA SILVEIRA BERNARDO

PORTARIA Nº 516, DE 30 DE SETEMBRO DE 2010

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a Portaria Nº 1.570/GM, de 28 de junho de 2007, que define Unidade de

Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave; e

Considerando a avaliação da Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Atenção

Especializada/Coordenação - Geral da Média e Alta Complexidade, resolve:

Art. 1º - Alterar a redação do §2º do art. 4º da Portaria SAS/MS Nº 492, de 31 de agosto de 2007, publicada no Diário Oficial Nº 172, de 5 de setembro de 2007, Seção 1, página 31, que passa a vigorar da seguinte forma:

> "§ 2º -Os hospitais de que trata o §1º deverão adequar-se aos critérios de credenciamento/habilitação estabelecidos nesta Portaria, até a competência março de
> 2011.

Art. 2º -Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

ALBERTO BELTRAME

PORTARIA Nº 142, DE 15 DE ABRIL DE 2011

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições;

considerando a Portaria nº 1.570/GM/MS, de 28 de junho de 2007, que define Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave; e

considerando a avaliação da Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Atenção Especializada - Coordenação-Geral da Média e Alta Complexidade, resolve:

Art. 1º - Alterar a redação do § 2º do Art. 4º , da Portaria SAS/MS nº 492, de 31 de agosto de 2007, publicada no Diário Oficial nº 172, de 5 de setembro de 2007, Seção 1, página 31, que passa a vigorar da seguinte forma:

> "§ 2º - Os hospitais de que trata o § 1º deverão adequar-se aos critérios de credenciamento/habilitação estabelecidos nesta portaria, até a competência de julho de 2012" (NR) .

Art. 2º - Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

Art. 3º - Fica revogada a Portaria SAS/MS nº 648, de 11 de novembro de 2008, publicada no Diário Oficial da União - DOU nº 221, de 13 de novembro de 2008, seção 1, página 34, e a Portaria SAS/MS nº 517, de 30 de setembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União - DOU nº 193, de 7 de outubro de 2010, seção 1, página 82.

HELVÉCIO MIRANDA MAGALHÃES JÚNIOR

PORTARIA Nº 563, DE 16 DE SETEMBRO DE 2011

Revogada pela Portaria 425/2013/MS

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições, Considerando a Portaria SAS/MS Nº 492, de 31 de agosto de 2007, que define as Unidades de Assistência de Alta Complexidade ao Portador de Obesidade Grave e estabelece os critérios para a sua habilitação:

Considerando a Resolução Nº 1960, de 16 de dezembro de 2010, do Conselho Federal de Medicina - CFM, que dispõe sobre o Registro de Qualificação de Especialidade Médica; e

Considerando a avaliação da Coordenação-Geral da Média e Alta Complexidade, do Departamento de Atenção Especializada, da Secretaria de Atenção à Saúde, resolve:

Art. 1º- Alterar a redação das alineas a e c, do subitem 3.1, do item 3, do Anexo II, da Portaria SAS/MS Nº 492, de 31 de agosto de 2007, publicada no Diário Oficial Nº 220, de 12 de novembro de 2008, seção 1, página 45, que passam a vigorar da seguinte forma:"

3 - Recursos Humanos

3.1 - Responsabilidade Técnica e Equipe de Cirurgia Bariátrica

a) O hospital para ser credenciado/habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave deve contar com um responsável

técnico pelo serviço de Cirurgia Bariátrica, médico cirurgião com registro no cadastro de especialista do respectivo Conselho Federal e Regional de Medicina.

c) A equipe de cirurgia bariátrica deve contar com, pelo menos, mais um médico cirurgião com registro no cadastro de especialista do respectivo Conselho Federal e Regional de Medicina."

Art. 2º - Esta Portaria a entra em vigor na data de sua publicação.

HELVÉCIO MIRANDA MAGALHÃES JÚNIOR

PORTARIA Nº 409, DE 10 DE MAIO DE 2012

(Revogada pela PRT GM/MS n° 425 de 19.03.2013)

A Secretária de Atenção à Saúde - Substituta, no uso de suas atribuições, e

Considerando a necessidade de conclusão das redes estaduais que oferecem assistência diagnóstica e terapêutica especializada, de média e alta complexidade, aos portadores de obesidade grave;

Considerando que as Secretarias Estaduais de Saúde estão em fase de conclusão e definição das redes assistenciais que se referem ao tratamento da obesidade grave; e

Considerando a avaliação do Departamento de Atenção Especializa - Coordenação Geral da Alta Complexidade e do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas - Coordenação- Geral de Sistemas de Informação da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, resolve:

Art. 1º Alterar a redação do §2º do art. 4º da Portaria SAS/MS nº 492, de 31 de agosto de 2007, publicada no Diário Oficial nº 172, de 5 de setembro de 2007, Seção 1, página 31, que passa a vigorar da seguinte forma:

> "§2º Os hospitais de que trata o §1º deverão adequar-se aos critérios de credenciamento/habilitação estabelecidos nesta Portaria, até a competência de julho de 2013" (NR) .

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

Art. 3º Fica revogada a Portaria SAS/MS nº 142, de 15 de abril de 2011, publicada no Diário Oficial da União - DOU nº 74, de 18 de abril de 2011, seção 1, página 76.

CLEUSA RODRIGUES DA SILVEIRA BERNARDO

PORTARIA Nº 424, DE 19 DE MARÇO DE 2013

Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

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

Considerando a Portaria nº 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS;

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 719/GM/MS, de 7 de abril de 2011, que institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;

Considerando a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

Considerando a Portaria nº 2.715/GM/MS, de 17 de novembro de 2011, que atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição;

Considerando a Portaria nº 252/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2013, que institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, precipuamente o que estabelece o parágrafo único de seu art. 10, ao dispor que os critérios definidos para implantação e financiamento das linhas de cuidado priorizadas e de cada um dos seus componentes devem ser regulamentados em atos normativos específicos a serem editados pelo Ministério da Saúde;

Considerando a Portaria nº 23/SVS/MS, de 9 de agosto de 2012, que estabelece o repasse de recursos financeiros do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, aos Estados, Distrito Federal e capitais e Municípios com mais de um milhão de habitantes, para implantação, implementação e fortalecimento das ações específicas de vigilância e prevenção para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil;

Considerando a Resolução nº 1/CAISAN, de 30 de abril de 2012, que institui o I Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN 2012/2015);

Considerando o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011- 2022;

Considerando que a obesidade é uma condição crônica e um fator de risco para outras doenças e uma manifestação de insegurança alimentar e nutricional que acomete a população brasileira de forma crescente em todas as fases do curso da vida;

Considerando a necessidade de garantir nos serviços de saúde a infraestrutura, bem como mobiliário e equipamentos adequados para o cuidado dos indivíduos com obesidade;

Considerando os referenciais dos Cadernos de Atenção Básica, do Guia Alimentar para a população brasileira, dos materiais de apoio do Programa Academia da Saúde e do Programa Saúde na Escola para fortalecimento da promoção à saúde e da prevenção do sobrepeso e da obesidade e qualificação do cuidado desses usuários no âmbito do SUS; e

Considerando a necessidade de ações de promoção e proteção da alimentação adequada e saudável que incluem a educação alimentar e nutricional e a melhoria da qualidade nutricional, o controle e a regulação de alimentos, resolve:

Art. 1º Esta Portaria redefine as diretrizes para organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Art. 2º A organização das ações e serviços de prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas observará as seguintes diretrizes:

I - diagnóstico da população assistida no SUS, de modo a identificar os indivíduos com sobrepeso e obesidade a partir da classificação de seu estado nutricional de acordo com a fase do curso da vida, ou seja, enquanto crianças, adolescentes, adultos, gestantes e idosos;

II - estratificação de risco da população de acordo com a classificação do seu estado nutricional e a presença de outros fatores de risco e comorbidades;

III - organização da oferta integral de cuidados na Rede de Atenção a Saúde (RAS) por meio da definição de competências de cada ponto de atenção, do estabelecimento de mecanismos de comunicação entre eles, bem como da garantia dos recursos necessários ao seu funcionamento segundo o planejamento de cada ente federativo e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde;

IV - utilização de sistemas de informação que permitam o acompanhamento do cuidado, gestão de casos e regulação do acesso aos serviços de atenção especializada, assim como o monitoramento e a avaliação das ações e serviços;

V - investigação e monitoramento dos principais determinantes do sobrepeso e obesidade;

VI- articulação de ações intersetoriais para promoção da saúde, de forma a apoiar os indivíduos, famílias e comunidades na adoção de modos de vida saudáveis que permitam a manutenção ou recuperação do peso saudável;

VII - garantia de financiamento adequado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas;

VIII - formação de profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento do sobrepeso e obesidade, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;

IX - garantia da oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para tratamento do sobrepeso e da obesidade, com efetivação de um modelo centrado no usuário, baseado nas suas necessidades de saúde, respeitando as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas; e

X - garantia da oferta de práticas integrativas e complementares para promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento das pessoas com sobrepeso e obesidade.

Art. 3° Para os fins desta Portaria, as atribuições gerais dos pontos de atenção à saúde do SUS para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade serão definidos a partir da classificação do estado nutricional do indivíduo segundo o Índice de Massa Corporal (IMC) para adultos.

§ 1º Para organização do cuidado aos indivíduos nas demais fases do curso da vida que apresentem sobrepeso e obesidade, deverá ser observada a equivalência dos critérios de classificação por IMC e as especificidades do tratamento.

§ 2º Os critérios de classificação para o sobrepeso e a obesidade nas diferentes fases do curso da vida devem seguir as referências do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

§ 3º No caso de indivíduos adultos, considera-se com sobrepeso aqueles que apresentem IMC ³ 25 kg/m2 e < 30 kg/m2 e com obesidade aqueles com IMC ³ 30 kg/m2, sendo a obesidade classificada em:

I - Grau I: indivíduos que apresentem IMC ³ 30 kg/m2 e < 35 kg/m2;

II - Grau II: indivíduos que apresentem IMC ³ 35 kg/m2 e < 40 kg/m2; e

III - Grau III: indivíduos que apresentem IMC ³ 40 kg/m2.

Art. 4º Para a prevenção e o tratamento do sobrepeso e da obesidade, os Componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas exercerão especialmente as seguintes atribuições:

I - Componente Atenção Básica:

a) realizar a vigilância alimentar e nutricional da população adstrita com vistas à estratificação de risco para o cuidado do sobrepeso e da obesidade;

b) realizar ações de promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade de forma intersetorial e com participação popular, respeitando hábitos e cultura locais, com ênfase nas ações de promoção da alimentação adequada e saudável e da atividade física;

c) apoiar o autocuidado para manutenção e recuperação do peso saudável;

d) prestar assistência terapêutica multiprofissional aos indivíduos adultos com sobrepeso e obesidade que apresentem IMC entre 25 e 40 kg/m², de acordo com as estratificações de risco e as diretrizes clínicas estabelecidas;

e) coordenar o cuidado dos indivíduos adultos que, esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, necessitarem de outros pontos de atenção, quando apresentarem IMC ³ 30 kg/m² com comorbidades ou IMC ³ 40 kg/m²;

f) prestar assistência terapêutica multiprofissional aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade após o período de acompanhamento pós-operatório realizado na Atenção Especializada Ambulatorial e/ou Hospitalar; e

g) garantir o acolhimento adequado das pessoas com sobrepeso e obesidade em todos os equipamentos da atenção básica, incluindo os Pólos de Academia da Saúde;

II - Componente Atenção Especializada:

a) Subcomponente Ambulatorial Especializado:

1. prestar apoio matricial às equipes de Atenção Básica, presencialmente ou por meio dos Núcleos do Telessaúde;

2. prestar assistência ambulatorial especializada multiprofissional aos indivíduos adultos com IMC ³ 30 kg/m² com comorbidades, e aos indivíduos com IMC ³ 40 kg/m², quando esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, de acordo com as demandas encaminhadas através da regulação;

3. diagnosticar os casos com indicação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade e encaminhar a demanda através da regulação;

4. prestar assistência terapêutica multiprofissional pré-operatória aos usuários com indicação de realização de procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade;

5. prestar assistência terapêutica multiprofissional aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade após o período de acompanhamento pós-operatório realizado na Atenção Especializada Hospitalar;

6. organizar o retorno dos usuários à assistência na Atenção Básica de acordo com as diretrizes estabelecidas localmente; e

7. realizar contra-referência em casos de alta para os serviços de atenção básica, bem como comunicar periodicamente os municípios e as equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento; e

b) Subcomponente Hospitalar:

1. realizar avaliação dos casos indicados pela Atenção Especializada Ambulatorial e/ ou Regulação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade, de acordo com o estabelecido nas diretrizes clínicas gerais, dispostas no Anexo I e protocolos locais de encaminhamentos e regulação;

2. organizar o acesso à cirurgia, considerando e priorizando os indivíduos que apresentam outras comorbidades associadas à obesidade e/ou maior risco à saúde;

3. realizar tratamento cirúrgico da obesidade de acordo com o estabelecido nas diretrizes clínicas gerais dispostas no Anexo I e normas de credenciamento e habilitação definidas pelo Ministério da Saúde em atos normativos específicos;

4. realizar cirurgia plástica reparadora para indivíduos submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade, conforme critérios dispostos em atos normativos específicos do Ministério da Saúde;

5.garantir assistência terapêutica multiprofissional pós-operatória aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade;

6. organizar o retorno dos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade à assistência terapêutica multiprofissional na Atenção Especializada Ambulatorial e/ou na Atenção Básica, de acordo com as diretrizes clínicas gerais estabelecidas no Anexo I; e

7. realizar contra-referência em casos de alta para os serviços de atenção básica e/ ou atenção ambulatorial especializada, bem como comunicar periodicamente aos Municípios e às equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento; e

c) Subcomponente Urgência e Emergência: prestar assistência e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até o encaminhamento, se necessário, dos indivíduos com complicações agudas decorrentes do sobrepeso e obesidade, bem como do pós operatório da cirurgia bariátrica, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades; e

III - Componentes Sistemas de Apoio e Sistemas Logísticos:

a) realizar exames complementares ao diagnóstico e tratamento da obesidade, de acordo com plano regional de organização da linha de cuidado da obesidade;

b) prestar assistência farmacêutica necessária ao tratamento clínico da obesidade e pós-tratamento cirúrgico da obesidade, de acordo com plano regional de organização da linha de cuidado da obesidade; e

c) realizar o transporte sanitário eletivo e de urgência para os usuários com obesidade, por meio de veículos adaptados, quando necessário.

Parágrafo único. A organização do acesso às ações e aos serviços especializados referentes ao cuidado das pessoas com sobrepeso ou obesidade será executado pelo Componente Regulação, que atuará de forma integrada, com garantia da transparência e da equidade no acesso, independente da natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde.

Art. 5º As Comissões Intergestores Bipartite (CIB), Comissões Intergestores Regionais (CIR) e o Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

(CGSES/DF) pactuarão planos regionais para organização da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade a partir do estabelecido nesta Portaria e da estratificação de risco da população adstrita, nos quais deve constar a oferta de cuidado nos diferentes pontos de atenção, bem como a regulação do acesso às ações e serviços dos Componentes Atenção Especializada, subdivisões Ambulatorial Especializado e Hospitalar e Sistemas de Apoio, conforme os Anexos I e II.

§ 1º Caso a região de saúde tenha Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde (COAP), a pactuação da linha de cuidado de obesidade será a ele integrado.

§ 2º A elaboração dos planos regionais para organização da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade observará as diretrizes clínicas dispostas no Anexo I.

§ 3º A pactuação de que trata o "caput" é pré-requisito para habilitação de Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo Portador de Obesidade, conforme normas de credenciamento e habilitação definidas pelo Ministério da Saúde em atos normativos específicos.

§ 4º O Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo Portador de Obesidade será regulamentado em ato normativo específico do Ministério da Saúde.

Art. 6º Aos indivíduos submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade será garantida a realização de cirurgia plástica reparadora, cujos critérios constarão em atos normativos específicos do Ministério da Saúde.

Art. 7º O financiamento da organização das ações e serviços de promoção da saúde, prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Básica será realizado por meio do Piso de Atenção Básica, do Piso de Vigilância e Promoção da Saúde, do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, do Programa Academia da Saúde, do Programa Saúde na Escola, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e do apoio para a estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional.

Art. 8º O financiamento da organização das ações e serviços no âmbito do Componente Atenção Especializada será realizado conforme ato normativo específico do Ministério da Saúde, mediante pactuação prévia na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), e estará condicionado à construção regional da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade.

Art. 9º O Ministério da Saúde disponibilizará manuais instrutivos e cadernos temáticos para orientar a organização local de linhas de cuidado do sobrepeso e obesidade e a construção de diretrizes clínicas regionais.

Art. 10. Ficam revogadas:

I - a Portaria nº 1.569/GM/MS, de 28 de junho de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção I, de 2 de julho de 2007, página 51; e

II - a Portaria nº 1.570/GM/MS, de 28 de junho de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção I, de 25 de julho de 2007, página 56.

Art. 11. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

PORTARIA Nº 425, DE 19 DE MARÇO DE 2013

Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

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

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;

Considerando o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022;

Considerando a Portaria nº 252/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2013, que institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013, que atualiza as diretrizes para organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e dá outras providências; e

Considerando a necessidade de definir a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, determinando os seus papéis na atenção à saúde e as qualidades técnicas necessárias, resolve:

Art. 1º Fica definido que os estabelecimentos com Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade são os hospitais que oferecem apoio diagnóstico e terapêutico especializado, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento aos indivíduos com obesidade.

Parágrafo único. Os indivíduos com indicação para o tratamento cirúrgico da obesidade são aqueles com obesidade grau III e obesidade grau II com comorbidades, conforme os critérios estabelecidos na Portaria nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013, da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas.

Art. 2º Para cumprir as suas finalidades os estabelecimentos de saúde habilitados como Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade devem estar inseridos na organização da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas.

Parágrafo único. As Secretarias de Saúde dos Estados, ao indicarem o estabelecimento que prestará a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, devem estabelecer em conjunto com seus respectivos municípios, os fluxos e mecanismos de referência e contrarreferência dos indivíduos obesos grau III e grau II com comorbidades, de acordo com o estabelecido na linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas.

Art. 3º Fica estabelecido que a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade deverá:

I - participar de forma articulada e integrada com a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e com a linha de cuidado definida localmente para o tratamento do sobrepeso e da obesidade;

II - participar no desenvolvimento profissional, em parceria com o gestor local do SUS, induzindo à formação e qualificação para atenção ao obeso, incorporando os referenciais conceituais e organizacionais do SUS.

.....

Art. 25. Caberá à Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas da Secretaria de Atenção à Saúde CGSI/DRAC/SAS/MS, adotar as providências necessárias junto ao Departamento de Informática do SUS - DATASUS/ SGEP/MS, para o cumprimento do disposto nesta Portaria.

Art. 26. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da competência seguinte à sua publicação.

Art. 27. Ficam revogadas as Portarias nº 492/SAS/MS, de 31 de agosto de 2007; Portaria nº 493/SAS/MS, de 31 de agosto de 2007; Portaria nº 563/SAS/MS, de 16 de setembro de 2011; e a Portaria nº 409/SAS/MS, de 10 de maio de 2012.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

PORTARIA Nº 1.389, DE 3 DE JULHO DE 2014

Altera o § 2º do art. 5º e o art. 16 da Portaria nº 425/GM/MS, de 19 de março de 2013, que estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

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

Considerando a Portaria nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013, que redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas;

Considerando a Portaria nº 425/GM/MS, de 19 de março de 2013, que estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade; e

Considerando a necessidade de prorrogação de prazo para que as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal aprovem a linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas dos estabelecimentos que foram habilitados conforme a Portaria nº 492/SAS/MS, de 31 de agosto de 2007, resolve:

Art. 1º O § 2º do art. 5º e o art. 16 da Portaria nº 425/GM/MS, de 19 de março de 2013, passam a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 5º.....

§ 2º A Secretaria de Estado de Saúde deverá encaminhar resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) à Coordenação- Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC/DAET/SAS/MS) com a aprovação da linha de

cuidado do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas dos estabelecimentos que estão habilitados conforme a Portaria nº 492/SAS/MS, de 31 de agosto de 2007, como Unidade de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave até a competência de outubro de 2014." (NR)

"Art. 16. No valor dos procedimentos para o tratamento cirúrgico da obesidade, de que trata esta Portaria, não estão incluídos os valores das OPM compatíveis, as diárias da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e os procedimentos especiais realizados no paciente durante a internação." (NR)

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ARTHUR CHIORO

PORTARIA Nº 670, DE 3 DE JUNHO DE 2015

Mantém até 31 de dezembro de 2015 a habilitação dos estabelecimentos de saúde habilitados como Unidade de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave, conforme a Portaria nº 492/SAS/MS, de 31 de agosto de 2007, e altera a Portaria nº 425/GM/MS, de 19 de março de 2013.

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

Considerando a Portaria nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013, que redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas;

Considerando a Portaria nº 425/GM/MS, de 19 de março de 2013, que estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade;

Considerando a necessidade de resguardo da assistência à saúde prestada pelos estabelecimentos habilitados como Unidade de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave na forma das Portarias nº 492 /SAS/MS e nº 493/SAS/MS , de 31 de agosto de 2007; e

Considerando a necessidade de se aclarar os procedimentos e materiais que não estão incluídos no procedimento para tratamento cirúrgico da obesidade, resolve:

Art. 1º Os estabelecimentos de saúde habilitados como Unidade de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave, conforme a Portaria nº 492/SAS/MS, de 31 de agosto de 2007, mantêm-se habilitados com o código 02.02 para Assistência em Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade até 31 de dezembro 2015.

§ 1º Os estabelecimentos de saúde referidos no "caput" deverão comprovar, até 31 de dezembro de 2015, o atendimento aos requisitos de habilitação previstos no anexo II da Portaria nº 425/GM/MS, de 19 de março de 2013.

§ 2º Uma vez cumprida a obrigação prevista no § 1º, o estabelecimento de saúde manterá a habilitação no código 02.02 até a publicação, pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), de Portaria de habilitação na forma da Portaria nº 425/GM/MS, de 2013.

Art. 2º Ficam convalidados os procedimentos relativos à Assistência em Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade informados pelos estabelecimentos de saúde alcançados pelo art. 1º e aprovados pelo Ministério da Saúde no período de 19 de março de 2013 até a data de publicação desta Portaria.

Art. 3º O art. 16 da Portaria nº 425/GM/MS, de 2013, passa a vigorar com a seguinte redação:

> "Art. 16. O valor do procedimento para o tratamento cirúrgico da obesidade não inclui os valores das Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) compatíveis, das diárias de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e dos procedimentos especiais realizados no paciente durante a internação."(NR)

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

ARTHUR CHIORO

PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011

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

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art.87 da Constituição, e Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências;

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

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

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

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

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

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

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

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

Considerando Portaria nº 2.143/GM/MS, de 9 de outubro de 2008 - Cria o incentivo financeiro referente à inclusão do microscopista na atenção básica para realizar, prioritariamente, ações de controle da malária junto às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde - EACS e/ou às Equipes de Saúde da Família (ESF);

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

II - 10.301.1214.8577 - Piso de Atenção Básica Fixo;

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

IV- 10.301.1214.8730.0001 - Atenção à Saúde Bucal; e

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

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

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

Art. 5º Fica revogada as Portarias nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União nº 61, de 29 de março de 2006, Seção 1, pg. 71, nº 154/GM/MS, de 24 de janeiro de 2008, publicada no Diário Oficial da União nº 18, de 25 de janeiro de 2008, Seção 1, pg. 47/49, nº 2.281/GM/MS, de 1º de outubro de 2009, publicada no Diário Oficial da União nº 189, de 2 de outubro de 2009, Seção 1, pg. 34, nº 2.843/GM/MS, de 20 de setembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 181, de 21 de setembro de 2010, Seção 1, pg. 44, nº 3.839/GM/MS, de 7 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 237, de 8 de dezembro de 2010, Seção 1, pg. 44/45, nº 4.299/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 251, 31 de dezembro de 2010, Seção 1, pg. 97, nº 2.191/GM/MS, de 3 de agosto de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 148, de 4 de agosto de 2010, Seção 1, pg. 51, nº 302/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2009, publicada no Diário Oficial da União nº 28, de 10 de fevereiro de 2009, Seção 1, pg. 36, nº 2.027/GM/MS, de 25 de agosto de 2011, publicada no Diário Oficial da União nº 164, Seção 1, pg.90.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

PORTARIA Nº 963, DE 27 DE MAIO DE 2013

Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o disposto no art. 198 da Constituição Federal, que estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem o Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando o art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece os princípios e diretrizes do SUS, de universalidade do acesso, integralidade da atenção e descentralização político- administrativa com direção única em cada esfera de governo;

Considerando o art. 15, inciso IV, da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que institui o Estatuto do Idoso;

Considerando a Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no SUS;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 29 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990;

Considerando a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto;

Considerando a Portaria nº 699/GM/MS, de 30 de março de 2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão;

Considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;

Considerando a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) nº 11, de 26 de janeiro de 2006, que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar;

Considerando a Portaria nº 672/SAS/MS, de 18 de outubro de 2011;

Considerando a Humanização como Política transversal na Rede de Atenção à Saúde do SUS, expressa no documento: "HumanizaSUS:

Documento base para gestores e trabalhadores do SUS", de 2008;

Considerando a atenção domiciliar como incorporação tecnológica de caráter substitutivo ou complementar à intervenção hospitalar de baixa e média complexidade, aos cuidados iniciados nos Serviços de Atenção à Urgência e Emergência, e complementar à Atenção Básica; e

Considerando a necessidade de reformulação da Portaria nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011, resolve:

CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Fica redefinida a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º Para efeitos desta Portaria, considera-se:

I - Atenção Domiciliar: nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde;

II - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP); e

III - Cuidador: pessoa com ou sem vínculo familiar com o usuário, capacitada para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.

Art. 3º A Atenção Domiciliar tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.

.....

.....

COMISSÃO DE DESENVOLVIMENTO URBANO

I – RELATÓRIO

O projeto de lei em questão prevê a instituição do Estatuto das Pessoas com Obesidade, visando a garantia de direitos às pessoas acometidas pelo acúmulo excessivo de gordura corporal e ganho de peso, associados a problemas de saúde. O intuito da proposição é assegurar a essas pessoas condições para a manter a saúde física e mental com liberdade e dignidade.

Por se tratar de questão que envolve diversas temáticas, o texto apresenta vários capítulos, cada qual abordando uma área específica, como direito à liberdade, ao respeito e à dignidade, saúde, alimentação, educação, cultura, esporte e lazer, profissionalização e trabalho, habitação e transporte.

No âmbito desta Comissão, cabe apreciar o Capítulo VIII – Habitação (art. 18) e o Capítulo IX – Do Transporte (art. 19). O art. 18 prevê a reserva de três por cento das unidades situadas no térreo para atender a obesos, a implantação de equipamentos urbanos comunitários específicos para pessoas com obesidade e a eliminação de barreiras arquitetônicas e urbanísticas de modo a permitir a acessibilidade. O art. 19 estabelece o acesso exclusivo pela porta oposta em relação à roleta ou catraca de pagamento; a vedação da cobrança de valor superior a uma passagem por passageiro; e a reserva de dez por cento de assentos a obesos, desprovidos de braços e devidamente identificados por placas.

Segundo a autora, a obesidade é um grave problema de saúde pública, que afeta a qualidade de vida dos obesos e familiares, ocasionando altos custos a essas famílias e ao Estado. A nobre Deputada também ressalta o aspecto social relacionado à doença e salienta a necessidade de que a questão seja tratada por todas as esferas e pastas do Governo. Finalmente, a autora frisa a importância de subsídios jurídicos para a proteção da pessoa obesa, a fim de que sejam asseguradas as políticas públicas para a redução dos riscos da doença e o acesso universal e igualitário a outros serviços públicos.

Findo o prazo regimental, nesta Comissão não foram apresentadas emendas ao projeto.

É o nosso relatório.

II - VOTO DO RELATOR

A proposição em apreço, de autoria da nobre Deputada Laura Carneiro, visa instituir o Estatuto das Pessoas com Obesidade, instrumento de regulação e garantia dos direitos a pessoas vitimadas pelo acúmulo de gordura corporal e ganho de peso, associados a problemas de saúde. O texto prevê vários dispositivos, abordando diversas áreas temáticas, entre as quais habitação e transporte, campos temáticos desta Comissão.

A matéria é de extrema importância para os obesos e propõe medidas que asseguram a essas pessoas acesso universal e igualitário a unidades habitacionais e ao sistema de transporte público. Apesar de algumas dessas medidas já estarem contempladas em outras leis – Lei nº 10.048, de 2000, que trata da prioridade de atendimento, a Lei nº 10.098, de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade, e a Lei nº 13.146, de 2015, que Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI) – o Estatuto ora proposto consolida esses dispositivos em lei específica para as pessoas com obesidade.

Nota-se a louvável proposta da autora ao considerarmos que, apesar de todos os sujeitos tratados nas leis descritas acima enfrentarem dificuldades de locomoção e de acesso às edificações e aos meios de transporte público, as particularidades vivenciadas pelo obeso são diferentes daquelas experimentadas por pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida. Por exemplo, é o caso da cobrança de duas passagens para a pessoa obesa que precisa ocupar dois assentos nos ônibus, trens e metrôs, em razão da sua dimensão corporal. Além do desagradável constrangimento por que passa diariamente e do problema de saúde que lhe acomete, o obeso ainda tem que pagar mais caro pelo serviço.

Ante o exposto, somos pela **APROVAÇÃO** do Projeto de Lei de nº 4.328, de 2016, por entendermos que os obesos carecem de uma lei especialmente voltada para sua realidade e as propostas ora apresentadas certamente trarão mais dignidade e inclusão às pessoas obesas.

Sala da Comissão, em 30 de janeiro de 2017.

Deputado TENENTE LÚCIO
Relator

III - PARECER DA COMISSÃO

A Comissão de Desenvolvimento Urbano, em reunião ordinária realizada hoje, aprovou o Projeto de Lei nº 4.328/2016, nos termos do Parecer do Relator, Deputado Tenente Lúcio.

Estiveram presentes os Senhores Deputados:

Caetano - Vice-Presidente, Alex Manente, Dejorge Patrício, Flaviano Melo, João Paulo Papa, Leopoldo Meyer, Miguel Haddad, Tenente Lúcio, Toninho Wandscheer, Angelim, Hildo Rocha, Izaque Silva, Mauro Mariani e Rôney Nemer.

Sala da Comissão, em 26 de abril de 2017.

Deputado CAETANO
Presidente em exercício

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

I - RELATÓRIO

O Projeto de Lei (PL) nº 4.328, de 2016, da Deputada Laura Carneiro, institui o Estatuto das Pessoas com Obesidade, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas vitimadas pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, associado a problemas de saúde.

A Proposição conta com trinta artigos, divididos em três títulos. O primeiro trata dos direitos das pessoas com obesidade. O segundo aborda as medidas protetivas a esse grupo populacional. Já o terceiro versa sobre a política de atendimento desses sujeitos.

Na justificação, a Autora esclarece que a obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo excesso de gordura corporal. Acrescenta que essa enfermidade resulta da combinação de diversas causas e, por isso, é um grave problema de saúde pública, de difícil enfrentamento. Ressalta que, embora o tema já seja tratado em diversas normas, é preciso que se aprove um Estatuto especialmente voltado à proteção das pessoas com obesidade, para fornecer-lhes subsídios jurídicos para proteção.

O PL em análise, que tramita em regime ordinário, foi distribuído à apreciação conclusiva das Comissões de Desenvolvimento Urbano (CDU) e de

Seguridade Social e Família (CSSF), para exame do mérito, e de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC), para os fins do art. 54 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados. Na CDU, recebeu Parecer pela aprovação. Na CSSF, após aberto o prazo regimental, em maio de 2017, não recebeu emendas.

É o Relatório.

II - VOTO DA RELATORA

Cabe a esta Comissão de Seguridade Social e Família a apreciação dos dispositivos do PL nº 4.328, de 2016, relativos à saúde, à assistência e à previdência, nos termos do art. 32, XVII, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados.

Segundo os resultados da pesquisa Vigitel 2017 (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico)[1], no conjunto das capitais brasileiras e do Distrito Federal, a frequência de adultos obesos é de 18,9%. Praticamente uma em cada cinco pessoas tem Índice de Massa Corporal igual ou superior a 30 kg/m^2.

A obesidade é, simultaneamente, uma doença e um fator de risco para diversas outras enfermidades, como a hipertensão e o diabetes[2]. Apresenta, ainda, implicações diretas na aceitação social dos indivíduos.

As pessoas com obesidade merecem especial atenção do Estado. Devem, assim, ser priorizadas na oferta de serviços de saúde, educação, cultura e moradia. Também fazem jus a tratamento adequado e condigno no ambiente de trabalho e nos meios de transporte.

O PL em exame tem dispositivos inovadores, mas também apresenta diversos artigos que reafirmam direitos já existentes no ordenamento jurídico. Acreditamos que a aprovação de um estatuto específico concernente à obesidade pode trazer mais garantia e segurança às pessoas que enfrentam essa condição, por sistematizar em um só diploma legislativo assuntos que são tratados, de forma fragmentada, em normas isoladas.

O Capítulo IV do Título I e o Capítulo II do Título III tratam do direito à saúde das pessoas com obesidade. O primeiro reitera a integralidade do atendimento no Sistema Único de Saúde, a necessidade de atenção especializada, a prerrogativa

[1] http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_riscos.pdf
[2] http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_38.pdf

do atendimento domiciliar àqueles que tenham dificuldade de locomoção e o acesso a exames complementares e medicamentos. O segundo aborda a necessidade de oferecimento de instalações físicas adequadas e equipamentos adaptados para o atendimento à pessoa com obesidade. Também versa sobre os princípios e obrigações de atendimento a esses sujeitos. Por fim, o Capítulo VII do Título I consolida direitos relacionados à assistência social para esse grupo populacional.

Sob o ponto de vista da Seguridade Social, os artigos constantes desses capítulos são meritórios, pois beneficiam um grande grupo de brasileiros que sofrem de excesso de gordura corporal.

No entanto, por sugestão da Assessoria Técnica do Ministério da Saúde, proporemos emenda, ao final deste Parecer, para adequar o texto do art. 11 do PL ao disposto no Capítulo II do Anexo IV da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017[3], que incorporou, sem modificação do seu alcance nem interrupção da sua força normativa, o constante da Portaria nº 424, de 19 de março de 2013, que dispunha sobre as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade.

Com a aprovação deste Estatuto, as pessoas com obesidade disporão de uma norma que servirá de fundamento para os seus pleitos. Por isso, não temos dúvida em afirmar que o Projeto é meritório, pertinente e oportuno. Manifestamos, assim, voto pela aprovação do PL nº 4.238, de 2016, da Deputada Laura Carneiro, com a Emenda anexa.

Sala da Comissão, em 14 de novembro de 2018.

Deputada CONCEIÇÃO SAMPAIO
Relatora

EMENDA Nº

Dê-se ao art. 11 do Projeto a seguinte redação:

> "Art. 11. A organização das ações e serviços de prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade no Sistema Único de Saúde observará as seguintes diretrizes:
>
> I – diagnóstico da população assistida no SUS, de modo a identificar os indivíduos com sobrepeso e obesidade a partir da classificação de

[3] http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017_comp.html

seu estado nutricional, de acordo com a fase do curso da vida, ou seja, enquanto crianças, adolescentes, adultos, gestantes e idosos;

II – estratificação de risco da população de acordo com a classificação do seu estudo nutricional e a presença de outros fatores de risco e comorbidades;

III – organização da oferta integral de cuidados na Rede de Atenção à Saúde (RAS) por meio da definição de competências de cada ponto de atenção, do estabelecimento de mecanismos de comunicação entre eles, bem como da garantia dos recursos necessários ao seu funcionamento, segundo o planejamento de cada ente federativo e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde;

IV – abordagem multiprofissional nas ações de prevenção da obesidade, promoção da saúde e tratamento, nos diferentes pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde;

V – utilização de sistemas de informação que permitam o acompanhamento do cuidado, gestão de casos e regulação do acesso aos serviços de atenção especializada, assim como o monitoramento e a avaliação das ações e serviços;

VI – investigação e monitoramento dos principais determinantes do sobrepeso e obesidade;

VII – articulação de ações intersetoriais para promoção da saúde, de forma a apoiar os indivíduos, famílias e comunidades na adoção de modos de vida saudáveis que permitam a manutenção ou recuperação do peso saudável;

VIII – garantia de financiamento adequado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas;

IX – formação de profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento de sobrepeso e obesidade, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;

X – garantia da oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para tratamento do sobrepeso e da obesidade, com efetivação de um modelo centrado no usuário, baseado nas suas necessidades de saúde, respeitando as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas;

XI – garantia da oferta de práticas integrativas e complementares para promoção de saúde, prevenção de agravos e tratamento das pessoas com sobrepeso e obesidade."

Sala da Comissão, em 14 de novembro de 2018.

Deputada CONCEIÇÃO SAMPAIO
Relatora

III - PARECER DA COMISSÃO

A Comissão de Seguridade Social e Família, em reunião ordinária realizada hoje, aprovou unanimemente, com emenda, o Projeto de Lei nº 4.328/2016, nos termos do Parecer da Relatora, Deputada Conceição Sampaio.

Estiveram presentes os Senhores Deputados:

Juscelino Filho - Presidente, Odorico Monteiro, Ságuas Moraes e Miguel Lombardi - Vice-Presidentes, Adelson Barreto, Alan Rick, Alexandre Serfiotis, Antonio Brito, Benedita da Silva, Carmen Zanotto, Célio Silveira, Conceição Sampaio, Darcísio Perondi, Eduardo Barbosa, Flavinho, Geovania de Sá, Geraldo Resende, Hiran Gonçalves, Jandira Feghali, Jean Wyllys, João Marcelo Souza, Luciano Ducci, Norma Ayub, Padre João, Pepe Vargas, Ricardo Barros, Rosangela Gomes, Sérgio Reis, Sergio Vidigal, Toninho Pinheiro, Zenaide Maia, Adelmo Carneiro Leão, Afonso Hamm, Christiane de Souza Yared, Diego Garcia, Erika Kokay, Fabio Reis, Flávia Morais, Heitor Schuch, Jorge Tadeu Mudalen, Marcus Pestana, Raimundo Gomes de Matos, Renato Andrade, Roberto Britto, Rôney Nemer e Veneziano Vital do Rêgo.

Sala da Comissão, em 21 de novembro de 2018.

Deputado JUSCELINO FILHO
Presidente

EMENDA ADOTADA

Dê-se ao art. 11 do Projeto a seguinte redação:

"Art. 11. A organização das ações e serviços de prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade no Sistema Único de Saúde observará as seguintes diretrizes:

I – diagnóstico da população assistida no SUS, de modo a identificar os indivíduos com sobrepeso e obesidade a partir da classificação de seu estado nutricional, de acordo com a fase do curso da vida, ou seja, enquanto crianças, adolescentes, adultos, gestantes e idosos;

II – estratificação de risco da população de acordo com a classificação do seu estudo nutricional e a presença de outros fatores de risco e comorbidades;

III – organização da oferta integral de cuidados na Rede de Atenção à Saúde (RAS) por meio da definição de competências de cada ponto de atenção, do estabelecimento de mecanismos de comunicação entre eles, bem como da garantia dos recursos necessários ao seu funcionamento, segundo o planejamento de cada ente federativo e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde;

IV – abordagem multiprofissional nas ações de prevenção da obesidade, promoção da saúde e tratamento, nos diferentes pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde;

V – utilização de sistemas de informação que permitam o acompanhamento do cuidado, gestão de casos e regulação do acesso aos serviços de atenção especializada, assim como o monitoramento e a avaliação das ações e serviços;

VI – investigação e monitoramento dos principais determinantes do sobrepeso e obesidade;

VII – articulação de ações intersetoriais para promoção da saúde, de forma a apoiar os indivíduos, famílias e comunidades na adoção de modos de vida saudáveis que permitam a manutenção ou recuperação do peso saudável;

VIII – garantia de financiamento adequado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas;

IX – formação de profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento de sobrepeso e obesidade, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;

X – garantia da oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para tratamento do sobrepeso e da obesidade, com efetivação de um modelo centrado no usuário, baseado nas suas necessidades de saúde, respeitando as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas;

XI – garantia da oferta de práticas integrativas e complementares para promoção de saúde, prevenção de agravos e tratamento das pessoas com sobrepeso e obesidade."

Sala da Comissão, em 21 de novembro de 2018.

Deputado JUSCELINO FILHO
Presidente

FIM DO DOCUMENTO