

AULA BÔNUS**Tema: Legislação da Saúde.****Assuntos Abordados: Evolução das Políticas de Saúde no Brasil. Saúde na Constituição Federal (Art. 196 ao Art. 200). Lei n.º 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde. Lei n.º 8.142/1990 (Participação da Comunidade na Gestão do SUS). Decreto n.º 7.508/2011 (Regulamenta a Lei n.º 8.080/1990). Lei Complementar n.º 141/2012 (Percentual Mínimo de Recursos dos Entes Federativos Aplicados em Ações e em Serviços Públicos de Saúde). Determinantes Sociais da Saúde. Participação Popular e Controle Social. Sistema de Informação em Saúde.****Sumário.**

Sumário.	1
Saudações Iniciais.	2
01. Evolução das Políticas de Saúde no Brasil.	2
02. Organização e Funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS).	16
03. A Saúde na Constituição Federal (Art. 196 ao Art. 200).	17
04. Lei n.º 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde).	22
05. Lei n.º 8.142/1990 (Participação da Comunidade na Gestão do SUS).	54
06. Decreto n.º 7.508/2011 (Regulamente a Lei n.º 8.080/1990).	58
07. Lei Complementar n.º 141/2012 (Percentual Mínimo de Recursos dos Entes Federativos Aplicados em Ações e em Serviços Públicos de Saúde).	68
08. Determinantes Sociais da Saúde.	80
09. Principais Doenças que afetam a População Brasileira: Caracterização, Prevenção e Profilaxia.	81
10. Participação Popular e Controle Social.	108
11. Sistema de Informação em Saúde.	110
12. Resumex da Aula.	112
13. Questões Comentadas.	117
14. Questões Sem Comentários.	187
15. Gabarito das Questões.	205

Saudações Iniciais.

Olá Concurseiro! Tudo bem?

Vamos iniciar a nossa **aula bônus de Legislação da Saúde?**

Não vamos perder tempo! Bons estudos! =)

01. Evolução das Políticas de Saúde no Brasil.

A literatura da Saúde afirma que no Brasil, bem como em todo o mundo, as origens do setor da saúde sempre tiveram relação intensa com a religião. As primeiras instituições hospitalares no Brasil foram as **Santas Casas**. Cronologicamente a evolução do setor de saúde foi a seguinte:

- ✓ 1514 - Regimento de capelas e hospitais de D. Manuel o Venturoso;
- ✓ 1532 - Fundação da Santa Casa de São Vicente (São Paulo);
- ✓ 1549 - Fundação da segunda Santa Casa, em Salvador;
- ✓ 1565 - Fundação da terceira Santa Casa, no Rio de Janeiro;
- ✓ 1753 - Aparecimento dos primeiros hospitais militares.

Na realidade, até o século XIX (entre 1.800 e 1.900), os hospitais podiam ser encarados como instituições de espera da morte e de segregação. Só a partir do século XIX com a descoberta da assepsia e da anestesia, os hospitais passaram a ser encarados como locais destinados à reabilitação de doentes.

As políticas de saúde no Brasil praticamente iniciaram-se com a estruturação dos serviços de saúde em **1923**. Foi nesse ano que o direito à saúde passou a ser relevante para as políticas sociais, desenvolvidas numa sociedade extremamente liberal, de âmbito rural e natureza excludente. Havia nesta época uma industrialização incipiente (iniciante) e em termos de serviços, prevalecia a assistência prestada pelas Santas Casas de Misericórdia, ligadas à Igreja.

O processo supracitado de modificação da situação teve a sua origem principalmente na greve operária de 1917, conhecida como Greve Geral, na qual operários anarquistas reivindicavam benefícios tais como: Aposentadoria, Férias, Jornada laboral de 8 horas, Afastamento por

Invalidez, Pensões, aumento de salários, dentre outras reivindicações. Tais reclamações foram precursoras das chamadas caixas de assistência.

Em 1923, no governo de Artur Bernardes, por meio da Lei Eloy Chaves, iniciou o que a literatura chama de **Fase Pródiga** da estruturação do setor da saúde no Brasil. Foi essa a Lei que criou os Fundos de Aposentadorias e Pensões aos Ferroviários (Caixa de Assistência), e previa entre outros benefícios a Assistência Médica e a Compra de Medicamentos.

A partir de 1930 com o fim da política “Café com Leite”¹, no governo de Washington Luís, houve ampliação da Fase Pródiga com o aparecimento de outras Caixas de Assistência destinados aos empregados de outros ramos operários. Durante a década de 30 foi criado seis institutos de previdência, estendendo os benefícios a trabalhadores do setor público e privado. A Fase Pródiga era caracterizada pela ampliação de benefícios das Caixas de Assistência, incluindo nesses a Assistência Médica. Era, como já citado, um sistema de atendimento particularista e excludente.

O modelo pródigo não seguia a estrutura dos seguros que utilizavam o cálculo atuarial para a concessão de benefícios. Esses, de um modo geral, eram concedidos tendo como base aspectos políticos. A fase pródiga se estendeu aproximadamente até 1935 (Governo Getúlio Vargas), quando se verificou que os gastos com benefícios tinham atingido cerca de 65% da receita total para pagamento dos mesmos.

Nessa época a Assistência Médica chegou a utilizar em média cerca de 15% dos recursos das Caixas de Assistência, dispendendo no final do período, 30% do total disponível. Entre 1937 e 1945 (Estado Novo, Ditadura de Vargas), iniciou-se um novo modelo assistencial denominado de **Contencionista**, para fazer face às despesas crescentes originadas pelos gastos com benefícios.

Neste período Contencionista o estado imprimiu ações com o objetivo de eliminar os déficits existentes, que obedeceram as seguintes lógicas:

- ✓ Aumento da intervenção do Estado.
- ✓ Diminuição de benefícios.
- ✓ Aumento de arrecadação.

¹ Alternância política ocorrida durante a República Velha (1889 e 1930), de presidentes do setor agrário, especificamente do setor cafeeiro do Estado de São Paulo, e do setor leiteiro, do Estado de Minas Gerais, maior produtor de leite da época no País. Essa alternância só veio a ser quebrada no governo de Washington Luiz, quando esse apoiou como sucessor outro candidato paulista, Júlio Prestes.

Havia neste período uma dúvida: a Previdência deveria se comportar como um seguro ou como uma instituição de assistência? Para organizar as Caixas de Assistência o governo Vargas estimulou ao longo dos anos a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), como é possível verificar abaixo:

- ✓ 1933 - **IAPM** - Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos;
- ✓ 1934 - **IAPC** - Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes;
- ✓ 1934 - **IAPB** - Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários;
- ✓ 1936 - **IAPI** - Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários;
- ✓ 1938 - **IPASE** - Instituto de Pensões e Assistência dos Servidores do Estado;
- ✓ 1938 - **IAPETEC** - Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas;
- ✓ 1939 - Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Operários Estivadores;
- ✓ 1945 - **ISS** - O Decreto n.º 7.526 dispôs sobre a criação do Instituto de Serviços Sociais do Brasil;
- ✓ 1945 - **IAPTEC** - O Decreto-Lei n.º 7.720 incorporou ao Instituto dos Empregados em Transportes e Cargas o da Estiva e passou a se chamar Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Estivadores e Transportes de Cargas;
- ✓ 1953 - **CAPFESP** - Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e de Empresa do Serviço Público;
- ✓ 1960 - **IAPFESP** - Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos.

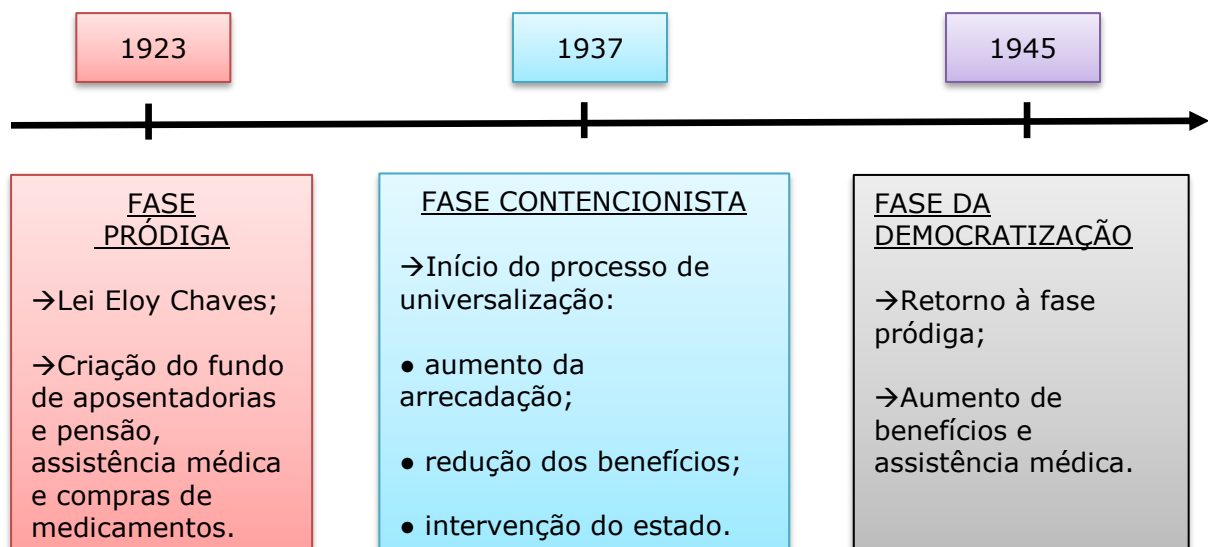
Iniciou-se com Era Vargas um **processo de universalização** que gerou um clima de satisfação social, apesar das limitações impostas nos

gastos com Assistência Médica, que não deveriam ultrapassar 8% da arrecadação.

Neste processo de universalização, patrões, empregados e Estado contribuiriam com 33,33% cada para a manutenção do Sistema Previdenciário e de Assistência Médica, culminando no aumento da arrecadação. Esse aumento financiou a industrialização, os planos habitacionais, as anistias fiscais e outros projetos governamentais.

Com a criação dos citados Institutos houve também uma modificação na estrutura administrativa e no processo de gestão. As Caixas de Assistência eram geridas por Conselhos de Empregados diretamente eleitos. No caso dos IAPs, como o governo participava com “capital”, este também passou a ser gestor do sistema.

Os presidentes dos IAPs eram nomeados pelo governo que também era o responsável pela nomeação do Conselho de Empregados e Empregadores, indicados pelos presidentes dos órgãos. Nessa época, existiam corporações fortes representadas pelos Institutos de Assistência e Pensões dos Bancários, Marítimos, Servidores Públicos Federais, Comerciais e Industriários.



No período Contencionista a Assistência Médica foi encolhida em detrimento a outros benefícios. Foi somente entre os anos de 1945 e 1960, período conhecido como fase de **Democratização**, que o modelo Contencionista passou a sofrer significativas alterações. O sistema previdenciário retornou ao que chamamos de Fase Pródiga, com aumento substancial de benefícios e conseqüentemente de assistência médica.

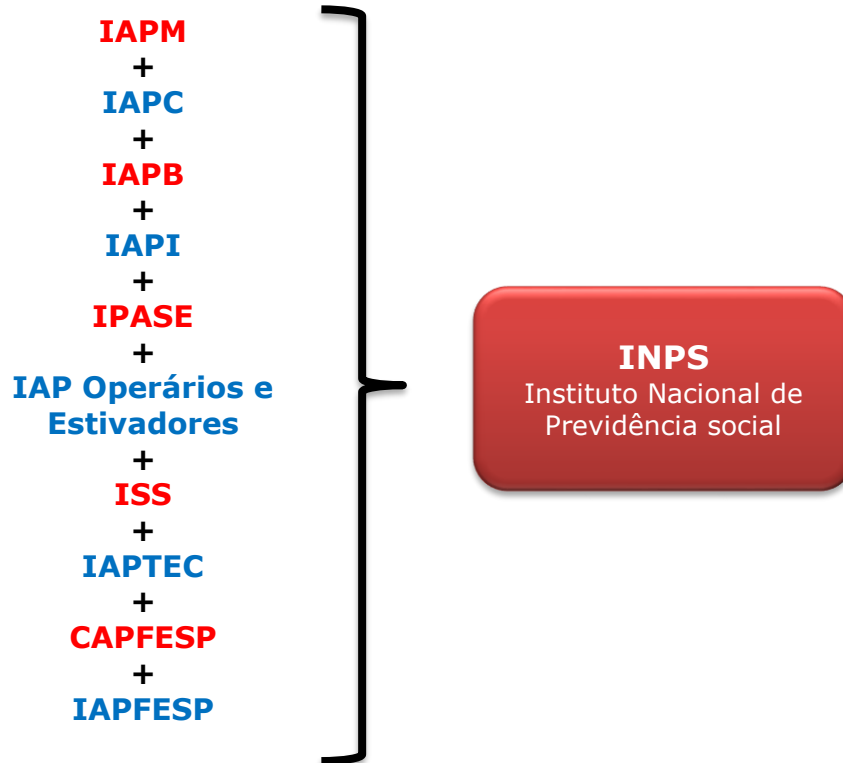
Nesse período os Estados Unidos da América passaram a ter hegemonia mundial, tanto militar como econômica. Paralelamente houve a incorporação da ideia do **Estado do Bem estar Social** (“Welfare State”), de inspiração Keynesiana e da Social Democracia, principalmente pelos Países da Europa Ocidental. No Brasil citamos como evento marcante a Constituição Federal de 1946, que incorporou a Assistência Sanitária como um dever da Previdência Social.

Na fase Contencionista o percentual mais baixo dos gastos com saúde em relação à arrecadação da previdência ocorreu no governo de Getúlio Vargas e atingiu a 2,3% da receita. Em contraposto, em 1960 esse percentual chegou a atingir cerca de 15% da receita, ano em que também foi criada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) com o objetivo de diminuir os déficits previdenciários por meio de um aumento de contribuições, estabelecendo a alíquota de 8% tanto para empregados como para empregadores.

Além de estabelecer tetos de contribuição, a Lei em questão uniformizou os benefícios dos Institutos de Previdência que eram de característica eminentemente urbana, e representativa de corporações. Com a LOPS/1960 iniciou-se uma padronização de ações dos Institutos e a regulação de benefícios mínimos a serem concedidos, tais como:

- ✓ Auxílio Natalidade;
- ✓ Auxílio Doença;
- ✓ Assistência Hospitalar;
- ✓ Aposentadoria, e;
- ✓ Pensões.

Em 1963, surgiu o Estatuto da Terra e com ele a extensão dos benefícios previdenciários aos trabalhadores rurais, caracterizando uma segunda tentativa do processo de universalização. Em 1964, cerca de 22% da população Brasileira possuía benefícios em função do sistema de previdência social vigente, ano esse em que foi criada uma comissão para reformular o sistema previdenciário, que culminou com a fusão de todos os IAPs no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), em 1966.



Seu objetivo era reduzir o controle dos sindicatos sobre a previdência, aumentar a arrecadação do sistema, dinamizar projetos governamentais e diminuir as despesas do Estado com o sistema, pois até então os serviços de saúde eram em sua maioria executados por unidades próprias dos Institutos de Assistência e Pensões. Não bastando, a criação do INPS trouxe significativa modificação no processo de gestão que deixou de ser tripartite (trabalhadores, empregadores e governo) para ser gerido exclusivamente pelo governo.

O modelo pródigo até então em vigor, fez com que em 1966 as despesas com assistência médica atingissem cerca de 20% das despesas totais da previdência. Os gastos com assistência médica possuíam uma tendência crescente desde 1959, fato que levou o governo a repensar o sistema previdenciário desembocando na criação do então Instituto.

Entre 1967 e 1970, as despesas com assistência médica duplicaram, chegando em 1976 a 30% das despesas totais da previdência social. Um dos responsáveis pela elevação desse índice foi a incorporação, em 1967, dos Acidentes de Trabalho como benefícios previdenciários. Comparando os dados em questão com os indicadores de gastos no início do processo no governo Vargas, podemos verificar que houve um crescimento significativo das despesas com Saúde.

Em 1967 era possível verificar que dos 2.800 hospitais existentes no País, 2.300 (82%) eram contratados pelo Sistema Previdenciário. Houve um aumento visível da cobertura pela privatização do setor.

Enquanto cresciam substancialmente os gastos com assistência médica de base eminentemente individual na Previdência, diminuía as verbas destinadas ao Ministério da Saúde que atendia as expectativas da saúde coletiva.

Em 1971 com a criação do Fundo de Amparo ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) e também da Central de Medicamentos (CEME), houve nova tentativa de aumentar o processo de universalização do direito à saúde.

A cobertura de benefícios que somente atingia cerca de 22% da população cresceu substancialmente atingindo um bloco de cerca de 50%, tendo novamente como consequência um aumento expressivo de despesa com o setor de saúde.

O FUNRURAL regulamentou os benefícios dos trabalhadores rurais e incorporou efetivamente a massa de trabalhadores dessa categoria na previdência social. Entretanto, a lógica do benefício não obedecia aos mesmos padrões estabelecidos para os trabalhadores urbanos, prevalecendo o padrão de subsídios fixos.

Em 1972 houve a incorporação dos trabalhadores domésticos no sistema previdenciário, e em 1973 foi a vez dos trabalhadores autônomos, mantendo excluídos apenas os trabalhadores dos setores informais da economia. O período em questão foi caracterizado pela urbanização dos municípios de um modo geral e pela “universalização” do sistema previdenciário, que passou a cobrir cerca de 70% da população.

Apesar do aumento da cobertura e do crescimento universalizado do atendimento é importante destacar que entre 1964 e 1967 houve uma tendência radical por parte do governo vigente de privatizar o setor da saúde.

O processo de privatização desenvolvido neste período foi reforçado pelo Decreto-Lei n.º 2.300/1968, que claramente dirigia a maioria das ações executadas pelo setor público para a área privada, restringindo a ação do setor público à normatização.

A crise financeira da previdência social decorrente de um período caracterizado pela recessão, desemprego e conseqüente diminuição da

arrecadação contribuiu para que o governo militar novamente repensasse a Previdência Social criando, em 1974 o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), autarquia desmembrada do INPS. O Instituto tinha a finalidade de prestar atendimento médico aos que contribuía com a previdência social, ou seja, aos empregados de carteira assinada.

Sua rede hospitalar possuía hospitais públicos, mas a maioria dos atendimentos eram realizados pela iniciativa privada, remunerada por meio de convênios. Àqueles que não contribuía, restava o atendimento nas Santas Casas de Misericórdia ou outras instituições filantrópico-religiosas que acolhiam os enfermos.

O processo de privatização do setor da saúde chegou a tal ponto que em 1977, 90% dos recursos do INAMPS eram gastos com pagamento de leitos contratados, cabendo cerca de 7% dos recursos ao pagamento de convênios e somente 3% dos recursos eram destinados às Unidades Próprias.

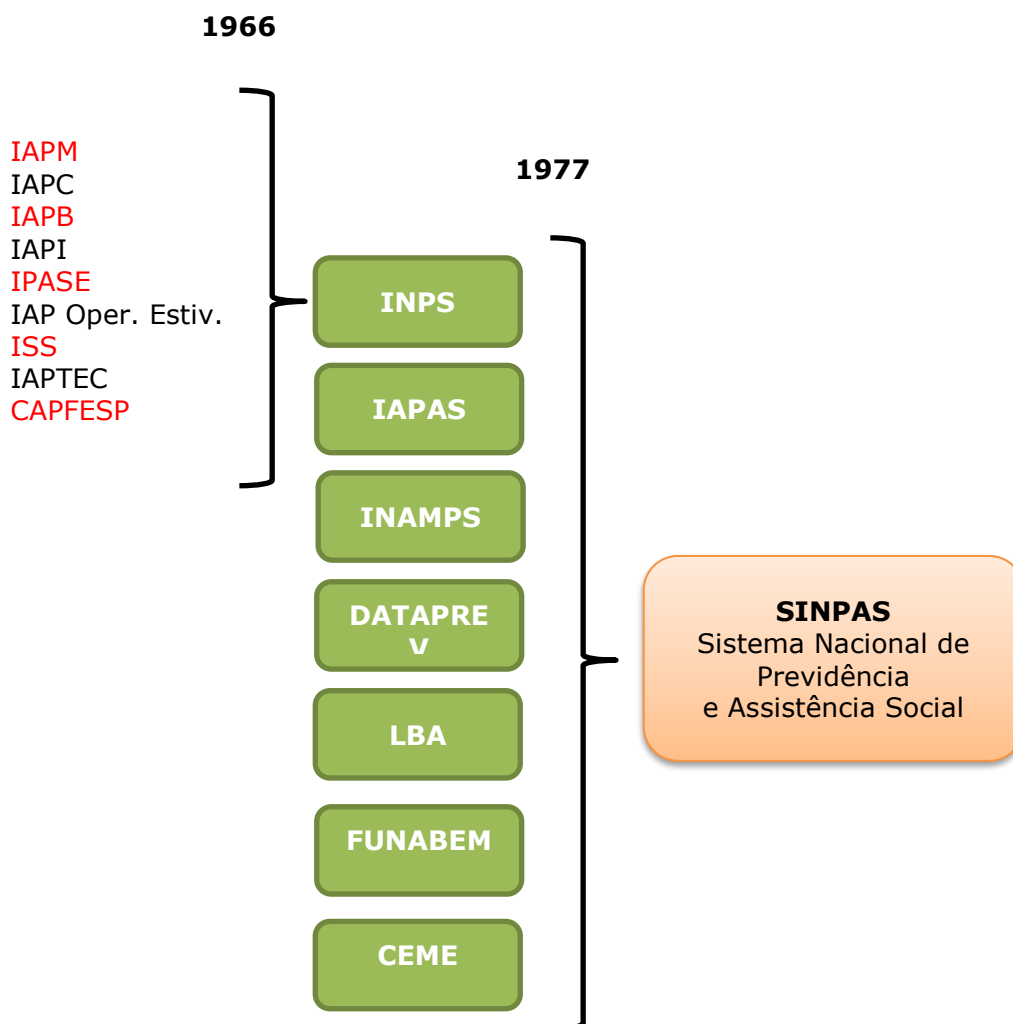
Ainda em 1974, foi criado por meio da Lei n.º 6.036, o Ministério da Previdência e da Assistência Social (MPAS), desmembrado do Ministério do Trabalho e Previdência social, e em 1977, o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (**SINPAS**), constituído pelos seguintes órgãos:

- ✓ Instituto Nacional de Previdência Social (INPS);
- ✓ Instituto de Arrecadação da Previdência e Assistência Social (IAPAS);
- ✓ Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS);
- ✓ Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV);
- ✓ Legião Brasileira de Assistência (LBA);
- ✓ Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (FUNABEM), e;
- ✓ Central de Medicamentos (CEME).

Evidentemente, com o crescimento da cobertura houve necessidade de mais receita, o que culminou no aparecimento em 1976 do Fundo de Apoio a Ação Social (FAS), que tinha como objetivo estimular o

desenvolvimento local através de financiamento de equipamentos, construções e etc.

Este Fundo tinha a sua receita oriunda da Loteria Esportiva da própria União e do lucro operacional da Caixa Econômica Federal. Foi por meio desse fundo que foram construídos cerca de 1.000 hospitais, dobrando a rede de assistência hospitalar privada.



Com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) em 1977, foi definido teto orçamentário para o desenvolvimento da

Assistência Médica por meio do INAMPS. Ficou a cargo do IAPAS a arrecadação, fiscalização e cobrança das contribuições e demais recursos à Previdência e Assistência Social, além da distribuição destes às demais entidades do SINPAS. Em suma, o IAPAS funcionava como uma espécie de caixa do sistema previdenciário.

Em 1981, surgiu o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), ao qual competia o reconhecimento da existência das redes hospitalares Estadual e Municipal que se encontravam completamente sucateadas.

O CONASP passou a reconhecer a importância dos Hospitais Universitários e mudou a forma de pagamento das internações hospitalares para o setor privado. Esse pagamento, até então, tinha como base o atendimento médico realizado em um dado paciente, ou seja, os convênios estabeleciam a remuneração por procedimento, consolidando a lógica de cuidar da doença e não da saúde.

A proposta operacional do CONASP foi parcialmente concretizada no Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), posteriormente denominado de Ações Integradas de Saúde (AIS), executado de forma tripartite pelo MPAS, pelo INAMPS, pelo Ministério da Saúde (MS) e pelas Secretarias Estaduais de Saúde.

As Ações Integradas de Saúde nunca chegaram a ser hegemônicas na gestão. No entanto, podem ser consideradas como um passo importante na consolidação do ideal da reforma sanitária, nascida no início da década de 70 como forma de oposição técnica e política ao regime militar, sendo imediatamente recebido pelos opositores partidários e outros setores descontentes da sociedade.

Ainda que fosse o carro chefe do Plano do CONASP, as dotações orçamentárias das AIS não foram além de 6,5% do orçamento do INAMPS, enquanto os recursos gastos com a rede contratada chegavam a cerca de 59%.

Entretanto, as AIS tiveram o mérito de demarcar o início de um processo de coordenação interinstitucional e de gestão colegiada, por meio da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), envolvendo os Ministérios da Saúde, Previdência, Educação e Trabalho.

A partir de 1985, período conhecido como Nova República, com Waldir Pires no Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e Hésio Cordeiro e José Carvalho de Noronha no Instituto Nacional de Assistência

Médica da Previdência Social (INAMPS), dentre outros colaboradores de igual relevância, as AIS começaram a ganhar expressão nacional.

A universalização do acesso aos serviços de saúde, a integralidade das ações para superar a clássica dicotomia prevenção/cura e a unificação dos serviços através das AIS foram vetores da ação estratégica das mudanças pensadas.

As AIS se transformaram em eixo fundamental de política de saúde na primeira fase do governo de transição democrática, constituindo-se em importante estratégia no processo de descentralização da saúde.

As referidas ações passaram a significar um movimento de reorganização setorial no sentido da Reforma Sanitária. Elas permitiram caminhar gradativamente para a superação da organização sanitária, abandonando o cunho centralizador e desordenado, em direção a novas formas de organização descentralizada, integrada e democratizada.

É importante saber que essa nova forma de organização setorial iniciada em meados dos anos 80, compreendeu uma gestão colegiada que atingiu todas as instituições, direta ou indiretamente relacionadas com o setor público, com todos os seus recursos e com todas as suas atividades, no sentido de dar respostas às necessidades da população.

Em 17 de março de 1986 foi aberta a 8.^a Conferência Nacional de Saúde (CNS) por José Sarney, primeiro presidente civil após o período da ditadura militar. Foi um marco na história do sistema de saúde do país pois foi a primeira CNS a ser aberta à sociedade, não obstante sua importância na propagação do movimento da Reforma Sanitarista.

A 8.^a CNS resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), criado em 1987. Esse sistema foi precursor do atual Sistema Único de Saúde (SUS) e surgiu sob forma de convênio do INAMPS com as Secretarias de Saúde dos Estados. Também assumiram universalização da equidade no acesso aos serviços de saúde, integralidade dos cuidados assistenciais, regionalização e integração dos serviços de saúde, descentralização das ações de saúde, implementação de distritos sanitários, desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e desenvolvimento de uma política de recursos humanos.

Tais diretrizes objetivaram sacramentar conceitos relativos à democratização do acesso aos serviços de saúde, no sentido de reduzi-las a um grupo comum, e a organização da rede sob padrões técnicos apropriados.

Uma proposição central no desenvolvimento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) era a normatização e a regulamentação do relacionamento do setor público com o setor privado. A execução direta de serviços ficaria restrita àqueles de abrangência nacional. Aos estados e municípios competiria à proteção da saúde em âmbito estadual e municipal, respectivamente, das atividades nacionais, destacando o caráter normativo complementar assumido pelo nível estadual e a execução direta de serviços. Tais serviços abrangeriam tanto cuidados individuais quanto coletivos, no âmbito da cidadania e saúde, intervenção pública e demandas sociais.

Verificou-se assim que o SUDS teve como função principal a reformulação do INAMPS que, prescindindo (dispensando) de sua atuação em nível estadual, delegou às Secretarias Estaduais de Saúde grande parte de seu poder decisório.

O SUDS adquiriu ainda materialidade jurídico-formal uniforme por meio do convênio padrão SUDS n.º 01/1988. Ele buscava compatibilizar aspectos legais normatizados pelo Decreto n.º 95.861/1988 (que dispõe sobre o SUDS) com as diretrizes gerais contidas na Exposição de motivos em sua redação original, as quais apontavam para questões de caráter mais amplo do que a formalidade institucional.

Alguns pontos referentes ao SUDS merecem ser destacados:

- ✓ Descentralização;
- ✓ Hierarquização;
- ✓ Sistema de referência e contra referência;
- ✓ Humanização do atendimento;
- ✓ Acompanhamento, controle e avaliação;
- ✓ Relacionamento com os prestadores de serviços assistenciais.

O SUDS não esperou a nova Constituição para traçar as estratégias e táticas de mudança. Pelo contrário. Interveio no processo político, inclusive como determinante sobre que a Constituição tratou em seu texto como “Da Saúde”.

A estratégia do SUDS buscou, dentro de suas limitações institucionais, focalizar a atenção no processo de descentralização e fortalecimento dos

níveis periféricos do sistema, envolvendo num primeiro momento os Estados, mas apontando, em médio prazo, os municípios. A nova Constituição Brasileira incorporou a essência do SUDS no plano político, transformando Estados e Municípios em atores fundamentais para a aprovação do capítulo da seguridade social/saúde, constituindo o marco do direito à saúde no Brasil.

Sob as propostas de mudanças do setor saúde, a Constituição de 1988 introduziu o conceito de Seguridade Social. Assim, a proteção social passou a ser entendida como a lógica da universalização e como um direito de cidadania. Os direitos passaram a integrar um conjunto de ações, segundo o artigo 194 da CF/88:

A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

O direito de acesso à saúde, trazido pelo texto constitucional no âmbito do capítulo da Seguridade Social, foi então estendido ao conjunto de cidadãos independente de contribuição. Assim, encontramos disposto na CF/88, além da Assistência Médica, alguns outros benefícios de forma extensiva e abrangente como por exemplo:

- ✓ Equiparação dos direitos urbanos e rurais;
- ✓ A todos os idosos e deficientes sem meios de manutenção, serão assegurados direito a um salário mínimo, independente de contribuição previdenciária;
- ✓ Programa do seguro desemprego.

A nova Constituição preocupou-se em ratificar as mudanças supra mencionadas na proteção social, trazendo no parágrafo único do artigo 194 os seguintes **Princípios**:

- ✓ Universalização da Cobertura do Atendimento;
- ✓ Uniformidade e Equivalência dos Benefícios e Serviços às Populações Urbanas e Rurais;
- ✓ Seletividade e Distributividade na Prestação dos Benefícios e Serviços;

- ✓ Irredutibilidade no Valor dos Benefícios;
- ✓ Equidade na Forma de Participação e Custeio;
- ✓ Diversidade na Base de Financiamento, e;
- ✓ Caráter Democrático e Descentralização da Gestão Administrativa, com a Participação da Comunidade, em especial Trabalhadores, Empresários.

Entre a homologação da Constituição Brasileira e os dias atuais, avanços e retrocessos se sucederam em relação ao direito à saúde no País, desembocando no modelo que conhecemos atualmente por Sistema Único de Saúde (SUS), inserido ineditamente no novo texto constitucional.

Historicamente, a reforma sanitária representada no início pelas Ações Integradas de Saúde (AIS), evoluiu posteriormente para o SUDS e finalmente para o SUS, consolidando-se na referida Lei Maior. Apesar dos obstáculos, o SUDS sobreviveu até a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (LOS) em 1990.

Inicialmente, o SUS foi gestado na previdência social por um grupo de profissionais de saúde que acreditavam na possibilidade de se conseguir atingir patamares mais próximos da equidade, da universalização e da humanização do atendimento.

Além disso, visavam à possibilidade de hierarquizar as redes de saúde no que se referia ao atendimento da população. Foi através dessas ações que se iniciou um processo mais democrático que tinha como ponto de partida o processo de cidadania.

A fórmula "Saúde - Direito dos Cidadãos, Dever do Estado" elaborada no meio do movimento sanitarista e consagrado como princípio constitucional em 1988, sintetiza a ideia da primeira experiência brasileira de uma política social universalizante. A reforma Sanitária, não obstante seus percalços, configura uma ruptura pioneira no padrão de intervenção estatal no campo social moldado na década de 30.

A instituição de um sistema de saúde de acesso universal e igualitário rompe definitivamente com o modelo corporativista até então delineado, do benefício como privilégio, e, adicionalmente assume a obrigação de quitar parte da dívida social do Estado para com o cidadão.



1932	Criação do Ministério da Educação e Saúde Pública.
1953	Criação do Ministério da Saúde, por meio da Lei n.º 1.920, que desdobrou o então Ministério da Educação e Saúde em dois novos Ministérios: Saúde e Educação e Cultura.
1960	Criação da Lei Orgânica da Previdência e Saúde (LOPS), instituída pela Lei n.º 3.807.
1966	Criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) por meio do Decreto-Lei n.º 72.
1974	Criação do Ministério da Previdência e da Assistência Social (MPAS) por meio da Lei n.º 6.306 em função do desmembramento do Ministério do Trabalho e Previdência Social. Criação, pelo governo militar, do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).
1977	Criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) por meio da Lei n.º 6.439.
1981	Criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP).
1987	Criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) por meio do Decreto n.º 94.657.
1988	Promulgação da Constituição Federal com a inclusão do Sistema Único de Saúde (SUS) no texto da nova Carta Magna.
1990	Incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde por meio do Decreto n.º 99.060. Criação da Lei Orgânica da Saúde (LOS) por meio da Lei n.º 8.080/1990.
1993	Extinção do INAMPS por meio da Lei n.º 8.689.

02. Organização e Funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto da Constituição Federal de 1988, conhecida como Constituição Cidadã devido à grande quantidade de direitos e garantias fundamentais implementadas aos cidadãos, bem como à criação de benesses na área da Seguridade Social.

Essa se divide em Previdência Social, Assistência Social e Saúde. O SUS foi regulamentado no início da década de 90 pela Lei n.º 8.080/1990

(Lei Orgânica da Saúde) e pela Lei n.º 8.142/1990 (Participação da Sociedade na Gestão do SUS), e no início da atual década pelo Decreto n.º 7.508/2011 que veio detalhar o disposto na Lei Orgânica da Saúde.

O SUS, com o seu arcabouço jurídico sólido, busca a igualdade no atendimento à saúde da população em geral, ou seja, garante o atendimento obrigatório a qualquer pessoa, independente de contraprestação pecuniária (em dinheiro) ou qualquer contribuição prévia.

Quanto a sua atuação, ressalto que estão inseridos na macroestrutura do SUS os Hospitais (públicos e complementarmente os particulares), os Centros de Saúde, os Postos de Saúde, os Laboratórios, os Hemocentros, além de alguns consagrados institutos de pesquisa na área da saúde, como é o caso da famosa Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

Por meio dessa macroestrutura integrada em rede, todas as pessoas têm direito à realização de consultas, exames, internações, procedimentos médicos e tratamentos nas unidades do SUS, públicas de qualquer esfera (federal, estadual ou municipal) ou privadas, quando atuarem de forma complementar, a depender do interesse da Administração Pública.

Como meta, o SUS busca se tornar o mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades da saúde da população, ofertando serviços da área da saúde com qualidade a toda população brasileira. A promoção da saúde pelo SUS prioriza as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que todos conheçam os riscos a que estão expostos, bem como realizar a devida prevenção.

A Vigilância Epidemiológica consiste no controle da ocorrência de doenças, seu aumento e sua propagação, sendo que tal controle é de responsabilidade do SUS. Já o controle da qualidade de remédios, de exames, de alimentos e da adequação das instalações utilizadas para o atendimento público é realizado pela Vigilância Sanitária.

03. A Saúde na Constituição Federal (Art. 196 ao Art. 200).

A Saúde, que é uma das três áreas da Seguridade Social, ao lado da Previdência e da Assistência, e é prevista expressamente entre o Art. 196 e o Art. 200 da CF/1988.

Na CF/1988, o Art. 196 traz as linhas gerais sobre a Saúde:

*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.*

Do artigo acima conseguimos vislumbrar que a saúde é um direito de todos, **não se exigindo nenhuma contribuição** por parte da pessoa usuária. Qualquer pessoa, pobre ou rica, nova ou velha, tem direito de ser atendido nos postos públicos de saúde, sem distinção. Podemos perceber claramente isso nas campanhas de vacinação para a população. Nada é cobrado ou previamente exigido daqueles que se dirigem aos postos de vacinação.

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.

A Saúde é de extrema relevância ao Estado, provavelmente seja o setor mais sensível do governo. A regulamentação, fiscalização e controle da Saúde cabem ao Estado. Por sua vez, a **execução** de ações e serviços de saúde cabem tanto ao **Estado** quanto à **Iniciativa Privada** (Pessoas Jurídicas – Hospitais e Pessoas Físicas – Médicos).

O artigo seguinte trata do Sistema Único de Saúde (SUS):

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um Sistema Único (SUS), 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, e;

III - Participação da comunidade.

O artigo 198 informa que a saúde será tratada de forma regionalizada e hierarquizada, constituindo o Sistema Único de Saúde (**SUS**), sendo os incisos I, II e III as diretrizes do SUS.

O SUS será financiado com recursos do **Orçamento da Seguridade Social (OSS)** de cada um dos entes políticos, além de outras fontes. Essas disposições encontram-se no § 1.º do Art. 198 e fazem correlação ao Art.

195 que define que a Seguridade Social será financiada por todos os entes políticos.

Correlação lógica! Se os entes políticos irão financiar a Seguridade Social, também irão automaticamente financiar a Saúde, pois a Saúde é apenas uma área da Seguridade Social, ou seja, a Saúde está inserida dentro da Seguridade Social. Vejamos o dispositivo:

*§ 1.º O Sistema Único de Saúde (SUS) será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do **Orçamento da Seguridade Social (OSS)**, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.*

Existe a obrigação constitucional dos entes políticos aplicarem um valor mínimo de recursos na Saúde. Tal obrigação se encontra no Art. 198, § 2.º:

*§ 2.º 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**:*

*I – No caso da **União**, a Receita Corrente Líquida (RCL) do respectivo exercício financeiro, **não podendo ser inferior a 15% (15% x RCL)**;*

*II – No caso dos **Estados** e do **Distrito Federal**, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o Art. 155 (**ITCMD, ICMS e IPVA**) e dos recursos de que tratam os Arts. 157 (**Repartição das Receitas Tributárias**) e 159, inciso I, alínea "a" (**Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal – FPE**), e inciso II (**10% do IPI aos Estados e Distrito Federal**), deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios, e;*

*III – No caso dos **Municípios** e do **Distrito Federal**, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o Art. 156 (**IPTU, ITBI e ISS**) e dos recursos de que tratam os Arts. 158 (**Repartição das Receitas Tributárias**) e 159, inciso I, alínea "b" (**Fundo de Participação dos Municípios – FPM**) e § 3.º (**25% dos 10% do IPI aos Estados e Distrito Federal**).*

Dando continuidade, conforme as disposições constitucionais seguintes, a lei complementar que regula o tema deve ser reavaliada periodicamente, conforme dispõe a nossa Carta Magna:

§ 3.º *Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada 5 anos, estabelecerá:*

*I – Os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2.º (**recursos mínimos do Estados, do Distrito Federal e dos Municípios**);*

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, e;

III – As normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

Como já citei anteriormente, provavelmente, a Saúde seja o setor mais sensível do Estado. A demanda por agentes comunitários de saúde é tão grande e tão rápida em algumas áreas específicas, que, se o governo fosse seguir os trâmites normais de contratação (Concurso Público), dispenderia muito tempo!

E em se tratando de saúde pública, muitas vezes o tempo é fator decisivo, podendo dessa forma ser poupado por vínculos menos burocráticos. =/

Assim, os agentes comunitários de saúde seguem uma sistemática muito particular, sendo essa elencada na própria CF/1988, a saber:

§ 4.º *Os gestores locais do Sistema Único de Saúde (SUS) 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.*

§ 5.º **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.*

§ 6.º *Além das hipóteses previstas no § 1.º do Art. 41 e no § 4.º 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.*

Podemos extrair que a contratação de agentes comunitários de saúde se dará por meio de processo seletivo, que é um método bem mais célere que o concurso público.

Observamos também que esses funcionários não seguem o Regime Estatutário (Lei n.º 8.112/1990), muito menos o Regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), prevista no antigo Decreto-Lei n.º 5.452/1943. Eles seguem um regime próprio, diferenciado, e instituído por lei federal, no caso, a Lei n.º 11.350/2006.

Por fim, foi criada uma nova possibilidade de perda de cargo, exclusiva aos agentes comunitários de saúde, diferente daquelas previstas na própria CF/1988.

A CF/1988 define que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. Nada mais lógico! Já vimos lá no Art. 197 que a execução de ações e serviços de saúde pode ser realizada pela iniciativa privada (pessoas jurídicas e pessoas físicas). Vamos aos dispositivos constitucionais:

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

*§ 1.º As instituições privadas poderão participar de **forma complementar (não é suplementar!)** do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.*

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

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

*§ 4.º 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**.*

O Art. 199 e seus parágrafos são autoexplicativos e não merecem maiores comentários.

Para encerrar o tópico sobre Saúde, citarei apenas as competências constitucionais dos SUS, presentes no Art. 200. Para constar, meu amigo concurseiro, existe a Lei n.º 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde – LOS), que melhor detalha as competências e o funcionamento do SUS, entretanto, esta não será objeto de nossos estudos. Vamos aos dispositivos constitucionais:

Art. 200. Ao Sistema Único de Saúde (SUS) compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

*I - **Controlar** e **fiscalizar** procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;*

*II - **Executar** as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de **saúde do trabalhador**;*

*III - **Ordenar** a formação de recursos humanos na área de saúde;*

*IV - **Participar** da formulação da política e da execução das ações de **saneamento básico**;*

*V - **Incrementar** em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;*

*VI - **Fiscalizar** e **inspecionar alimentos**, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como **bebidas e águas para consumo humano**;*

VII - Participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos, e;

VIII - Colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

04. Lei n.º 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde).

Introdução.

Conforme disposições constitucionais, a Saúde é um dos três ramos da Seguridade Social, que é composto de: Previdência Social, Assistência Social e Saúde.

A Saúde, sem dúvida, é o ramo mais universalizado da Seguridade, pois, conforme dispõe a CF/1988, **a Saúde é direito de todos e dever do Estado**, ou seja, qualquer pessoa pode usufruir das ações e serviços de saúde, independentemente de prévia contribuição ou grau de necessidade do cidadão, como acontece com a Previdência e a Assistência Social, respectivamente.

Por sua vez, a **Lei n.º 8.080/1990** (atualizada até a Lei n.º 13.097/2015) tem o dever de regular em todo o território nacional as **ações e serviços de saúde**, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais (físicas) ou jurídicas de direito **público** ou **privado**.

Tal lei também é chamada de **Lei Orgânica da Saúde (LOS)**, sendo muito conhecida entre os profissionais da área da saúde como **Lei do SUS** (Sistema Único de Saúde), uma vez que mais de 75% de seus dispositivos regulamentam esse sistema público de saúde.

01. Disposições Gerais sobre a Saúde.

Inicialmente, a LOS necessariamente transcreve os dizeres constitucionais, ratificando que, a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Trata-se de um corolário do direito à vida e à dignidade humana, amparado também pela Declaração Universal dos Direitos Humanos. Esse dever do Estado de garantir saúde a todos consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à **redução de riscos de doenças e de outros agravos** e no **estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços** para a sua promoção, proteção e recuperação.

Em outras palavras, o governo, em todas as esferas, tem o dever de atender todas as demandas da população quanto ao quesito saúde, com propósito de reduzir o risco de doenças e outras moléstias e garantir o acesso mais amplo possível das ações e serviços de saúde.

Nossa Constituição refere-se à saúde como um direito fundamental, sendo uma norma programática sua efetiva garantia e acesso universal e igualitário. Embora as normas programáticas não produzam os seus integrais efeitos direta e imediatamente, é certo que, dentre outros, servem de parâmetro para a interpretação do texto constitucional, estabelecendo

princípios e diretrizes a serem cumpridos futuramente pelos órgãos estatais.

Nesse sentido, a doutrina nos apresenta a Cláusula de Reserva do Financeiramente possível (ou materialmente possível), o qual assegura de antemão ao Estado a justificativa de esquivar-se da total cobertura de suas obrigações, em decorrência de carência financeira.

Entretanto, entende o Supremo Tribunal Federal que, ante os direitos sociais fundamentais, como a saúde, por exemplo, não há que se alegar tal cláusula, devendo o Poder Judiciário analisar caso a caso, imputando ao Poder Público, se necessário, a obrigatoriedade do cumprimento da norma para consecução da função social a que se refere, sem com isso representar atentado ao princípio da separação de poderes.

O fato de o Estado ter o dever de garantir a saúde de toda a população, não exclui o dever das **pessoas, famílias, empresas** e da **sociedade**. Imagine uma empresa, uma lanchonete ou um bar, por exemplo, que não mantenha o estabelecimento comercial em condições necessárias de limpeza e, conseqüentemente de saúde. Essa empresa não está cumprindo seu dever de zelar pela saúde de seus funcionários e clientes, o que exclui a culpa exclusiva do Estado.

Falar em saúde de forma genérica é algo simples, mas quais são contornos que definem esse conceito? A Saúde tem como **fatores determinantes e condicionantes**, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física (fator incluído pela Lei n.º 12.864/2013), o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Podemos considerar como ações ligadas à Saúde, aquelas que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Como podemos perceber, a Saúde da população está ligada à alimentação regular e balanceada, à existência de moradia, à prestação regular de serviços de água e esgoto (saneamento básico), à preservação do meio ambiente, às boas condições de saúde e segurança no trabalho, a uma renda digna, a uma educação de qualidade, a um transporte regular, à disponibilidade de atividades de lazer a ao acesso aos bens e serviços essenciais (água, luz, roupas, etc.).

Em suma, conforme dispõe a Lei do SUS, **os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.**

Para guardar para a prova:

1	Alimentação
2	Moradia
3	Saneamento Básico
4	Meio Ambiente
5	Trabalho
6	Renda
7	Educação
8	Atividade Física
9	Transporte
10	Lazer
11	Acesso aos Bens e Serviços essenciais

02. Disposições Gerais sobre o SUS.

O SUS (sistema com disposição expressa em nossa carta magna), conforme a LOS, constitui-se do **conjunto** de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.

Apesar de a lei não trazer expressamente, os órgãos e instituições públicas distritais (do Distrito Federal) também estão englobados pelo SUS, pois se assim não fosse, o sistema não atenderia o disposto no Art. 198, inciso I, da CF/1988:

*Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único (**SUS**), organizado de acordo com as seguintes diretrizes:*

*I - descentralização, com direção única em **cada** esfera de governo (**federal, estadual, distrital e municipal**);*

Sempre imaginamos que os órgãos e entidades ligadas ao SUS são apenas os hospitais e os postos de saúde. Um equívoco! Temos outras instituições, entre elas as de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.



Outro aspecto importante, é termos em mente que a iniciativa privada, como os hospitais e clínicas particulares, poderá participar do SUS, mas apenas em **caráter complementar**. Lembre-se: é complementar e não suplementar ou residual. Leve isso também para a prova! =)

02.01. Objetivos e Atribuições do SUS.

Conforme disposição legal, são **objetivos** do SUS:

1. A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde: Cabe ao sistema público de saúde verificar, pesquisar, identificar e, principalmente, divulgar os níveis desses fatores (alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e acesso aos bens/serviços essenciais).

2. A formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a melhoria da saúde dos cidadãos: Conforme já foi explanado, o dever do Estado garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais, **formuladas pelo SUS**, que visem à **redução de riscos de doenças e de outros agravos** e no **estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços** para a sua promoção, proteção e recuperação.

3. A assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas: Cabe ao SUS, nos casos de necessidade por parte do indivíduo, prestar, além da saúde, a assistência necessária.



Dando continuidade, estão incluídas no **campo de atuação** do SUS:

1. *A execução de ações:*

a) De ***vigilância sanitária***;

b) De ***vigilância epidemiológica***;

c) De **saúde do trabalhador**, e;

d) De **assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica**;

2. A participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

3. A ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

4. A vigilância nutricional e a orientação alimentar;

5. A colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

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

7. O controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

8. A fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

9. A participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

10. O incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico, e;

11. A formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

É um campo de atuação vasto, de grande importância para as provas, sendo importante fazer uma **leitura atenta** dos itens supracitados. Os itens que merecem uma atenção especial são os que abordam a execução de ações de **vigilância sanitária**, de **vigilância epidemiológica**, de **saúde do trabalhador** e de **assistência terapêutica**, como veremos a seguir.

Conforme dispõe a LOS, a **Vigilância Sanitária** é um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir **riscos à saúde** e de intervir nos **problemas sanitários** decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

1. O controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo, e;
2. O controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

A **Vigilância Epidemiológica**, por definição, é um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a deteccção ou prevenção de **qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva**, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

A definição legal é clara e condizente com a **Epidemiologia**, que é a ciência que estuda o binômio “saúde x doença”, e seus fatores condicionantes e determinantes. Ressalto que não devemos nos esquecer de quais são os principais fatores determinantes e condicionantes da saúde: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e acesso aos bens/serviços essenciais.

Por sua vez, a **Saúde do Trabalhador** é definida como um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:



1. Assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
2. Participação, no âmbito de competência do SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;
3. Participação, no âmbito de competência do SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de

substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

4. Avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

5. Informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

6. Participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

7. Revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais, e;

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

A lista supracitada é extensa, mas deve ser lida e muito bem memorizada para a realização de uma boa prova. =)

Por fim, a **Assistência Terapêutica Integral**, conforme dispõe a LOS, consiste da:

1. **Dispensação** (fornecimento) de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto na LOS. A **dispensação** consiste, conforme a doutrina farmacêutica, **no ato do farmacêutico orientar e fornecer aos usuários os medicamentos e insumos farmacêuticos necessários ao seu tratamento**. Conforme dispõe a própria legislação de saúde, devemos entender como produtos de interesse para a saúde os seguintes elementos: **órteses**, **próteses**, **bolsas coletoras** e **equipamentos médicos**. Por sua vez, O protocolo clínico e a diretriz terapêutica devem ser entendidos como documentos que estabelecem:

*a) Os **critérios** para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde;*

- b) O **tratamento preconizado**, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber;
- c) As **posologias recomendadas**; os mecanismos de controle clínico, e;
- d) O acompanhamento e a verificação dos **resultados terapêuticos**, a serem seguidos pelos gestores do SUS.

2. Oferta de **procedimentos terapêuticos**, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado.

02.02. Diretrizes e Princípios do SUS.

A LOS, em relação às ações e serviços **públicos** de saúde e os serviços **privados** contratados ou conveniados que integram o SUS, reafirma que tais **ações (públicas)** e **serviços (públicos OU privados)** devem estar em consonância com as diretrizes constitucionais presentes no Art. 198, a saber:

- 1. **Descentralização**, com direção única em cada esfera de governo (federal, estadual, distrital e municipal);
- 2. Atendimento **integral**, com prioridade para as atividades **preventivas**, sem prejuízo dos serviços assistenciais, e;
- 3. Participação da **comunidade**.

Além das diretrizes constitucionais supracitadas, as ações e serviços de saúde integrantes do SUS deverão seguir os seguintes princípios legais presentes na Lei n.º 8.080/1990 (LOS):

- 1. **Universalidade** de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência: A Saúde é direito de todos e dever do Estado, logo, o SUS deve garantir a universalidade de acesso aos serviços de saúde pela população;
- 2. **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: O SUS garantirá a Saúde em todos os seus níveis: ações preventivas, ações curativas, serviços individuais (atendimento), serviços coletivos (postos de saúde);

3. **Preservação** da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
4. **Igualdade** da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie: a Saúde será prestada a qualquer pessoa, sem atendimento preferencial;
5. Direito à **informação** às pessoas assistidas, sobre sua saúde: a pessoa atendida pelo SUS tem o direito de receber todas as informações sobre o diagnóstico realizado pelo profissional da área da saúde que lhe deu atendimento;
6. **Divulgação** de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário: atualmente, essa divulgação é realizada principalmente pela internet;
7. Utilização da **epidemiologia** para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática: a **Epidemiologia**, que é a ciência que estuda o binômio “saúde x doença”, é o ponto de partida para o planejamento gerencial do SUS. Através dessa ciência, pode-se, por exemplo, observar quais doenças são mais presentes em determinadas regiões e definir, a partir dessa constatação, quais serão as prioridades do SUS naquela região, dimensionando de forma eficiente a alocação de recursos (financeiros e humanos) e a orientação a ser tomada nos programas de saúde;
8. Participação da **comunidade**: Esse princípio repete a diretriz constitucional supracitada;
9. **Descentralização** político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (federal, estadual, distrital e municipal):
 - a) **Ênfase** na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
10. **Integração** em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico: essas três ações devem andar juntas, pois são essenciais para garantir o bem estar da sociedade;
11. **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: A Saúde Pública receberá recursos de **todas as esferas de governo**, na forma de investimentos, tecnologia, materiais e pessoas (recursos humanos);

12. Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência, e;

13. Organização dos serviços públicos de modo a **evitar duplicidade** de meios para fins idênticos.



Diretrizes (CF/1988):	Princípios (LOS):
1. Descentralização;	1. Universalidade;
2. Atendimento Integral;	2. Integralidade;
3. Participação da Comunidade.	3. Preservação;
	4. Igualdade;
	5. Direito à Informação;
	6. Divulgação de Informações;
	7. Utilização da Epidemiologia;
	8. Participação da Comunidade;
	9. Descentralização;
	10. Integração;
	11. Conjugação dos recursos;
	12. Capacidade de Resolução;
	13. Organização.

02.03. Organização, Direção e Gestão do SUS.

Nesse tópico, observaremos que as ações e serviços de saúde, executados pelo SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma **regionalizada e hierarquizada** em níveis de complexidade crescente.

A direção do SUS, conforme dispõe a CF/1988, será descentralizada, com **direção única** em cada esfera de governo. A direção (ou comando), por sua vez, será exercida pelos seguintes órgãos:

1. No âmbito da **União**, esfera federal, pelo **Ministério da Saúde (MS)**;
2. No âmbito dos **Estados** e do **Distrito Federal**, esfera estadual e distrital, pela respectiva **Secretaria de Saúde** ou órgão equivalente, e;
3. No âmbito dos **Municípios**, esfera municipal, pela respectiva **Secretaria de Saúde** ou órgão equivalente.

É importante ressaltar que os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver as ações e os serviços de saúde que lhes

correspondam. A esses **Consórcios Administrativos Intermunicipais (CAI)** se aplicam o princípio da direção única.

Por seu turno, o SUS, no nível municipal, **poderá** organizar-se em **distritos** de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para cobertura total das ações de saúde. Observe que a organização em distritos é **facultativa**, pois o legislador deixa claro que o SUS **poderá** realizar tal divisão e não diz expressamente **deverá** realizar tal divisão.

No âmbito nacional, a LOS prevê a criação de **Comissões Intersetoriais (CI)** subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo essas comissões integradas pelos Ministérios, Órgãos Competentes e por Entidade Representativas da Sociedade Civil. As CI terão por finalidade a articulação de políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução, envolva áreas **não compreendidas** no âmbito do SUS. Essa articulação abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

1. *Alimentação e nutrição;*
2. *Saneamento e meio ambiente;*
3. *Vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;*
4. *Recursos humanos;*
5. *Ciência e tecnologia, e;*
6. *Saúde do trabalhador.*

O legislador ordinário também prevê a criação de **Comissões Permanentes de Integração (CPI)** entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior. Conforme dispõe a Lei Orgânica da Saúde, cada uma dessas CPI terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a **formação e educação** continuada dos **recursos humanos** do SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Até 2011, a organização, direção e gestão do SUS resumiam-se ao supracitado nesse tópico, porém, com a edição e publicação da Lei n.º 12.466/2011, houve a inclusão de novos atores nessa seara.

O legislador ordinário incluiu na LOS a **Comissão Intergestores Bipartite (CIB)** e a **Comissão Intergestores Tripartite (CIT)**, que são

reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores quanto aos aspectos operacionais do SUS, sendo que a atuação das CIB e das CIT terão por objetivo:

- 1. Decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde;*
- 2. Definir **diretrizes**, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados, e;*
- 3. Fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados.*

Além das CIB e CIT, a Lei n.º 12.466/2011, que alterou a LOS, reconheceu o **Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)** e o **Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)** como entidades representativas, respectivamente, dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde.

Esses conselhos são declarados de utilidade pública e relevante função social, na forma do Regulamento do SUS (Decreto n.º 7.508/2011).

Quanto ao financiamento, o CONASS e o CONASEMS receberão recursos do Orçamento Geral da União por meio do **Fundo Nacional de Saúde (FNS)**, para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais, podendo ainda celebrar convênios com a União.

Por fim, para concluir o tópico, temos ainda os **Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS)**, que são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao CONASEMS.

02.04. Atribuições e Competências do SUS.

A LOS definiu que as atribuições do SUS são **comuns** aos entes federativos (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), ao passo que as competências delegadas às direções nacionais, estaduais, distrital e municipais são **distintas** entre si.

Conforme legislação cabe à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios exercerem, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

1. *Definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;*
2. *Administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;*
3. *Acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;*
4. *Organização e coordenação do sistema de informação de saúde;*
5. *Elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;*
6. *Elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;*
7. *Participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;*
8. *Elaboração e atualização periódica do plano de saúde;*
9. *Participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;*
10. *Elaboração da proposta orçamentária do SUS, de conformidade com o plano de saúde;*
11. *Elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;*
12. *Realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo **Senado Federal** (não é Congresso Nacional);*
13. *Para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;*

14. Implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (**SINASAN**, criado pela Lei n.º 10.205/2001);
15. Propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;
16. Elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
17. Promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;
18. Promover a articulação da política e dos planos de saúde;
19. Realizar pesquisas e estudos na área de saúde;
20. Definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária, e;
21. Fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

É uma lista grande, eu sei! Não aconselho que decore toda ela, mas uma boa memorização por meio de leituras insistentes e perseverantes é bastante interessante. Rs! =)

Quanto às competências delegadas às direções nacional, estadual, distrital e municipal, considero mais eficiente montar uma tabela com as competências por ente federativo.

É humanamente impossível decorar todas as competências para sua prova, mas é muito eficaz o estudo pela tabela, pois podemos fazer a comparação das competências entre os entes políticos, ressaltando que, seguindo o alinhamento constitucional de organização do Estado, ao Distrito Federal ficam delegadas as competências tanto da direção estadual quanto da direção municipal. Sem mais delongas, vamos à tabela comparativa de competências das direções do SUS:



Competências por Esfera:		
	Competências delegadas ao <u>Distrito Federal</u> :	
Art. 16 (Direção Nacional do SUS):	Art. 17 (Direção Estadual do SUS):	Art. 18 (Direção Municipal do SUS):
1. Formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;	1. Promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;	1. Planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;
2. Participar na formulação e na implementação das políticas:	2. Acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS;	2. Participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com sua direção estadual;
a) de controle das agressões ao meio ambiente;	3. Prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;	3. Participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
b) de saneamento básico, e;	4. Coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:	4. Executar serviços:
c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;	a) de vigilância epidemiológica;	a) de vigilância epidemiológica;
3. Definir e coordenar os sistemas:	b) de vigilância sanitária;	b) vigilância sanitária;
a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;	c) de alimentação e nutrição, e;	c) de alimentação e nutrição;
b) de rede de laboratórios de saúde pública;	d) de saúde do trabalhador;	d) de saneamento básico, e;

c) de vigilância epidemiológica, e;	5. Participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;	e) de saúde do trabalhador;
d) vigilância sanitária;	6. Participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;	5. Dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;
4. Participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;	7. Participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;	6. Colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;
5. Participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;	8. Em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;	7. Formar consórcios administrativos intermunicipais;
6. Coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;	9. Identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;	8. Gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
7. Estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;	10. Coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;	9. Colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

8. Estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;	11. Estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;	10. Celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;
9. Promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;	12. Formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;	11. Controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;
10. Formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;	13. Colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;	12. Normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.
11. Identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;	14. O acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.	
12. Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;		

13. Prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;		
14. Elaborar normas para regular as relações entre o SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde;		
15. Promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;		
16. Normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (SINASAN);		
17. Acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;		
18. Elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;		

19. Estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria (SNA) e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.		
--	--	--

Para concluir o tópico, devo ressaltar que existe a previsão legal que autoriza a União (Direção Nacional do SUS) executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em **circunstâncias especiais**, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da Direção Estadual do SUS ou que representem risco de disseminação nacional.

Pode ser, por exemplo, um surto de febre amarela em algum estado do país, ou ainda a contaminação por leptospirose após longo período de enchentes urbanas, tanto faz. O que importa mesmo é que a União é autorizada por lei a, de certa forma, intervir nos Estados quando o assunto é Saúde pública, pois na maioria dos casos não há tempo a perder. Saúde é prioridade, não se tratando, portanto, de invasão de competência.

02.05. Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI).

A exemplo do que acontece com o texto constitucional, que separou um capítulo próprio para tratar dos índios, a LOS, com inclusões operadas pela Lei n.º 9.826/1999, tratou de forma separada a saúde do índio, instituindo um subsistema dentro do SUS: **Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI)**.

Com isso, as ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas em todo o território brasileiro, obedecerão ao disposto na LOS.

Quanto ao financiamento, caberá primordialmente à **União**, com seus recursos próprios, **financiar** o SASI, podendo os Estados, o Distrito Federal, os Municípios ou outras instituições governamentais ou não governamentais **complementarem** o custeio desse subsistema. Por sua vez, cabe ao SUS promover a articulação do SASI com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País.

O SASI, obrigatoriamente, deverá considerar a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado em atenção à saúde destes, devendo ser pautado por uma **abordagem diferenciada e global**, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional.

De forma análoga ao SUS, o SASI deverá ser descentralizado, hierarquizado e regionalizado, tendo como base de atuação os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (**DSEI**).

Esses distritos abarcam uma ou mais áreas indígenas. O SUS servirá de retaguarda e referência ao SASI, adaptando sua estrutura quando for preciso, nas regiões onde residem as populações indígenas, propiciando a integração e o atendimento necessário em todos os níveis, **sem discriminações**.

As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

Além disso, essas populações terão direito a participar dos **organismos colegiados** de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso.

02.06. Subsistema de Atendimento e Internação Domiciliar (SAID).

O Subsistema de Atendimento e Internação Domiciliar (SAID) é o segundo subsistema dos três presentes no SUS, incluído pela Lei n.º 10.424/2002. Ele prevê no âmbito do SUS, o **atendimento domiciliar** e a **internação domiciliar**, sendo que nessas **modalidades de assistência** incluem-se, principalmente os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.

Ressalto que o atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.

Por sua vez, essas modalidades de assistência só poderão ser realizadas por indicação médica, com **expressa concordância** do paciente e de sua família.

Em suma, o atendimento e a internação domiciliar não podem ser impostos ao paciente, por mais que seja necessário. Cabe ao enfermo autorizar tais procedimentos, não sendo obrigado a se submeter qualquer tratamento, conforme disposto Art. 5.º, inciso II da nossa Carta Magna:

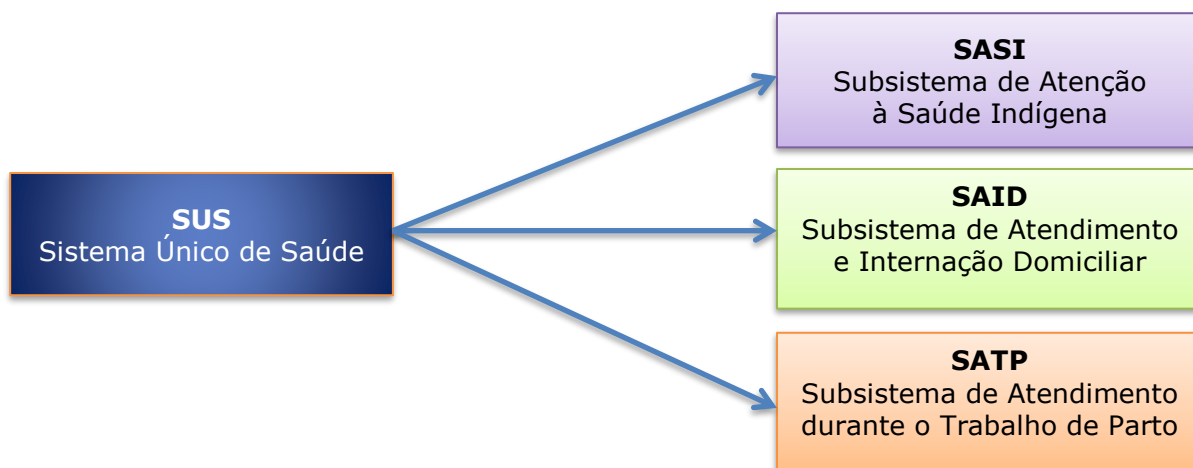
Ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei.

02.07. Subsistema de Acompanhamento durante o Trabalho de Parto, Parto e Pós-Parto Imediato (SATP).

O Subsistema de Acompanhamento durante o Trabalho de Parto, Parto e Pós-Parto Imediato (SATP) é o terceiro e último subsistema a ser incluído no SUS, por meio da Lei n.º 11.108/2005.

O SATP obrigou os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, a permitir a presença, junto à parturiente, de **um acompanhante** durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. O acompanhante será expressamente indicado pela parturiente.

Por sua vez, ficam os hospitais de todo o País obrigados a manter, em **local visível** de suas dependências, **aviso** informando sobre o direito estabelecido parágrafo anterior.



02.08. Assistência Terapêutica e Incorporação de Tecnologia em Saúde.

Conforme já foi visto anteriormente em nossa aula, especificamente no tópico “02.01. Objetivos e Atribuições do SUS”, temos que a **Assistência Terapêutica Integral** consiste da:

1. **Dispensação** (fornecimento) de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto na LOS. A **dispensação** consiste, conforme a doutrina farmacêutica, **no ato do farmacêutico orientar e fornecer aos usuários os medicamentos e insumos farmacêuticos necessários ao seu tratamento**. Conforme dispõe a própria legislação de saúde, devemos entender como produtos de interesse para a saúde os seguintes elementos: **órgãos, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos**. Por sua vez, O protocolo clínico e a diretriz terapêutica devem ser entendidos como documentos que estabelecem:

- a) Os **critérios** para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde;
- b) O **tratamento preconizado**, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber;
- c) As **posologias recomendadas**; os mecanismos de controle clínico, e;
- d) O acompanhamento e a verificação dos **resultados terapêuticos**, a serem seguidos pelos gestores do SUS.

2. Oferta de **procedimentos terapêuticos**, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado.

Conforme dispõe a própria Lei Orgânica da Saúde, os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os **medicamentos** ou **produtos** necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa

relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha.

Em qualquer caso, esses medicamentos ou produtos serão aqueles avaliados quanto à sua **eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade** para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que trata o protocolo.

Em algumas ocasiões, o profissional da saúde pode se deparar com a ausência de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica em relação a um determinado caso clínico. Nessas situações, a dispensação será realizada:

1. Com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas na LOS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (**CIT**);

2. No âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma **suplementar**, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (**CIB**), e;

3. No âmbito de cada Município, de forma **suplementar**, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada no Conselho Municipal de Saúde (**CMS**).

Observado as disposições referentes à Assistência Terapêutica, vamos adentrar a parte relativa à **Incorporação de Tecnologia em Saúde**. Conforme mandamento legal, a **incorporação**, a **exclusão** ou a **alteração** pelo SUS de **novos medicamentos, produtos e procedimentos**, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde (MS), assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CNIT-SUS).

A CNIT-SUS, que tem sua composição e regimento definidos em regulamento, conforme dispõe a LOS, contará com a participação de um representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e de um representante, especialista na área de saúde, indicado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Os trabalhos da CNIT-SUS são exteriorizados na forma de **relatório**, sendo que tais relatórios levarão em consideração, necessariamente:

1. As evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou

procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso, e;

2. A avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível.

A incorporação, a exclusão e a alteração de novos medicamentos, produtos e procedimentos serão efetuadas mediante a instauração de processo administrativo, a ser concluído no **prazo de 180 dias**, contado da data em que foi protocolado o pedido, admitida, em situações excepcionais devidamente justificadas, **sua prorrogação por mais 90 dias corridos**.

Tal processo administrativo observará as disposições previstas na Lei n.º 9.784/1999 (Lei do Processo Administrativo Federal), e as seguintes determinações especiais:

1. Apresentação pelo interessado dos documentos e, se cabível, das amostras de produtos, na forma do regulamento, com informações necessárias para o atendimento às considerações expressadas pelo CNIT-SUS por meio de seus relatórios;

*2. Realização de **consulta pública** que inclua a divulgação do parecer emitido pela CNIT-SUS, e;*

*3. Realização de **audiência pública**, antes da tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento.*

Por fim, quanto à Assistência Terapêutica e à Incorporação de Tecnologia em Saúde, observamos as seguintes disposições legais:

*1. Em todas as esferas de gestão do SUS (federal, estadual, distrital e municipal) é **vedado** (proibido):*

*a) O pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso **não autorizado** pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), e;*

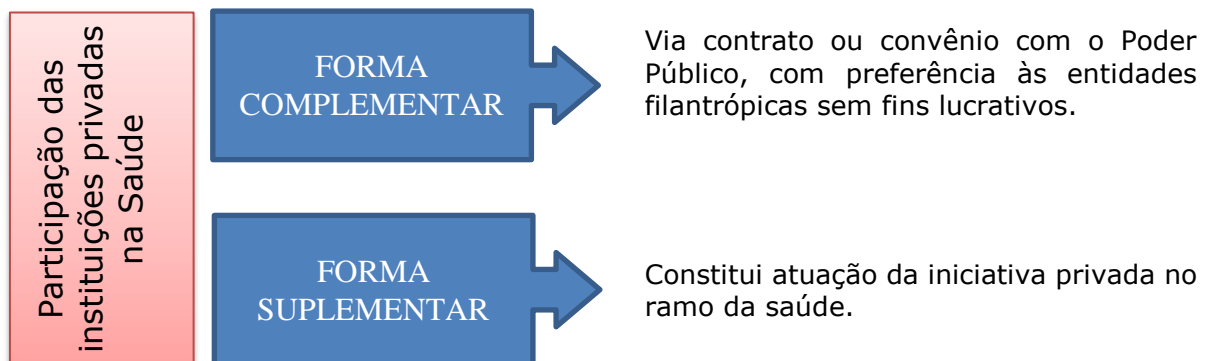
*b) A dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, **sem registro** na ANVISA.*

2. A responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos de interesse para a saúde ou

procedimentos referentes à Assistência Terapêutica e à Incorporação de Tecnologia em Saúde será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

03. Serviços Privados de Assistência à Saúde.

Conforme dispõe o Art. 199 da CF/1988, **em regra, a assistência à saúde é livre à iniciativa privada**. Com base nessa disposição constitucional, temos que as instituições privadas poderão participar de **forma complementar** do SUS, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos, ou de **forma suplementar** do SUS, que é a atuação da iniciativa privada fora do SUS, constituindo o setor de saúde suplementar.



Seguindo os dizeres de nossa Carta Magna, a LOS definiu que os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de **profissionais liberais**, legalmente habilitados, e de **pessoas jurídicas de direito privado** na promoção, proteção e recuperação da saúde.

A prestação desses serviços privados será pautada pelos princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do SUS quanto às condições para seu funcionamento.

Conforme previsão no texto constitucional, tem-se que é **vedada** (proibida) a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, **salvo nos casos previstos em lei**. Sendo que tal previsão foi incluída na LOS pela Lei n.º 13.097/2015.

Sendo assim, atualmente é permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos:

1. Doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos;
2. Pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar:
 - a) Hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada, e;
 - b) Ações e pesquisas de planejamento familiar;
3. Serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social, e;
4. Demais casos previstos em legislação específica.

03.01. Participação Complementar no SUS.

Conforme dispõe a LOS, quando as disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o SUS **poderá** recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Observe que o verbo da frase anterior é “**poderá**”, ou seja, o SUS tem a faculdade, e não a obrigatoriedade, de recorrer à iniciativa privada. Conforme já informado, a participação **complementar** da iniciativa privada será formalizada mediante **contrato** ou **convênio**, observadas as normas de direito público. Terá preferência na participação complementar no SUS as **entidades filantrópicas** e as **sem fins lucrativos**.

Os **critérios** e **valores** para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do SUS, aprovados no Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Na fixação desses critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento de remuneração, cabe à direção nacional do SUS fundamentar sua decisão em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

Por sua vez, os **serviços contratados** submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do SUS, mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

Por fim, aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é **vedado** exercer cargo de chefia ou função de confiança no SUS, por ficar caracterizado o conflito de interesses.

04. Recursos Humanos do SUS.

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

1. *Organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de **pós-graduação**, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal, e;*
2. *Valorização da **dedicação exclusiva** aos serviços do SUS.*

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

Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do SUS, só poderão ser exercidos em regime de **tempo integral**. Seguindo o regramento constitucional, que permite a acumulação de dois cargos privativos de profissionais de saúde, **os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do SUS.**

A possibilidade de realizar as atividades em mais de um estabelecimento do SUS é extensível aos servidores em regime de tempo integral, **com exceção** dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento, que deverão realizar suas atividades laborais em um estabelecimento apenas.

Por fim, as **especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão** serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com as previsões da LOS, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

05. Recursos e Financiamento do SUS.

O **Orçamento da Seguridade Social (OSS)** previsto na LOA (Lei orçamentária anual) destinará ao SUS, de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos

órgãos da Previdência Social e da Assistência Social (**ambos do Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário - MDSA**), tendo em vista as **metas e prioridades** estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Além dos recursos previstos no OSS, são considerados **outras fontes** de recursos os provenientes de:

- 1. Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;*
- 2. Ajuda, contribuições, doações e donativos;*
- 3. Alienações patrimoniais e rendimentos de capital;*
- 4. Taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do SUS, e;*
- 5. Rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.*

As receitas geradas no âmbito do SUS serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção na esfera de poder onde forem arrecadadas (esfera federal, estadual, distrital e municipal). Por sua vez, as ações de saneamento que venham a ser executadas **supletivamente** pelo SUS, serão financiadas por recursos tarifários específicos além de outros oriundos da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).

Por fim, as atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão cofinanciadas pelo SUS, pelas universidades e pelo **Orçamento Fiscal (OF)**, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

05.01. Gestão Financeira do SUS.

Conforme dispõe a Lei do SUS, nossa estimada LOS, os recursos financeiros do SUS serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação (esfera federal, estadual, distrital e municipal), e movimentados sob a **fiscalização** dos respectivos Conselhos de Saúde.

Especificamente, na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social (**OSS**), de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde (MS), através do Fundo Nacional de Saúde (FNS).

É importante salientar que o MS acompanhará por meio de seu **sistema de auditoria** se os recursos repassados aos Estados e Municípios estão de acordo com a programação previamente aprovada para a destinação do montante transferido. Constatada a **malversação** (má administração), **desvio** ou **não aplicação** dos recursos, caberá ao MS aplicar as medidas previstas em lei.

As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada no âmbito federal, transferirão automaticamente ao FNS os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no OSS, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do SUS. Na distribuição dos recursos financeiros da **Seguridade Social** será observada a mesma **proporção** da despesa prevista de cada área, no OSS.

Para o estabelecimento de valores a serem **transferidos** (repassados) aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes **critérios**, segundo análise técnica de programas e projetos:

1. Perfil **demográfico** da região;
2. Perfil **epidemiológico** da população a ser coberta;
3. Características quantitativas e qualitativas da **rede de saúde** na área;
4. Desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
5. Níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
6. Previsão do plano quinquenal de investimentos da rede, e;
7. Ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

Por fim, deve-se ter em mente que nos casos de Estados e Municípios sujeitos a **notório processo de migração**, os **critérios demográficos** mencionados anteriormente serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

05.02. Planejamento e Orçamento do SUS.

O processo de **planejamento e orçamento** do SUS deverá se dar de forma **ascendente**, ou seja, do nível local (âmbito municipal) até o federal (âmbito nacional). Serão ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

Em suma, o planejamento e o orçamento serão focados inicialmente pelas necessidades locais (esfera municipal), compatibilizadas com as necessidades regionais (esfera estadual) e por fim, com as necessidades nacionais (esfera federal). É por possuir essa característica que classificamos como planejamento e orçamento ascendente.

Os **planos de saúde** serão a **base** das atividades e programações de cada nível de direção do SUS, e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

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

Cabe ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) estabelecer as **diretrizes** a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Conforme dispõe a LOS, não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com **finalidade lucrativa**.

06. Disposições Finais.

Vou expor abaixo os dispositivos que considero mais importantes sobre as disposições finais da Lei n.º 8.080/1990, Lei Orgânica da Saúde:

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

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

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

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

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

(...)

Art. 53-A. Na qualidade de ações e serviços de saúde, as atividades de apoio à assistência à saúde são aquelas desenvolvidas pelos laboratórios de genética humana, produção e fornecimento de medicamentos e produtos para saúde, laboratórios de análises clínicas, anatomia patológica e de diagnóstico por imagem e são livres à participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros.

05. Lei n.º 8.142/1990 (Participação da Comunidade na Gestão do SUS).

Vamos agora iniciar a Lei n.º 8.142/1990 (atualizada até a Lei n.º 8.689/1993). Trata-se da lei ordinária que dispõe sobre a participação da comunidade na **gestão** do Sistema Único de Saúde (**SUS**) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Art. 1.º O Sistema Único de Saúde (**SUS**), de que trata a Lei n.º 8.080/1990 (LOS), contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - A Conferência de Saúde, e;

II - O Conselho de Saúde.

Para cada ente político de nossa República (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) o SUS contará com duas instâncias colegiadas: a **Conferência de Saúde** e o **Conselho de Saúde**.

Assim, temos que:

§ 1.º A **Conferência de Saúde** reunir-se-á a cada **4 anos** com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

A Conferência de Saúde é temporária, ou seja, se reúne apenas de 4 em 4 anos para verificar a situação da saúde no país e propor melhorias na política de saúde adotada pelo ente político.

Devo ressaltar que a reunião da conferência é convocada **em regra** pelo Poder Executivo, mas também poderá ser convocada pela própria Conferência ou pelo Conselho de Saúde, de **forma extraordinária**.

§ 2.º O **Conselho de Saúde**, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na **formulação** de estratégias e no **controle** da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Por sua vez, o Conselho de Saúde é **permanente**, colegiado e com poder deliberativo (de decisão). Cabe a ele formular estratégias a serem adotadas pela saúde pública, bem como controlar a execução da política na área de saúde.

§ 3.º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) terão representação no Conselho Nacional de Saúde (CNS).

§ 4.º A representação dos **usuários** nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5.º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Dispositivos autoexplicativos, que não exigem maiores explicações.

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

I - Despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II - Investimentos previstos em lei orçamentária (LOA), de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III - Investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde, e;

IV - Cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal. Esses recursos destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

A Lei prevê 4 destinações possíveis para os recursos financeiros oriundos do Fundo Nacional de Saúde (FNS):

1. Financiamento do gasto com pessoal (despesas de custeio) e do investimento em edificações, equipamentos e congêneres (despesas de capital) do Ministério da Saúde e de todas as entidades e órgãos de sua esfera;
2. Investimento em ações de saúde previstas na Lei Orçamentária Anual (LOA);
3. Investimento em ações de saúde previstas no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde, e;
4. Cobertura de ações e serviços de saúde a serem implementados nos Estados, Distrito Federal e municípios. Sendo esses investimentos realizados na rede de serviços, como a cobertura assistencial ambulatorial, a cobertura assistencial hospitalar e as outras ações de saúde.

Art. 3.º Os recursos referidos no **inciso IV do Art. 2.º** desta lei serão repassados de forma regular e **automática** para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos na Lei n.º 8.080/1990 (LOS).

Os recursos referentes aos investimentos em ações e serviços de saúde a serem implementadas nos Estados, Distrito Federal e Municípios, estão sujeitos a repasse automático.

Em resumo, para esses recursos, a União repassará automaticamente esses valores aos respectivos entes políticos (Estados, Distrito Federal e Municípios).

§ 2.º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos 70%, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados (no máximo 30%).

*§ 3.º Os Municípios poderão estabelecer **consórcio** para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do Art. 2.º desta lei.*

Ainda sobre os famosos recursos do inciso IV do art. 2º, temos que no **mínimo 70%** serão repassados para os Municípios e que no **máximo 30%** serão repassados para os Estados.

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

I - Fundo de Saúde (FNS);

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto n.º 5.839/2006;

III - Plano de Saúde;

IV - Relatórios de Gestão que permitam o controle de que trata a Lei n.º 8.080/1990 (LOS);

V - Contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento, e;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Para finalizar, caso o Município não cumpra os requisitos supracitados, caberá ao respectivo Estado administrar os recursos. De forma análoga, caso o Estado não cumpra os requisitos, caberá a União administrar esses recursos.

06. Decreto n.º 7.508/2011 (Regulamente a Lei n.º 8.080/1990).

O Decreto n.º 7.508/2011 regulamenta a Lei n.º 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde), para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

O decreto será dividido e estudado em 4 tópicos:

1. Organização do SUS;

2. Planejamento da saúde;

3. Assistência à saúde, e;

4. Articulação interfederativa.

Antes de iniciarmos os estudos, devemos conhecer as seguintes terminologias a serem utilizadas pelo decreto regulamentador, a saber:

1. Região de Saúde: espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;

2. Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde: acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde;

3. Portas de Entrada: serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS;

4. Comissões Intergestores: instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS;

5. Mapa da Saúde: descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema;

6. Rede de Atenção à Saúde: conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde;

7. Serviços Especiais de Acesso Aberto: serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial, e;

8. Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica: documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.

01. Organização do SUS.

Conforme dispõe o decreto, o SUS é constituído pela **conjugação** das ações e serviços de **promoção, proteção e recuperação** da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada.

01.01. Regiões de Saúde.

As Regiões de Saúde serão instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na **Comissão Intergestores Tripartite (CIT)**.

Poderão ser instituídas Regiões de Saúde **interestaduais**, compostas por Municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados em articulação com os Municípios.

Por seu turno, a instituição de Regiões de Saúde situadas em **áreas de fronteira** com outros países deverá respeitar as normas que regem as relações internacionais.

Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, **no mínimo**, ações e serviços de:

1. Atenção primária;
2. Urgência e emergência;
3. Atenção psicossocial;
4. Atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e;
5. Vigilância em saúde.

Além desse mínimo de ações e de serviços, a criação das Regiões de Saúde observará cronograma pactuado nas Comissões Intergestores.

Conforme dispõe o decreto, as Regiões de Saúde serão referência para as transferências de recursos entre os entes federativos.

As **Redes de Atenção à Saúde** estarão compreendidas no **âmbito** de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores.

Por fim, os entes federativos definirão os seguintes elementos em relação às Regiões de Saúde:

1. Seus limites geográficos;
2. População usuária das ações e serviços;
3. Rol de ações e serviços que serão ofertados, e;
4. Respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços.

01.02. Hierarquização.

O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas **Portas de Entrada do SUS** e se completa na **rede regionalizada e hierarquizada** de acordo com a complexidade do serviço.

São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

1. De atenção primária;
2. De atenção de urgência e emergência;
3. De atenção psicossocial, e;
4. Especiais de acesso aberto.

Ressalta-se que mediante justificativa técnica e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, os entes federativos poderão criar **novas Portas de Entrada** às ações e serviços de saúde, considerando as características da Região de Saúde.

Os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica, serão referenciados pelas quatro Portas de Entrada supracitadas.

O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela **atenção primária** e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial.

Por sua vez, a população indígena contará com regramentos diferenciados de acesso, compatíveis com suas especificidades e com a necessidade de assistência integral à sua saúde, de acordo com disposições do Ministério da Saúde.

Ao usuário será assegurada a **continuidade** do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região. As Comissões Intergestores pactuarão as **regras de continuidade** do acesso às ações e aos serviços de saúde na respectiva área de atuação.

Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, caberá aos entes federativos, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores:

1. Garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde;

2. Orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde;
3. Monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde, e;
4. Ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde.

Por fim, o Ministério da Saúde disporá sobre critérios, diretrizes, procedimentos e demais medidas que auxiliem os entes federativos no cumprimento das atribuições supracitadas.

02. Planejamento da saúde.

O processo de planejamento da saúde será **ascendente** e **integrado**, do nível local até o nível federal, ouvido os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.

O planejamento da saúde é **obrigatório** para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada.

A compatibilização supracitada será efetuada no âmbito dos **planos de saúde**, os quais serão resultado do planejamento integrado dos entes federativos, e deverão conter metas de saúde.

O **Conselho Nacional de Saúde (CNS)** estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde.

No planejamento devem ser considerados os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional.

O **Mapa da Saúde** será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde.

O planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde.

Compete à **Comissão Intergestores Bipartite (CIB)**, a ser estudado em momento oportuno, pactuar as etapas do processo e os prazos

do planejamento municipal em consonância com os planejamentos estadual e nacional.

03. Assistência à saúde.

A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na **Rede de Atenção à Saúde**, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores.

03.01. Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES).

A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) compreende **todas** as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde.

O Ministério da Saúde (MS) disporá sobre a RENASES em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT, sendo que a cada dois anos, o MS consolidará e publicará as atualizações da RENASES.

A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios pactuarão nas respectivas Comissões Intergestores as suas responsabilidades em relação ao rol de ações e serviços constantes da RENASES.

Por fim os Estados, o Distrito Federal e os Municípios **poderão adotar relações específicas e complementares** de ações e serviços de saúde, em consonância com a RENASES, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo seu financiamento, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.

03.02. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (**RENAME**) compreende a **seleção** e a **padronização** de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS. A RENAME será acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional (**FTN**) que subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos.

O Ministério da Saúde (MS) é o órgão **competente** para dispor sobre a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT. Sendo que a cada dois anos, o MS consolidará e publicará as atualizações da RENAME, do respectivo FTN e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

O Estado, o Distrito Federal e o Município poderão adotar **relações específicas e complementares** de medicamentos, em consonância com a RENAME, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo financiamento de medicamentos, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.

Conforme dispõe o decreto, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, **cumulativamente**:

1. Estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;
2. Ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;
3. Estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos, e;
4. Ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.

Os entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem. Por sua vez, o MS poderá estabelecer **regras diferenciadas** de acesso a medicamentos de caráter especializado.

Por fim, a RENAME e a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos **somente** poderão conter produtos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

04. Articulação interfederativa.

04.01. Comissões Intergestores.

As Comissões Intergestores pactuarão a **organização** e o **funcionamento** das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo:

1. A **CIT**, no âmbito da **União**, vinculada ao **Ministério da Saúde** para efeitos administrativos e operacionais;
2. A **CIB**, no âmbito do **Estado**, vinculada à **Secretaria Estadual de Saúde** para efeitos administrativos e operacionais, e;

3. A Comissão Intergestores Regional (**CIR**), no âmbito **regional**, vinculada à **Secretaria Estadual de Saúde** para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.

Nas Comissões Intergestores, os gestores públicos de saúde poderão ser representados pelo:

- a) Conselho Nacional de Secretários de Saúde (**CONASS**);
- b) Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (**CONASEMS**), e;
- c) Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde (**COSEMS**).

Conforme dispõe a legislação, as Comissões Intergestores pactuarão:

1. **Aspectos** operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde;
2. **Diretrizes gerais** sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;
3. Diretrizes de âmbito **nacional, estadual, regional** e **interestadual**, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos;
4. **Responsabilidades** dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias, e;
5. **Referências** das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência.

O decreto ainda define como competência exclusiva da CIT a pactuação:

1. Das **diretrizes gerais** para a composição da RENASES;

2. Dos **critérios** para o planejamento integrado das ações e serviços de saúde da Região de Saúde, em razão do compartilhamento da gestão, e;
3. Das **diretrizes nacionais**, do financiamento e das questões operacionais das Regiões de Saúde situadas em fronteiras com outros países, respeitadas, em todos os casos, as normas que regem as relações internacionais.

04.02. Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

O acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde será firmado por meio de **Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde**.

O **objeto** do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde é a **organização** e a **integração** das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde resultará da **integração** dos planos de saúde dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, tendo como fundamento as pactuações estabelecidas pela CIT.

O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde definirá as **responsabilidades individuais e solidárias** dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

Cabe ao Ministério da Saúde definir indicadores nacionais de garantia de acesso às ações e aos serviços de saúde no âmbito do SUS, a partir de diretrizes estabelecidas pelo Plano Nacional de Saúde. O desempenho aferido a partir dos indicadores nacionais de garantia de acesso servirá como parâmetro para avaliação do desempenho da prestação das ações e dos serviços definidos no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde em todas as Regiões de Saúde, considerando-se as especificidades municipais, regionais e estaduais.

Conforme dispõe o Decreto n.º 7.508/2011, o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde conterá as seguintes **disposições essenciais**:

1. Identificação das **necessidades** de saúde locais e regionais;
2. Oferta de ações e serviços de vigilância em saúde, promoção, proteção e recuperação da saúde em âmbito regional e inter-regional;
3. Responsabilidades assumidas pelos entes federativos perante a população no processo de regionalização, as quais serão estabelecidas de forma individualizada, de acordo com o perfil, a organização e a capacidade de prestação das ações e dos serviços de cada ente federativo da Região de Saúde;
4. **Indicadores** e metas de saúde;
5. **Estratégias** para a melhoria das ações e serviços de saúde;
6. **Critérios de avaliação** dos resultados e forma de monitoramento permanente;
7. Adequação das ações e dos serviços dos entes federativos em relação às atualizações realizadas na RENASES;
8. Investimentos na rede de serviços e as respectivas responsabilidades, e;
9. Recursos financeiros que serão disponibilizados por cada um dos partícipes para sua execução.

O Ministério da Saúde poderá instituir formas de incentivo ao cumprimento das metas de saúde e à melhoria das ações e serviços de saúde.

O Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde observará as seguintes **diretrizes básicas** para fins de garantia da gestão participativa:

1. Estabelecimento de estratégias que incorporem a avaliação do usuário das ações e dos serviços, como ferramenta de sua melhoria;
2. Apuração permanente das necessidades e interesses do usuário, e;
3. Publicidade dos direitos e deveres do usuário na saúde em todas as unidades de saúde do SUS, inclusive nas unidades privadas que dele participem de forma complementar.

A humanização do atendimento do usuário será fator determinante para o estabelecimento das metas de saúde previstas no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde.

As normas de elaboração e fluxos do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde serão pactuados pelo CIT, cabendo à Secretaria de Saúde Estadual coordenar a sua implementação.

Cabe ressaltar que o Sistema Nacional de Auditoria e Avaliação do SUS (SNA), por meio de serviço especializado, fará o **controle** e a **fiscalização** do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde.

E finalizando o tópico, o Relatório de Gestão a que se refere a Lei n.º 8.142/1990, conterá seção específica relativa aos compromissos assumidos no âmbito do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde.

07. Lei Complementar n.º 141/2012 (Percentual Mínimo de Recursos dos Entes Federativos Aplicados em Ações e em Serviços Públicos de Saúde).

A Lei Complementar n.º 141/2012 veio regulamentar a previsão constante no Art. 198 da CF/1988, que obriga os entes políticos a aplicarem um **percentual mínimo de recursos em ações e serviços públicos de saúde**.

Essa Lei Complementar é dividida em cinco capítulos, sendo que para as provas considero de grande importância o estudo dos Capítulos I e II de forma integral, e apenas as duas primeiras seções do capítulo III.

Essa parte inicial da lei trata de assuntos relacionados à saúde, enquanto que o restante do texto normativo tem um cunho muito orçamentário, contábil e de controle, o que provavelmente não será cobrado, pelo menos em nossa disciplina. =)

Sendo assim, vamos iniciar o nosso estudo sobre a Lei Complementar n.º 141/2012:

Art. 1.º Esta Lei Complementar institui, nos termos da Constituição Federal:

I - O valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços públicos de saúde;

II - **Percentuais mínimos** do produto da **arrecadação** de impostos a serem aplicados anualmente pelos **Estados**, pelo **Distrito Federal** e pelos **Municípios** em **ações e serviços públicos de saúde**;

III - **Critérios de rateio** dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados aos seus respectivos Municípios, visando à progressiva redução das disparidades regionais, e;

IV - **Normas de fiscalização, avaliação e controle** das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

O primeiro artigo introduz os assuntos a serem tratados pela Lei Complementar. Observe que são **5 "assuntos"**, um para cada inciso. Guarde esses incisos com carinho! =)

Art. 2.º Para fins de **apuração** da aplicação dos **recursos mínimos** estabelecidos nesta Lei Complementar, considerar-se-ão como **DESPESAS** com **ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde** que atendam, **simultaneamente**, aos **Princípios do SUS** estatuídos pela Lei n.º 8.080/1990, e às seguintes **diretrizes**:

I - Sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso **universal, igualitário e gratuito**;

II - Estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação, e;

III - Sejam de responsabilidade **específica do setor da saúde**, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.

Para você lembrar, são esses os Princípios do SUS:

Princípios (LOS):
1. Universalidade;
2. Integralidade;
3. Preservação;
4. Igualdade;
5. Direito à Informação;

6. Divulgação de Informações;
7. Utilização da Epidemiologia;
8. Participação da Comunidade;
9. Descentralização;
10. Integração;
11. Conjugação dos recursos;
12. Capacidade de Resolução
13. Organização.

O Artigo 2.º traz a definição de despesas com ações e serviços de saúde, e as obriga seguir as **3 diretrizes** supracitadas, bem como os **7 princípios do SUS**, elencados pela Lei Orgânica da Saúde (LOS).

Além de atender aos critérios supracitados, as despesas com ações e serviços públicos de saúde realizadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos **fundos de saúde**.

*Art. 3.º Observadas às disposições do Art. 200 da CF/1988 (**competências do SUS**), do Art. 6.º da Lei n.º 8.080/1990 (**campo de atuação do SUS**), e do Art. 2.º desta Lei Complementar (**definição de despesa com ações e serviços de saúde**), para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos aqui estabelecidos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes à:*

*I - **vigilância** em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;*

*II - **Atenção integral e universal** à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;*

*III - **Capacitação do pessoal** de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);*

IV - Desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;

*V - Produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: **imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos**;*

*VI - **Saneamento básico** de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de*

Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;

*VII - **Saneamento básico** dos distritos sanitários especiais **indígenas** e de comunidades remanescentes de quilombos;*

*VIII - **Manejo ambiental** vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;*

IX - Investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;

X - Remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;

XI - Ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde, e;

*XII - **Gestão do sistema público de saúde** e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.*

Dando continuidade ao Art. 2.º, que define despesas com ações e serviços de saúde, o Art. 3.º enumera os **12 tipos de despesas** dessa espécie.

*Art. 4.º **Não constituirão despesas** com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos de que trata esta Lei Complementar, aquelas decorrentes de:*

*I - Pagamento de **aposentadorias** e **pensões**, inclusive dos servidores da saúde;*

*II - Pessoal ativo da área de saúde quando em **atividade alheia** à referida área;*

*III - Assistência à saúde que **não atenda** ao princípio de acesso universal;*

*IV - **Merenda escolar** e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, **ressalvando-se o disposto no inciso II do Art. 3.º (atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo a recuperação de deficiências nutricionais)**;*

V - Saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e **mantidas** com recursos provenientes de **taxas**, **tarifas** ou **preços públicos** instituídos para essa finalidade;

VI - **Limpeza urbana** e remoção de resíduos;

VII - Preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;

VIII - Ações de **assistência social**;

IX - **Obras de infraestrutura**, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde, e;

X - Ações e serviços públicos de saúde **custeados** com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.

O Art. 4.º traz 10 despesas que **não** são classificadas como despesas de saúde. O único ponto que merece destaque é o inciso IV, que informa que a merenda escolar não é uma despesa de saúde. Entretanto, a recuperação de deficiências nutricionais é uma despesa com saúde. Muita atenção!

Para a prova, é importante você não confundir as **despesas com saúde** (Art. 3.º) com as **não despesas com saúde** (Art. 4.º). =)

Art. 5.º A **União** aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, **no mínimo**, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual (LOA).

O Art. 5.º determina o valor mínimo de recursos que a União deverá aplicar anualmente em ações e serviços de saúde. Nesse ponto, acredito que uma equação vai facilitar o seu entendimento. Observe:

Valor do Ano Anterior
(+) Variação Nominal do PIB no ano anterior

(=) Valor Atual MÍNIMO

Os quais:

Valor do Ano Anterior: Valor que a União aplicou no ano anterior em ações e serviços de saúde;

Variação Nominal do PIB no ano anterior: Variação nominal do produto interno bruto do ano anterior, e;

Valor Atual Mínimo: Valor que a União aplicará em ações e serviços de saúde.

Ainda cabe uma observação: em caso de **variação negativa do PIB**, o valor a ser aplicado em ações e serviços de saúde **não poderá ser reduzido**, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro.

Art. 6.º Os **Estados** e o **Distrito Federal** aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, **no mínimo, 12%** da arrecadação dos impostos a que se refere o Art. 155 (**ITCMD, ICMS e IPVA**) e dos recursos de que trata o Art. 157 (**IRRF do EM/DF e 20% dos impostos residuais**), a alínea "a" do inciso I (**FPE: 21,5% da soma do IRRF da União + IPI**) e o inciso II (**10% do IPI**) do caput do Art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Aos Estados e ao Distrito Federal fica a obrigação de aplicar anualmente, em ações e serviços de saúde, um percentual **mínimo de 12%** sobre o somatório dos seguintes recursos arrecadados ou repassados:

1. Total de arrecadação dos impostos estaduais ou distritais: Imposto sobre transmissão causa mortis e doação, de quaisquer bens (imóveis e móveis) ou direitos (**ITCMD**), Imposto sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação, ainda que as operações e as prestações se iniciem no exterior (**ICMS**) e Imposto sobre propriedade de veículos automotores (**IPVA**);
2. Imposto de Renda Retido na Fonte (**IRRF**) do próprio Estado ou Distrito Federal;
3. **20% dos Impostos Residuais** que a União poderá criar;
4. Recursos do Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal (**FPE**), que corresponde a **21,5%** do somatório do **IRRF da União** e do **IPI** recolhido, e;

5. Mais **10% do IPI** recolhido.

Esquemáticamente, para os Estados e o DF temos:

ITCMD + ICMS + IPVA
(+) IRRF - Estado/DF
(+) 20% Impostos Residuais
(+) FPE = 21,5% x (IRRF - União + IPI)
(+) 10% IPI
<hr/>
(=) Fundo Total
(x) 12%, no mínimo
<hr/>
(=) Recursos destinados à Saúde

Art. 7.º Os **Municípios** e o **Distrito Federal** aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, **no mínimo, 15%** da arrecadação dos impostos a que se refere o Art. 156 (**IPTU, ITBI e ISS**) e dos recursos de que tratam o Art. 158 (**IRRF do M, 50% do ITR, 50% do IPVA, 25% do ICMS**) e a alínea "b" do inciso I (**FPM: 22,5% da soma do IRRF da União + IPI**) do caput e o § 3.º (**25% x 10% do IPI do Estado**) do Art. 159, todos da Constituição Federal.

Aos Municípios e ao Distrito Federal fica a obrigação de aplicar anualmente, em ações e serviços de saúde, um percentual **mínimo de 15%** sobre o somatório dos seguintes recursos arrecadados ou repassados:

1. Total de arrecadação dos impostos municipais ou distritais: Imposto sobre propriedade predial e territorial urbana (***IPTU***), Imposto sobre transmissão "inter vivos", a qualquer título, por ato oneroso, de bens imóveis, por natureza ou acessão física, e de direitos reais sobre imóveis, exceto os de garantia, bem como cessão de direitos a sua aquisição (***ITBI***) e Imposto sobre serviços de qualquer natureza, não compreendidos no Art. 155, II (ICMS), definidos em lei complementar (***ISS***);
2. Imposto de Renda Retido na Fonte (***IRRF***) do próprio Município ou do DF;
3. **50%** do Imposto Territorial Rural (***ITR***) arrecadado pela União das terras pertencentes ao Município ou ao DF;
4. **50%** do ***IPVA*** arrecadado pelo Estado dos veículos pertencentes ao Município ou ao DF;

5. **25%** do **ICMS** arrecadado pelo Estado, a ser dividido entre os Municípios;

6. Recursos do **FPM** (Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal), que corresponde a **22,5%** do somatório do **IRRF da União** e do **IPI recolhido**, e;

7. **25%** dos 10% do IPI recolhido repassados aos Estados.

Esquemáticamente, para os Municípios e o DF temos:

IPTU + ITBI + ISS
(+) IRRF - Estado/DF
(+) 50% ITR
(+) 50% IPVA
(+) 25% ICMS
(+) FPM - 22,5% x (IRRF - União + IPI)
(+) 25% x 10% IPI
<hr/>
(=) Fundo Total
(x) 15%, no mínimo
<hr/>
(=) Recursos destinados à Saúde

Art. 8.º O **Distrito Federal** aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, **no mínimo, 12%** do produto da arrecadação direta dos impostos que **não possam ser segregados em base estadual e em base municipal**.

No Direito Tributário temos que os Estados têm competência para instituir certos impostos e que os Municípios têm competência para instituir outros impostos. O DF foi agraciado pelo acúmulo de competências estadual e municipal, e por essa razão, você deve ter observado nos dois artigos anteriores que esse ente possui obrigação de arrecadar 12% sobre um determinado fundo (competência estadual) e 15% sobre outro (competência municipal). Além desses dois fundos já estudados, a Lei Complementar n.º 141/2012 **alargou a base de financiamento do DF** ao trazer a redação supracitada do Art. 8.º. Em resumo, além dos recolhimentos para a saúde com base na sua competência municipal e estadual, o DF ainda deverá recolher, **no mínimo, 12%** dos seus impostos arrecadados que não estejam reservados à competência estadual ou municipal.

Art. 9.º Está compreendida na **base de cálculo** dos percentuais dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios qualquer

compensação financeira proveniente de impostos e transferências constitucionais previstos na CF/1988, já instituída ou que vier a ser criada, bem como a **dívida ativa**, a **multa** e os **juros de mora** decorrentes dos impostos cobrados diretamente ou por meio de processo administrativo ou judicial.

No cálculo dos recursos a serem destinados a ações e serviços de saúde por parte dos entes políticos (União, Estados, DF e Municípios), já se levará em consideração a **compensação financeira** entre os entes em relação aos impostos arrecadados, as transferências de recursos, a dívida ativa, a multa de mora e os juros de mora.

Art. 10. Para efeito do cálculo do montante de recursos previsto nos Artigos. 6.º (**Recursos dos Estados e do DF para Saúde**) e 7.º (**Recursos dos Municípios e do DF para Saúde**), devem ser considerados os recursos decorrentes da **dívida ativa**, da **multa** e dos **juros de mora** provenientes dos impostos e da sua respectiva dívida ativa.

Sem maiores comentários.

Art. 11. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios **deverão observar** o disposto nas respectivas Constituições ou Leis Orgânicas sempre que os percentuais nelas estabelecidos forem superiores aos fixados nesta Lei Complementar para aplicação em ações e serviços públicos de saúde.

A Constituição do Estado e a Lei Orgânica do Município são as cartas magnas na esfera estadual e municipal, respectivamente. Em suma, se a Constituição de determinado Estado trazer que o percentual a ser aplicado em saúde é de 17% ao invés dos 12% previstos na Lei Complementar n.º 141/2012, aplicar-se-ão os 17%.

Art. 12. Os recursos da União serão repassados ao Fundo Nacional de Saúde (**FNS**) e às demais unidades orçamentárias (**UO**) que compõem o órgão Ministério da Saúde (**MS**), para ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde.

Os recursos da União passarão necessariamente pelo FNS antes de serem aplicados em ações de saúde. Essa é a regra.

Art. 14. O **Fundo de Saúde**, instituído por lei e mantido em funcionamento pela administração direta da **União**, dos **Estados**, do **Distrito Federal** e dos **Municípios**, constituir-se-á em unidade orçamentária (**UO**) e gestora (**UG**) dos recursos destinados a ações

e serviços públicos de saúde, **ressalvados** os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde.

O Fundo de Saúde, gerido pelos entes políticos, é responsável pela gestão e pela parte orçamentária dos recursos destinados à Saúde. A única exceção fica por conta dos repasses feitos diretamente ao Ministério da Saúde, que não passam pelo Fundo de Saúde.

*Art. 16. O repasse dos recursos previstos nos Arts. 6.º (**Recursos dos Estados e do DF para Saúde**), 7.º (**Recursos dos Municípios e do DF para Saúde**) e 8.º (**Recursos do DF sobre outras fontes**) será feito diretamente ao **Fundo de Saúde** do respectivo ente da Federação e, no caso da União, também às demais unidades orçamentárias (**UO**) do Ministério da Saúde.*

Conforme consta, o repasse dos recursos arrecadados pelos entes federativos será feito **diretamente** ao Fundo de Saúde do respectivo ente. No caso específico da União, essa repassará os recursos ao seu Fundo de Saúde e ao **Ministério da Saúde**, que é agraciado com alguns recursos repassados diretamente.

Por fim, seguem alguns outros dispositivos importantes da Lei Complementar n.º 141/2012. Considero que uma boa leitura seja suficiente. =)

Seção III **Da Movimentação dos Recursos da União**

Art. 17. O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto na Lei n.º 8.080/1990 e os objetivos presentes no Art. 198, § 3.º, inciso II da CF/1988, a saber:

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.

§ 1.º O Ministério da Saúde definirá e publicará, anualmente, utilizando metodologia pactuada na comissão intergestores tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, os montantes a serem transferidos a cada

Estado, ao Distrito Federal e a cada Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde.

§ 2.º Os recursos destinados a investimentos terão sua programação realizada anualmente e, em sua alocação, serão considerados prioritariamente critérios que visem a reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde.

§ 3.º O Poder Executivo, com a direção do SUS sendo realizada pelo Ministério da Saúde no âmbito da União, manterá os Conselhos de Saúde e os Tribunais de Contas de cada ente da Federação informados sobre o montante de recursos previsto para transferência da União para Estados, Distrito Federal e Municípios com base no Plano Nacional de Saúde, no termo de compromisso de gestão firmado entre a União, Estados e Municípios.

Art. 18. Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com as ações e serviços públicos de saúde, de custeio e capital, a serem executados pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos.

Parágrafo único. Em situações específicas, os recursos federais poderão ser transferidos aos Fundos de Saúde por meio de transferência voluntária realizada entre a União e os demais entes da Federação, adotados quaisquer dos meios formais previstos no Art. 71, inciso VI da CF/1988, observadas as normas de financiamento.

CF/1988, Art. 71. O controle externo, a cargo do Congresso Nacional, será exercido com o auxílio do Tribunal de Contas da União, ao qual compete:

VI - Fiscalizar a aplicação de quaisquer recursos repassados pela União mediante convênio, acordo, ajuste ou outros instrumentos congêneres, a Estado, ao Distrito Federal ou a Município.

Seção IV

Da Movimentação dos Recursos dos Estados

Art. 19. O rateio dos recursos dos Estados transferidos aos Municípios para ações e serviços públicos de saúde será realizado segundo o critério de necessidades de saúde da população e levará em consideração as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica e espacial e a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, observada a

necessidade de reduzir as desigualdades regionais, nos termos do Art. 198, § 3.º, inciso II da CF/1988, a saber:

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.

§ 1.º Os Planos Estaduais de Saúde deverão explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de recursos aos Municípios, pactuadas pelos gestores estaduais e municipais, em comissão intergestores bipartite, e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde.

§ 2.º O Poder Executivo, com a direção do SUS sendo realizada pelas Secretarias de Saúde no âmbito estadual e municipal, manterá o respectivo Conselho de Saúde e Tribunal de Contas informados sobre o montante de recursos previsto para transferência do Estado para os Municípios com base no Plano Estadual de Saúde.

Art. 20. As transferências dos Estados para os Municípios destinadas a financiar ações e serviços públicos de saúde serão realizadas diretamente aos Fundos Municipais de Saúde, de forma regular e automática, em conformidade com os critérios de transferência aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde.

Parágrafo único. Em situações específicas, os recursos estaduais poderão ser repassados aos Fundos de Saúde por meio de transferência voluntária realizada entre o Estado e seus Municípios, adotados quaisquer dos meios formais previstos no Art. 71, inciso VI da CF/1988, observadas as normas de financiamento.

CF/1988, Art. 71. O controle externo, a cargo do Congresso Nacional, será exercido com o auxílio do Tribunal de Contas da União, ao qual compete:

VI - fiscalizar a aplicação de quaisquer recursos repassados pela União mediante convênio, acordo, ajuste ou outros instrumentos congêneres, a Estado, ao Distrito Federal ou a Município.

Art. 21. Os Estados e os Municípios que estabelecerem consórcios ou outras formas legais de cooperativismo, para a execução conjunta de ações e serviços de saúde e cumprimento da diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da rede de serviços, poderão remanejar entre si parcelas dos recursos dos Fundos de Saúde derivadas tanto de receitas próprias como de transferências obrigatórias, que serão

administradas segundo modalidade gerencial pactuada pelos entes envolvidos.

Parágrafo único. A modalidade gerencial referida no caput deverá estar em consonância com os preceitos do Direito Administrativo Público, com os princípios inscritos na Lei n.º 8.080/1990, na Lei n.º 8.142/1990 e na Lei n.º 11.107/2005 (Consórcios Públicos), e com as normas do SUS pactuadas na comissão intergestores tripartite e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

08. Determinantes Sociais da Saúde.

Por definição, as **Determinantes Sociais da Saúde (DSS)** são as condições **econômicas**, **educacionais** e **sociais** que afetam a saúde do indivíduo. Em regra, as doenças mais comuns são primariamente determinadas por uma série de fatores socioeconômicos que aumentam ou diminuem o risco de contrair tal doença.

Para constar, as DSS estão intrinsecamente ligadas aos seguintes fatores: renda, educação, emprego, desenvolvimento infantil, cultura e condições ambientais.

Sendo assim, pessoas e famílias em boa situação socioeconômica, e que possuem boa educação, possuem menor risco de adquirirem ou serem afetados por doenças, devido ao maior conhecimento e acesso aos meios pelo qual as doenças podem ser tratadas, enquanto que gênero e cultura estão comumente correlacionados com fatores socioeconômicos, e visto, são incluídos como determinantes sociais.

Por outro lado, pessoas e famílias com situação socioeconômica precária tendem a ter um risco alto de adquirirem ou serem afetadas por tais doença. =/

Não obstante, considero importante conhecer algumas definições de DSS, a saber:

"DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população." (Pelegri Filho).

"DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham." (Organização Mundial da Saúde – OMS).

"DSS são como os fatores e mecanismos através dos quais as condições sociais afetam a saúde e que potencialmente podem ser alterados através de ações baseadas em informação." (Nancy Krieger).

"DSS são características sociais dentro das quais a vida transcorre." (Tarlov).

Por fim, segue um esquema bem interessante sobre o tema. =)

Determinantes da Saúde (Dahlgren e Whitehead)



Determinantes sociais de saúde (DSS) são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou "as características sociais dentro das quais a vida transcorre" (Tarlov, 1996)

09. Principais Doenças que afetam a População Brasileira: Caracterização, Prevenção e Profilaxia.

Nos dias atuais, são inúmeras as doenças que afetam a população brasileira, sendo dessa forma impossível explanarmos sobre todas elas de maneira detalhada. Sendo assim, elegi as seguintes doenças para serem abordadas nesse tópico final:

1. Obesidade;

2. Câncer;

- 3. AIDS;**
- 4. Diabetes;**
- 5. Dengue;**
- 6. Hepatite;**
- 7. Hipertensão;**
- 8. Alcoolismo;**
- 9. Colesterol, e;**
- 10. Depressão.**

Sem delongas, vamos iniciar.

01. Obesidade.

Atualmente, no Brasil, a Obesidade é considerada o distúrbio metabólico mais frequente na sociedade, quadro esse que se repete em vários outros países industrializados pelo mundo. Por sua alta frequência e por ser considerado fator de risco no desencadeamento de Diabetes, Doenças Cardiovasculares, Hipertensão Arterial e alguns tipos de Câncer, a Obesidade representa um grave problema de Saúde Pública.

Por definição, a Obesidade constitui um excesso de tecido adiposo, acompanhado de aumento do peso corporal tornando-se um risco para a saúde do indivíduo. No caso, o tecido adiposo normalmente representa algo entre 10% e 20% do peso corporal do paciente, quando obeso.

Durante o processo de obesidade, as células do tecido adiposo (os adipócitos) carregam-se de gordura, aumentando de tamanho. Na segunda fase, a célula já não pode crescer mais, formando-se novos adipócitos, o que pode acontecer de maneira ilimitada e infinita.

Causas.

Existe um desequilíbrio energético no qual participam 3 fatores fundamentais: hereditariedade, ingestão calórica e gasto energético. Dessa forma, temos:

Hereditariedade: em 1/3 dos obesos, um dos pais também é obeso. Quando ambos os genitores são obesos, a possibilidade de que seus filhos também sejam obesos pode chegar a 50%;

Ingestão calórica: quando o organismo ingere mais calorias do que consome, o excesso se armazena como gordura conduzindo gradativamente à obesidade. É possível que o controle do apetite opere defeituosamente, já que os obesos desta categoria não passam por uma sensação precisa de fome ou a confundem com sentimentos de ansiedade ou depressão, e;

Gasto energético: o metabolismo dos obesos é normal ou elevado, não podendo culpar-se a diminuição do mesmo como responsável pela economia calórica.

Consequências:

Aparelho cardiovascular: hipertensão, aterosclerose e varizes nos membros inferiores;

Aparelho respiratório: ocorre um aumento do trabalho respiratório para mover a caixa torácica e o abdômen, com dificuldade para respirar;

Manifestações metabólicas: 80% dos diabéticos, no momento do diagnóstico, são obesos, o que traz um natural aumento do colesterol, e;

Aparelho digestivo: intolerância a certas comidas, flatulência, aumento do tamanho do fígado por depósito de gordura.

Tratamento:

O tratamento da obesidade não se destina unicamente a tratar o excesso de peso, mas a melhorar o estado geral de saúde. Recomenda-se ao paciente:

Redução da quantidade calórica: com dietas hipocalóricas equilibradas de proteínas, gorduras e hidratos de carbono;

Aumento do gasto energético: um programa de exercício físico adaptado às condições do paciente;

Medicamentos: redutores de apetite são utilizados somente como complemento do tratamento em um grupo limitado de pessoas obesas, e;

Psicoterapia: é importante estimular a motivação destas pessoas, ajudando-as a seguir a dieta e a modificar sua atitude em relação às comidas.

02. Câncer.

O Câncer consiste num crescimento anormal das células, até que essas se formem em massas de tecidos chamadas tumores. Há dois tipos de tumores: benignos, ou não cancerosos, e malignos, ou cancerosos.

Os tumores benignos possuem 6 características principais:

1. Somente crescem até um determinado tamanho;
2. Normalmente, não crescem muito rápido;
3. Não destroem células normais;
4. Não se propagam ao tecido que os cerca;
5. Normalmente não produzem efeitos secundários graves, e;
6. De modo geral, crescem de uma maneira ordenada.

Por seu turno, os tumores malignos são conhecidos por sua capacidade de invadir e destruir tecidos e órgãos, tanto os que estão próximos quanto os que estão mais afastados do tumor original. A morte acontece quando a propagação do Câncer danifica os tecidos e os órgãos vitais, de tal maneira que não possam mais funcionar normalmente.

As células do Câncer que atacam os tecidos nunca param de se multiplicar, e apesar de a doença ter um comportamento distinto em cada pessoa, pode variar de acordo com o seu tipo (benigno e maligno).

É possível também seu surgimento em qualquer idade embora a tendência seja afetar pessoas em idade avançada, geralmente a partir dos 55 anos. O Câncer também pode se apresentar em crianças, sendo a segunda maior causa de mortes entre 1 e 15 anos.

Causas:

O Câncer pode ser causado por razões externas ao corpo e também por causas internas. Os fatores externos são representados por situações em que o indivíduo se encontra exposto a produtos ou condições que favoreçam o desencadeamento da doença.

Pintores, fabricantes de pneus, destiladores e fabricantes de sapatos estão frequentemente expostos ao benzeno (composto líquido tóxico e inflamável usado como solvente ou matéria prima na produção de muitos compostos orgânicos).

Trabalhadores de minas, de isolamentos e de estaleiros, por outro lado, estão frequentemente expostos ao asbesto (variedade fibrosa de sais minerais com grande flexibilidade e resistência química, térmica, elétrica e à tração utilizados em vários produtos comerciais)

Outros fatores ambientais que causam câncer incluem:

- ✓ Exposição a agentes contaminantes ambientais, tais como os gases emitidos por automóveis;
- ✓ Exposição às radiações solares;
- ✓ Exposição a níveis altos de raios X, e;
- ✓ Exposição a radiações eletromagnéticas.

Os fatores internos que podem levar ao desenvolvimento do Câncer incluem a obesidade, as infecções causadas por vírus como a hepatite B crônica ou um histórico familiar no qual o Câncer figura (predisposição genética).

As possibilidades de sobrevivência ao Câncer dependem do local em que o câncer se desenvolve no corpo e dos tipos de tratamento utilizado dentre as cinco formas principais disponíveis:

- ✓ Cirurgia;
- ✓ Radioterapia;
- ✓ Quimioterapia;
- ✓ Terapia hormonal, e;

- ✓ Terapia biológica.

Para o tratamento do câncer o médico pode utilizar apenas um método ou uma combinação de vários.

02.01. Câncer de Mama.

O Câncer de mama é o câncer mais comum entre as mulheres de raça branca. Esse Câncer representa atualmente 10% do total dos cânceres entre a mulheres. Calcula-se que nos próximos 10 anos serão diagnosticados aproximadamente 9 milhões de novos casos, que provocarão a morte de 3 milhões de mulheres em todo o planeta.

Apesar das estatísticas desencorajadoras, o diagnóstico precoce ainda é o maior aliado no tratamento do Câncer de Mama. A detecção prematura do tumor permite uma maior porcentagem de cura total da doença, reduzindo consequentemente o número de vítimas fatais.

Fatores de risco:

Os fatores de risco permitem identificar as mulheres que têm maior probabilidade de desenvolver o câncer. Mesmo assim, não se trata de cálculo matemático! Uma mulher com fatores de risco de Câncer de Mama pode não manifesta-los ao longo de toda a sua vida, e vice-versa. De qualquer forma, os fatores de risco para esta doença são, entre outros:

- ✓ Fertilidade diminuída;
- ✓ Não ter amamentado;
- ✓ Antecedentes hereditários;
- ✓ Antecedentes de doenças da mama, e;
- ✓ Ausência de filhos ou idade avançada no primeiro parto.

Ponto de vista clínico:

O Câncer de Mama, do ponto de vista clínico, pode se apresentar de várias maneiras. Dentre as diversas manifestações ocorrentes possíveis, a apresentação de um tumor que toma a forma de um nódulo duro e indolor, pode ser sentido ao tocar a mama ou se ver no espelho.

O Câncer também pode se manifestar como uma retração do mamilo, ou vazamento de sangue pelo mesmo (o que é pouco frequente), o que exige atendimento médico imediato. Às vezes não há manifestação de sintoma algum e o diagnóstico é feito mediante um estudo e exames complementares (mamografia e ultrassonografia, por exemplo).

Muitas pessoas preocupam-se com dores nas mamas, mas grande parte das vezes o Câncer é uma doença silenciosa e assintomática, deixando o legado do incômodo ou desconforto para outros tipos de problemas, como inflamações, por exemplo.

Exames complementares:

Exames complementares são procedimentos auxiliares ao diagnóstico (estudos por imagens, análises de laboratório, etc.) que podem ajudar o médico a diagnosticar uma patologia. É imprescindível a participação da mulher no diagnóstico do Câncer de Mama, haja vista ser ela própria a primeira linha de defesa contra a doença, por meio do Autoexame Mamário, observando se há nódulos, retrações ou secreções.

É de suma importância estar corretamente instruída para fazer o Autoexame, uma vez que, qualquer sintoma em potencial pode garantir um diagnóstico precoce. A frequência do Autoexame deve ser mensal, à conclusão de cada ciclo menstrual.

O segundo passo é a consulta médica. A partir daí já entram em jogo diferentes métodos de tratamento que vão desde os menos até os mais invasivos, e dos de baixo custo até aos mais dispendiosos, a saber: Mamografia, Ultrassonografia, Ressonância Magnética, Termografia (muito discutida), Citologia, Punção Histológica e Biopsia Cirúrgica (Cirurgia). De todas elas, a mamografia é o passo a seguir no diagnóstico do câncer de mama, uma vez que é o método menos invasivo e de menor custo, tendo um papel importantíssimo na detecção da referida doença.

A mamografia possui uma alta capacidade de detecção de nódulos, opacidades difusas, calcificações, microcalcificações (calcificações menores de 1mm.) e imagens da perda da arquitetura da mama que levam a suspeitar do câncer. Sua verdadeira importância fica na detecção de pequenos cânceres (sempre menores que 1cm.) e lesões pré-cancerosas que, com o tempo, podem levar ao Câncer.

02.02. Câncer de Próstata.

O Câncer de Próstata é, nos homens, o segundo câncer em termos de frequência de aparecimento. Possui a maior incidência entre homens na faixa dos 60 e 70 anos de idade. A próstata, como a maioria das glândulas do organismo, está submetida à influência dos hormônios. É nela que os androgênios (hormônios masculinos) e os estrogênios (hormônios femininos) exercem sua influência, sendo o desequilíbrio entre eles fator desencadeante dessa doença nos homens.

Sintomas

Nas fases iniciais, o câncer de próstata geralmente é assintomático. Porém, ao crescer e invadir órgãos vizinhos, como por exemplo, a bexiga, pode provocar disúria (dor ou ardor ao urinar), aumento da frequência miccional, gotejamento pós-micção, dor na barriga, dores ósseas (o câncer da próstata tem predileção por invadir os ossos) e anemia.

Há de ser mencionado que, visto que a doença apresenta escassos sintomas nas fases iniciais, seu diagnóstico costuma ser tardio. Quando os homens finalmente procuram atendimento médico, 45% já estão em etapas avançadas da doença.

Assim, considerando que a administração do tratamento na fase inicial deste câncer implica em resultados satisfatórios, é de suma importância que o diagnóstico seja realizado o quanto antes.

Diagnóstico:

Métodos como o exame retal, exames de laboratórios (análise e cultura de sangue e urina), exame de ultrassom ou biopsia da próstata são atualmente os meios disponíveis para a exata diagnose.

Mediante o exame retal, o médico pode avaliar, embora de maneira subjetiva, o tamanho da próstata, sendo que a doença será suspeitada se verificar a presença de nódulos com a apalpação da referida glândula.

Os exames de laboratório destinam-se a confirmar a suspeita do médico ou a descartá-la. O antígeno prostático específico (ou PSA) é um exame de baixo custo que se popularizou na década de 90, sendo necessário apenas uma amostra de sangue para ser realizado.

O PSA é um elemento do sêmen produzido pela próstata, encontrado normalmente no sangue. Com a idade, a tendência é se observar um aumento da taxa desse PSA, que não poderá ser muito elevada, caso contrário, indicará um provável tumor.

Tratamento:

Para tratar o câncer de próstata podem-se combinar diferentes métodos:

- ✓ Cirurgia (extirpação do câncer);
- ✓ Radioterapia (uso de radiação para eliminação do câncer);
- ✓ Terapia hormonal (uso de hormônio para deter o desenvolvimento do câncer);
- ✓ Quimioterapia (uso de drogas para impedir o desenvolvimento do câncer), e;
- ✓ Terapia biológica (usando o sistema imunológico para deter o câncer).

03. AIDS.

AIDS ou SIDA, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, trata-se de uma infecção crônica causada pelo vírus HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana - HIV é a sigla em inglês) que destrói gradativamente o sistema imunológico. Por sua vez, a infecção pelo vírus HIV não significa contrair a AIDS, sendo que o período transitório entre a infecção e a doença pode perdurar por muitos anos sem apresentar sintomas. A pessoa infectada sente-se bem e tem boa aparência.

Quando isso ocorre (a pessoa já está infectada, mas ainda não desenvolveu a doença), diz-se que a pessoa é "soropositiva", ou seja, já pode infectar outras pessoas. A infecção por HIV assintomática é caracterizada por um período no qual ocorre uma deterioração lenta do sistema imunológico. Há uma depleção (redução) dos linfócitos auxiliares, criando uma deterioração do sistema imunológico.

Num estudo entre pessoas infectadas por HIV, realizado entre 1997 e 2000, alguns indivíduos não apresentavam nenhum sintoma enquanto que outros apenas apresentavam linfo-adenopatias generalizadas (nódulos inflamados). Não se pode afirmar que todas as pessoas infectadas com o HIV desenvolvem inevitavelmente a AIDS.

Os fatores de risco de uma infecção por HIV são o contato sexual com uma pessoa infectada, uso de drogas via intravenosa por meio de seringas

compartilhadas, transfusões de sangue ou plasma contaminados, ou ainda nascer de uma mãe infectada.

Sintomas:

Não há sintomas na fase inicial da doença (infecção). Mas quando estes começam a aparecer, incluem:

- ✓ Inflamação das glândulas linfáticas;
- ✓ Desordens na pele, e;
- ✓ Meningite séptica.

Diagnóstico:

O exame que mostra a infecção por HIV se chama Teste ELISA, existente desde 1985, que não detecta diretamente a presença do vírus HIV, mas os anticorpos produzidos pelo corpo contra ele. Só apresentará anticorpos o indivíduo que tiver tido contato com o referido vírus.

O exame para o HIV pode passar por um período "cego" ou falso negativo. Este período transcorre desde a infecção do indivíduo com o HIV até a soroconversão positiva. Esse lapso temporal também é conhecido como Janela Imunológica, ou seja, o período que leva para que o sujeito seja contaminado pelo vírus e comece a produzir anticorpos suficiente para ser detectado pelo teste ELISA.

Há algumas décadas o teste em questão possuía uma janela imunológica de 5 ou 6 meses. Hoje, com a evolução da tecnologia médica, o teste ELISA leva poucas semanas para identificar seguramente um indivíduo soropositivo, o que ajuda a evitar a disseminação da doença pelo infectado.

Tratamento:

Recomenda-se terapia com agentes antivirais em pessoas infectadas pelo HIV, tanto sintomáticas como assintomáticas. Sabe-se que as pessoas infectadas pelo HIV desenvolvem a AIDS num espaço de tempo variável, sendo que a média tende a variar de 8 a 10 anos, embora as crianças a desenvolvam muito antes. Todavia, existem pessoas que, mesmo depois de 15 anos de infecção não manifestam sinais da doença.

04. Diabetes.

A Diabetes (ou diabete) é uma doença muito comum em todo o mundo. Às vezes produz sintomas desde seu início, outras vezes não apresenta nenhum, passando totalmente despercebida. Por isso, um grande número de pessoas portadoras de diabetes não sabe que tem a doença, tomando conhecimento apenas quando a doença evolui ou acarreta alguma complicação, como, por exemplo, um enfarte de miocárdio.

A diabete é uma doença que impede o aproveitamento correto dos alimentos ingeridos, especialmente dos açúcares, devido a uma carência total ou parcial de um hormônio chamado insulina.

Uma pessoa normal ingere, com a sua alimentação, açúcares, proteínas e gorduras. O alimento é digerido no estômago e absorvido no intestino delgado. Depois, chega ao fígado, onde uma parte se transforma em glicose, que entra na corrente sanguínea e faz com que o pâncreas produza insulina. A insulina permite que a glicose entre nas células e produza calor e energia.

Grosso modo, a insulina abre a porta da célula para que a glicose possa entrar. Quando uma pessoa diabética se alimenta, o pâncreas não produz a insulina necessária para que esta glicose entre nas células, provocando um acúmulo ou aumento de açúcar no sangue (glicemia elevada). Então o organismo consome gorduras e proteínas para obter energia.

O diagnóstico precoce da diabetes permite estabelecer o tratamento adequado e evitar possíveis complicações.

Existem dois tipos de diabetes:

a) Diabetes Tipo 1 (Insulinodependente):

A diabete tipo 1 ou "insulinodependente" é aquela que requer a administração diária de insulina para seu controle adequado. Essa forma clínica de Diabetes se apresenta com maior frequência em crianças e adultos jovens, e ocorre porque as células do pâncreas (células insulino produtoras), que normalmente fabricam a insulina, não fazem seu trabalho ou produzem quantidades insuficientes do hormônio.

Em pessoas com predisposição para desenvolver este tipo de diabetes, infecções virais ou o próprio sistema imunológico do organismo (sistema de defesa contra a infecção) podem atacar as células insulino produtoras do pâncreas e alterar a secreção da insulina.

Geralmente, os sintomas aparecem de forma inesperada. Os mais comuns são: cansaço ou debilidade, apetite exagerado (polifagia), sede intensa (polidipsia), micção frequente (poliúria), visão distorcida ou mudanças na visão. Todos esses sintomas são secundários ao aumento de glicose no sangue (hiperglicemia).

A perda súbita de peso indica níveis baixos de insulina, e sua presença junto aos outros sintomas deve alertar sobre a necessidade de iniciar o tratamento. O tratamento consiste na associação de um plano de alimentação adequado, exercício físico e aplicação de insulina, cuja dose e frequência de injeções serão determinadas pelo médico em cada caso particular.

b) Diabetes tipo 2 (não insulino dependente):

A diabetes tipo 2 ou "não insulino dependente" afeta habitualmente adultos obesos com mais de 40 anos. Esta é a forma clínica mais comum (90% do total de diabéticos). No tipo 2, as células insulino produtoras do pâncreas produzem insulina, mas o organismo não pode utilizá-la adequadamente. Há insulina, mas as células parecem não a reconhecer, e a glicose não pode entrar nos tecidos.

Esta incapacidade de usar o hormônio de maneira eficaz se chama "insulino-resistência". Nestes casos, o pâncreas é obrigado a fabricar cada vez mais insulina, sem alcançar o efeito normal, o que aumenta o nível de açúcar no sangue (hiperglicemia). A diabetes não insulino dependente é uma doença hereditária. Herda-se a predisposição para desenvolvê-la, e diversos fatores a desencadeiam, tais como:

- ✓ Infecções;
- ✓ Intervenções cirúrgicas;
- ✓ Menopausa, e;
- ✓ Emoções.

A obesidade deve ser destacada como um fator que precipita a diabetes, por produzir insulino-resistência. Uma pessoa que tenha parentes diabéticos possui predisposição, portanto deve evitar o sobrepeso.

O início da doença é lento, apresenta os mesmos sintomas que a diabetes tipo 1, mas geralmente mais leves. Isto explica porque, tanto para o paciente quanto para o médico, o diagnóstico é mais difícil.

A maioria dos diabéticos não insulino-dependentes pode alcançar um bom controle metabólico com um plano de alimentação (alcançando o peso ideal) e exercícios físicos. Em alguns casos é necessário agregar ao tratamento medicamentos orais (hipoglicemiantes orais).

A aplicação de insulina se reserva para situações especiais, como perda de peso, gravidez, intervenções cirúrgicas, infecções ou outras doenças que possam interferir no controle da glicemia.

05. Dengue.

A dengue é uma doença infecciosa, cujo agente causador é um vírus que pertence ao gênero "flavovirus" (vírus filtrável). Afeta, sobretudo pessoas não vacinadas, viajantes a regiões tropicais e crianças.

O ciclo de transmissão da dengue inclui o homem infectado, o vírus, o mosquito *Aedes aegypti*, e o homem não infectado. A dengue dissemina-se sobretudo nas regiões de clima tropical e subtropical, ocorrendo com grande frequência na América do Sul.

A transmissão do vírus às pessoas susceptíveis se realiza por meio da picada de mosquitos infectados. Não existe a transmissão por contato direto com pacientes ou suas secreções.

O *A. Aegypti* é um mosquito de hábitos domésticos, sumamente urbanizado, cujo habitat está intimamente relacionado às condições domiciliares. Deposita seus ovos, de preferência, em depósitos de água potável, água para banhos, água de chuva ou qualquer outra acumulação de água: pneus velhos, latas, garrafas, etc. Pica principalmente durante o dia.

Os mosquitos adquirem o vírus picando pessoas infectadas, e se tornam infecciosos de três a quinze dias, ficando assim - infecciosos - pelo resto de sua vida.

Quadro Clínico:

Podem-se distinguir três variedades clínicas diferentes: a dengue clássica (febre muito alta), a dengue hemorrágica, e formas intermediárias e atípicas.

O período de incubação tende a ser de 5 a 8 dias. O início do quadro clínico é brusco, com aumento rápido da temperatura e calafrios, cefaleia intensíssima, dor atrás dos olhos, especialmente ao movê-los; dores musculares generalizadas e na região lombar, podendo ser precedidas por uma ligeira conjuntivite.

Inicialmente, pode não haver febre, mas o doente pode estar prostrado e imobilizado pela dor. A febre persiste por um ou dois dias e depois abaixa, podendo, porém, elevar-se novamente com menor intensidade poucos dias depois.

Entre o terceiro e o quinto dia aparecem manchas na pele, começando no tronco e estendendo-se até o rosto, as mãos, antebraços e os pés. Em geral, é parecido ao sarampo. Em algumas epidemias registraram-se casos com complicações, como diarreias com eliminação de sangue, alterações cardíacas (miocardite), ou manifestações nervosas (meningite). Por outro lado, em outras epidemias, o curso é muito leve e se cura sem sequelas. A maioria dos pacientes se cura sem consequências.

A dengue hemorrágica é uma forma grave da doença, sendo uma das principais causas de mortalidade nas zonas endêmicas. Afeta pacientes previamente infectados com o vírus da dengue que, após alguns anos, ao serem expostos pela segunda vez ao vírus, desenvolvem um quadro febril de início brusco, com cefaléia, faringite, náuseas, vômitos, dor abdominal e desidratação.

Também pode ocorrer a diminuição da pressão arterial, hemorragias digestivas, com eliminação de sangue nas fezes e pela boca, hemorragias cutâneas (hematomas), e epistaxe (hemorragia nasal).

Tratamento:

A prevenção da doença consiste na erradicação dos mosquitos transmissores da doença, diminuindo e eliminando as fontes de águas estagnadas, como pneus, garrafas, poços e outros recipientes ao ar livre. Estes constituem seus lugares de reprodução.

Vacinas contra os diferentes tipos de dengue estão sendo desenvolvidas com vírus vivos atenuados. O tratamento consiste em aliviar os sintomas, basicamente na reposição de líquidos para normalizar a pressão arterial, e na correção das complicações hemorrágicas. Ainda não se dispõe de um tratamento antiviral específico.

06. Hepatite.

A Hepatite é uma das doenças mais graves em todo o mundo, seja pelo número significativo de doentes e sua grande mortalidade, seja pelo enorme volume de recursos médicos e econômicos necessários ao seu tratamento. A hepatite é conhecida há mais de 200 anos, mas somente nas últimas décadas a identificação de seus sintomas específicos tem facilitado diagnósticos precisos.

A doença se caracteriza por um processo inflamatório no fígado, que pode ser produzido por agentes virais que tenham uma afinidade especial por este órgão, como os vírus A, B, C, D e E, ou outros como o *Citomegalovirus*, *Espeten-Barr*, *Coxsackie* etc. Esses últimos se apresentam com frequência muito menor. A hepatite pode ainda ser causada por bactérias, drogas, toxinas e álcool.

A doença causada pelos diferentes tipos de vírus é clinicamente semelhante, mas o modo de transmissão e evolução é diferente para cada vírus. Os danos às células do fígado parecem ser determinados pelo tipo de resposta gerada pelo hospedeiro.

Independentemente da causa, as seguintes formas clínicas podem ser distinguidas:

Hepatite Ictérica Aguda ou Comum:

Este tipo de hepatite começa com manifestações gastrintestinais inespecíficas, como náuseas, vômitos, falta de apetite, dor abdominal e febre, embora não sejam constantes. Posteriormente, estes sintomas se acentuam, agregando-se dores musculares, de cabeça, e faringite naqueles que têm hepatite A. A urina se torna escura e as fezes perdem sua cor normal, tornando-se esmaecidas (esbranquiçada).

Entre duas e três semanas após o começo do quadro, a pele, os olhos e a boca adquirem uma coloração amarelada (a icterícia) e os sintomas inespecíficos se atenuam ou desaparecem. Algumas crianças sofrem de uma intensa coceira e, como consequência, lesões. O começo súbito dos sintomas indica hepatite A, enquanto um começo lento e insidioso indica hepatite B. Em geral, a evolução da doença não dura mais do que 4 ou 6 semanas. São poucos os casos que se prolongam até 3 meses.

Hepatite Anictérica:

Esta forma clínica parece ser a forma mais frequente de todas as hepatites virais. Sua frequência exata é difícil de estabelecer porque não se apresenta acompanhada dos sintomas mencionados acima, e somente com um controle bioquímico é que se pode identificá-la. Geralmente não se observam sintomas.

Hepatite Colestática:

É a forma menos frequente, tanto nas crianças quanto nos adultos. Caracteriza-se por uma intensa coloração amarelada da pele, da boca e dos olhos, febre e coceira intensa. Seu curso geralmente é prolongado, de 2 a 6 meses, mas não deixa sequelas.

Hepatite Prolongada:

Quando as manifestações clínicas permanecem por períodos de tempo que superam os três meses, às vezes até um ano.

Hepatite Fulminante ou Subfulminante:

A hepatite fulminante se apresenta duas semanas depois do começo da icterícia, enquanto a subfulminante começa entre duas semanas e três meses. Os sintomas são: incremento da icterícia, alterações do sistema nervoso, da coagulação, e diminuição do tamanho do fígado. Em adultos, os vírus responsáveis, em ordem de frequência, são: B, D, A, E e C. Na idade pediátrica o Vírus A é o responsável por 55% dos casos.

Quanto à distribuição dessa doença, temos:

Hepatite A:

Existe uma variação considerável na prevalência da infecção pelo vírus da Hepatite A em diferentes partes do mundo. Em áreas com condições sanitárias precárias e baixos níveis socioeconômicos é mais elevada, devido à forma de transmissão fecal-oral (contaminação dos alimentos pelas fezes de uma pessoa infectada). Sua incidência independe do sexo e da raça, enquanto que o período de incubação varia entre 15 e 40 dias. Devido a sua forma de transmissão, é comum a ocorrência de casos por contato familiar, nas escolas, instituições de menores etc. Também ocorre quando a água potável ou os alimentos são contaminados, especialmente os mariscos. Outra possibilidade de contágio ocorre no caso de contato com pessoas infectadas ou em fase de incubação da doença.

Hepatite B:

A Hepatite B é considerada um grande problema de saúde pública mundial por causa de sua distribuição global, pelo grande número de portadores do vírus e por sua relação com o câncer do fígado. É a responsável por doenças hepáticas de longa evolução. O período de incubação varia entre 45 e 160 dias, com uma média na faixa dos 120 dias. Os dados em relação à infecção pelo vírus da Hepatite B são:

No mundo:

- Mais de 350 milhões de portadores crônicos.
- Mais de 150 milhões de pessoas infectadas anualmente.
- Mais de 2 milhões de casos fatais por ano.

Embora o vírus esteja presente em todos os fluidos corporais (saliva, urina, líquido seminal, secreções vaginais, lágrimas, suor, leite), com a exceção das fezes, é somente por meio de produtos sanguíneos (transfusões de sangue, compartilhamento de seringas pelos viciados em drogas intravenosas, etc), e pelo contato sexual que ocorre a transmissão da doença. A transmissão de mãe para filho também é uma importante e significativa forma de contágio.

Hepatite C:

O vírus da Hepatite C possui uma distribuição universal e calcula-se que existam 100 milhões de portadores. A via principal de transmissão é através de produtos hemoderivados, ocorrendo o Vírus C em 80%-90% das hepatites por transfusões sanguíneas. A Hepatite C é uma complicação frequente nos pacientes que tenham alterações de coagulação, com elevada incidência em hemofílicos.

Hepatite D:

As vias de transmissão são as mesmas do Vírus B. Se as condições higiênicas forem ruins, ocorre o aumento da sua difusão através dos fluidos contaminados. Quando a doença afeta as crianças, é acompanhada de uma alta taxa de mortalidade, entre 10% e 20%.

Hepatite E:

Encontra-se em áreas tropicais e subtropicais com condições socioeconômicas deficientes. Sua transmissão sempre ocorre pela contaminação da água com fezes que contenha o Vírus E. Afeta, na maioria, jovens e adultos (15-40 anos), sendo baixa a ocorrência em crianças.

Tratamento:

O tratamento se baseia no emprego de medidas simples de alívio dos sintomas e, em casos graves, na aplicação de tratamento específico. A necessidade de internação é rara na hepatite viral de curso normal, não complicada, mas pode ser indicada quando as medidas higiênico-dietéticas devam ser garantidas. O isolamento é uma medida praticamente inútil, já que o período de contágio ocorre nas fases iniciais do quadro, geralmente antes da doença ter sido diagnosticada. A pessoa doente deve dispor de uma habitação individual e usar pijamas que cubram todo o corpo para prevenir a contaminação fecal dos lençóis e colchão. Sua roupa de cama, assim como os pratos e talheres de seu uso, devem ser recolhidos e lavados separadamente.

O repouso estrito não é uma indicação absoluta. O repouso relativo corresponde aos limites impostos por alguns dos sintomas, como o cansaço ou o desânimo total. O retorno à atividade normal é permitido quando os sintomas gerais e os parâmetros bioquímicos se normalizam.

Também não é necessária dieta estrita nas hepatites agudas de evolução normal. A restrição das gorduras é recomendável somente na fase ictérica ou colestática. A suplementação vitamínica não é necessária, apenas a utilização de vitamina K é indicada quando existem alterações na coagulação.

Medidas Gerais:

Hepatite A:

A principal fonte de infecção são as fezes contaminadas, sendo a transmissão do Vírus A muito comum entre os membros de uma família, por contato direto através da contaminação da água ou dos alimentos. É importante ressaltar a necessidade de lavar as mãos frequentemente, particularmente depois da defecação. É preciso ter um cuidado especial com objetos de uso pessoal (escova de dentes, toalhas de banho, talheres etc.). A filtração e cloração adequada da água e uma rede sanitária eficiente são imprescindíveis. É importante saber que ferver a água durante um minuto faz com que o vírus se torne inativo.

Hepatite B:

A presença do Vírus B no sangue e em todos os fluidos corporais e sua grande resistência ao calor explicam as possibilidades de contaminação. A redução da frequência das hepatites por transfusões exige o uso moderado das transfusões sanguíneas, limitando-as aos casos onde sejam estritamente necessárias e restringindo sua quantidade ao mínimo necessário. A aplicação de todas as medidas de biossegurança limita a disseminação do vírus, principalmente em todas as práticas realizadas na atividade assistencial à saúde (utilização de luvas, manuseio cuidadoso de agulhas e outros elementos de contato etc.).

Hepatite C:

Com a introdução nos bancos de sangue da pesquisa do anticorpo Anti-Vírus C a partir de 1990, obteve-se uma redução de 50% a 70% dos casos de hepatite por transfusões. Ademais, devem ser consideradas todas as normas de biossegurança já mencionadas.

Hepatite D:

As medidas de prevenção da infecção pelo Vírus B são aplicáveis para o Vírus D.

Hepatite E:

Semelhante ao Vírus A, é fundamental melhorar as condições higiênico-sanitárias, tendo cuidado especial no tratamento da água (fervê-la, clorá-la etc.).

Vacinas:

Atualmente, existe vacina contra a Hepatite B, obtida mediante técnicas de engenharia genética, além de uma vacina contra a Hepatite A, obtida a partir de vírus mortos. A vacina da Hepatite A é recomendada para os adultos que vão viajar para zonas endêmicas, mas é previsível que se amplie sua indicação a grupos de risco (pessoal de serviços de saúde, enfermeiras pediatras etc.).

Em algumas regiões, a vacina da Hepatite B incorporou-se ao calendário de vacinação obrigatório da infância e, em outras, é administrada de modo universal aos adolescentes. Ademais, a sua administração é recomendada em pessoas susceptíveis com elevado risco de contrair a infecção, entre elas os profissionais de serviços de saúde expostos ao

contato com o sangue ou seus derivados (laboratórios, bancos de sangue, dentistas, cirurgiões etc.), pessoas em hemodiálise periódica, hemofílicos, filhos de mães portadoras, cônjuges de doentes com Hepatite B, pessoas de vida sexual promíscua, viciados em drogas, dentre outros.

07. Hipertensão.

A Hipertensão é o aumento desproporcionado dos níveis da pressão em relação, principalmente, à idade. A pressão arterial normal num adulto alcança um valor máximo de 140 mmHg (milímetros de mercúrio) e mínimo de 90 mmHg (ou 14x9). Valores maiores indicam hipertensão (pressão alta).

A incidência de pressão alta é observada em relação a:

- ✓ Idade e Sexo: A pressão alta é mais comum nos homens do que nas mulheres, e em pessoas de idade mais avançada do que nos jovens.
- ✓ Genética: Pessoas com antecedentes familiares de hipertensão têm maior predisposição a sofrer da mesma.
- ✓ Estresse.
- ✓ Excesso de peso (obesidade).

As causas que provocam a pressão alta são muitas e variadas. Na maioria dos casos, a causa é desconhecida ou não é bem definida. Entre as causas conhecidas estão as doenças dos rins, das glândulas (endócrinas), do sistema nervoso, o abuso de certos medicamentos e gravidez.

A primeira fase da hipertensão arterial é assintomática, mas, na medida em que o tempo vai passando, os sintomas começam a aparecer. Muitas vezes esses sintomas aparecem abruptamente.

Os mais comuns são: dor de cabeça, dores no peito, tontura, falta de ar, enjoos, visão turva que pode estar acompanhada de zumbidos, debilidade, sangramento pelo nariz, palpitações e até mesmo desmaios.

A importância da pressão alta não está nos sintomas, mas nas graves complicações que podem provocar como enfarte agudo de miocárdio, derrame cerebral, e até morte de forma instantânea.

Tratamento e prevenção

A melhor forma de prevenir a doença é mediante um controle periódico (medição da pressão), evitar alimentos ricos em sódio, praticar atividade física regularmente, e evitar o fumo e o café, que contribuem para a elevação da pressão arterial. Em resumo, deve-se modificar o estilo de vida quando estes fatores se fizerem presentes.

Os tratamentos são destinados a manter a pressão dentro dos limites normais: De um lado, deve-se persistir nas formas acima descritas de prevenção, e de outro, deve-se administrar medicamentos que, por diferentes ações, mantêm a pressão dentro da normalidade. Os fármacos mais receitados são os diuréticos, os betabloqueadores e os vasodilatadores.

08. Alcoolismo.

Sem dúvida, o álcool etílico é a droga lícita psicoativa mais utilizada no mundo. Atualmente, o abuso desta droga vem alcançando proporções massivas, tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. Está associado a uma série de consequências adversas, das quais o alcoolismo é apenas uma pequena parte, ainda que seja a de maior relevância do ponto de vista clínico.

O problema do alcoolismo se transformou, sem dúvida, num dos fenômenos sociais mais generalizados das últimas décadas. Uma grande variedade de estudos para tentar estabelecer as suas verdadeiras dimensões foram desenvolvidos, frutos da importância deste fenômeno.

Muitos destes estudos coincidiram em assinalar a grande repercussão que o consumo de bebidas alcoólicas teve, em números, nos últimos anos, no sistema hospitalar. Destaca-se que os leitos hospitalares dedicados aos dependentes de drogas ou do álcool foi duplicado na última década, e que de 20 a 30% estão ocupadas por pessoas com problemas relacionados ao álcool. A maioria dos autores afirma que de 15 a 20 % dos valores das consultas recebidas pelos médicos são atribuídos à ingestão do álcool e/ou de drogas.

Existe, além disso, uma ampla gama de problemas nos quais o álcool possui direto ou indiretamente papel principal. Os principais problemas relacionados ao álcool são agrupados da seguinte maneira: problemas médicos (tanto físicos como psicológicos); nos relacionamentos (familiares, laborais e sociais); acidentes (domésticos, laborais e de trânsito); condutas violentas e lesões auto-infligidas. Igualmente, foi estabelecido que o álcool relaciona-se com 40 a 50% dos acidentes de trânsito, 15 a 20% dos acidentes laborais e em 50% dos homicídios.

Causas:

A história da humanidade nos mostra o gosto constante que o homem em geral tem pela bebida alcoólica. Desde sempre as bebidas alcoólicas são preferidas às outras, pelo seu efeito tônico e euforizante, para aliviar a angústia e para liberar o que está reprimido.

A evidência dos fatores socioculturais no alcoolismo está demonstrada pela variação da proporção de alcoólatras segundo os grupos profissionais, sociais, civilização ou sexo. Nos grupos profissionais é comum distinguir os empregos que predisõem o indivíduo a um excessivo consumo de álcool: trabalhos braçais, tarefas ao ar livre nas profissões agrícolas, trabalhos relacionados com a produção e a comercialização de bebidas alcoólicas e as profissões que impõem uma separação familiar periódica ou frequente (marinheiros ou viajantes).

A relação estreita com outros alcoólatras parece desempenhar um papel importante no hábito do alcoolismo, sobretudo nos primeiros períodos da vida, quando os mecanismos de imitação inconsciente e de identificação são mais naturais. Assim, é muito mais fácil encontrar um filho alcoólatra quando há na casa outro alcoólatra.

A pressão que os amigos exercem ou a pressão que o lugar de encontros exerce é muito importante e determinante na origem do alcoolismo. Em outras palavras, mesmo que para se tornar adito seja necessário possuir uma personalidade alcoólatra, esta necessita da influência de determinados fatores socioculturais para se desenvolver.

No entanto foram estabelecidos que inúmeros fatores biológicos, psicológico e social estão envolvidos na origem do alcoolismo e que a interação com fatores genéticos aumenta sua predisposição.

Manifestações:

As palavras são inseguras, precipitadas e às vezes balbuciantes. Também se pode observar, imediatamente à ingestão do álcool, um tremor ao redor da boca e um aumento na transpiração. As manifestações psíquicas começam com a modificação do caráter: aumento da emotividade, irritabilidade, impulsividade, ciúmes, instabilidade de humor com frequentes crises depressivas.

Conjuntamente aparecem alterações intelectuais com uma diminuição do rendimento de trabalho, dificuldade de concentração e de atenção, certa

confusão nos processos intelectuais, redução da eficiência profissional, absentismo e regressão no comportamento e nas relações sociais.

Logo após consumir álcool, em quantidade excessiva ou não, aparecem brechas na memória, em que o sujeito comprova no dia seguinte que não se lembra de o que fazia enquanto bebia. Na ordem afetiva, os resultados são bastante claros: tendências egoístas; diminuição no sentido ético e de responsabilidades; demonstra uma total despreocupação e indiferença à sua família. Manifestam seu arrependimento e prometem deixar a bebida mediante juramentos. Despertam bruscamente no meio da noite. A respeito do sistema digestivo, apresentam frequentes gastrites, dores abdominais, sede abundante, perda do apetite e náuseas, acompanhadas de diarreias fétidas frequentes.

O fígado aumenta de tamanho causando uma sensação de peso na região direita do abdômen e vômitos que finalmente pode levar à cirrose hepática e à acumulação de líquido no abdômen. Os transtornos do sistema nervoso se caracterizam por um pequeno e rápido tremor nas mãos e na língua, câibras musculares, sobretudo na barriga da perna, sacudidas noturnas, formigamento nas extremidades e atrofia nos músculos.

O alcoolismo na mulher ocupa um lugar à parte porque mesmo tendo características comuns ao alcoolismo no homem, estes se distinguem por fatores socioculturais que determinam o status da mulher na nossa sociedade. Os grupos sociais são menos indulgentes com as mulheres.

Neste caso, trata-se de um alcoolismo mais secreto, solitário e controlado pelo sentimento de pudor que desencadeia a culpabilidade. O alcoolismo degrada mais rápido e profundamente a mulher em seu status e em seu papel feminino e maternal, que ao homem em seu papel masculino e paternal.

A rejeição e a intolerância social é mais viva e mais precoce para a mulher do que para o homem. Nos filhos de mães alcoólatras podem ser observadas doenças como a "síndrome alcoólica fetal", caracterizada pelo retardamento no crescimento e no desenvolvimento, retardamento mental e diversas alterações congênitas.

Tratamento:

O primeiro objetivo é conseguir, por parte da pessoa alcoólatra, a compreensão de sua doença e a necessidade de seguir um tratamento adequado. A partir daí, as seguintes etapas serão a desintoxicação alcoólica, a desabituação e o acompanhamento médico posterior.

Em poucas ocasiões essas pessoas são levadas às consultas diretamente pelo seu problema de adição, uma vez que não possuem consciência do vício ou têm uma atitude negativa como mecanismo de defesa. Na maioria dos casos, o motivo das consultas são queixas por parte da família ou a presença de complicações orgânicas ou psicossociais.

Para a desintoxicação, em primeiro lugar deve-se suspender a ingestão do álcool e corrigir o déficit nutricional causado pelo consumo excessivo do álcool. Diante da possibilidade, ainda que seja mínima, de que apareça a síndrome de abstinência (ansiedade, tremor, insônia, taquicardia, transpiração, náuseas, vômitos e diarreia) são indicados sedativos como o *Tetrabamato*. Além disso, é conveniente indicar vitaminas B1, B6 e B12 durante o tratamento. Em todos os casos, a síndrome de abstinência deve ser acompanhada de tratamento psicológico.

Quanto aos diversos grupos de apoio aos alcoólatras, nenhum outro grupo de tratamento tem tido resultados tão benéficos para os alcoólatras como aquele proporcionado por eles mesmos, através dos Alcoólicos Anônimos.

Esses grupos encarregam-se de introduzir as pessoas doentes em contato com companheiros abstêmios, sempre acessíveis, dentro de um ambiente onde possam estabelecer relações sociais fora do bar ou ambientes similares.

09. Colesterol.

Há diversos tipos de colesterol circulando no sangue, sendo uma parte chamada de colesterol “bom” e outra parte colesterol “mau”. Primeiramente é necessário esclarecer que a doença da qual buscamos tratar aqui é o “mau” colesterol, ou LDL.

Colesterol é a “gordura” do sangue. Por tratar-se de uma gordura, é a parte insolúvel do sangue, não se misturando com outros componentes líquidos. Dessa forma, para transitar pela corrente sanguínea essa gordura necessita de algumas proteínas para cumprir sua função, e dessa forma associa-se a ela.

Assim, o aumento no número de proteínas que transportam gorduras (lipoproteínas) constitui fator de risco para doenças vasculares, podendo implicar na diminuição do fluxo de sangue no cérebro, coração e rins pelo acúmulo de gordura depositada nas paredes dos vasos sanguíneos.

Causas:

A maioria das pessoas acredita que apenas uma dieta rica em gorduras representa motivos para o aumento do colesterol. Em parte, essa crença é verdadeira. No entanto é importante também nos lembrarmos de que a hereditariedade é fator importante para a predisposição do problema.

O colesterol elevado nem sempre é o único responsável por doenças vasculares, podendo apenas potencializar ou somar-se a outros problemas já existentes como o tabagismo, a hipertensão, a diabetes, o sedentarismo e o álcool. Outro item a ser considerado é a idade do indivíduo.

Prevenção:

O aumento de colesterol no sangue (hipercolesterolemia) pode ser prevenido desde que seja modificado o estilo de vida. Isto é, é possível evitar o acúmulo de gorduras no sangue realizando com frequência atividades físicas, diminuindo a ingestão de alimentos ricos em gorduras como carnes vermelhas, frituras e derivados da panificação.

É necessário se lembrar de que o organismo não depende do fornecimento externo de colesterol uma vez que todos nossos tecidos têm a capacidade de sintetizá-lo. É importante notar que durante a idade adulta, complicações vasculares são mais frequentes nos homens do que nas mulheres, uma vez que elas são beneficiadas pelo estrogênio, que diminui o mau colesterol.

No entanto, após a menopausa, ao diminuir os índices do referido hormônio, o risco vascular causado pelo aumento do colesterol aumenta consideravelmente igualando os riscos entre os homens e as mulheres. Isso pode ser prevenido? Sim, com a administração de estrogênios durante a menopausa, um processo conhecido como hormonoterapia de reposição.

Tratamento:

É desejável ter o colesterol no sangue abaixo de 200mg/dl.

O tratamento segue dois processos:

- Dieta livre de alimentos com gordura e colesterol;
- Tratamento médico.

A primeira coisa que se deve saber é quanto colesterol o indivíduo tem no sangue, pois o tratamento difere conforme o nível de colesterol. Se, ao efetuar as análises clínicas, o nível de colesterol no sangue for menor do que 200mg/dl, a condição poderá ser controlada através de dieta e análises do sangue a cada cinco anos.

Caso, porém, o nível no sangue oscilar entre 200mg/dl e 239mg/dl, será necessário realizar uma revisão anual e seguir rigorosamente uma dieta prescrita pelo médico. Quando o nível de colesterol no sangue ultrapassar 240mg/dl serão necessários tratamento médico e dieta.

10. Depressão.

Depressão é um distúrbio afetivo que afeta a totalidade da vida psíquica e física da pessoa doente, sendo acompanhada em maior ou menor grau por sintomas de inibição ou angústia. No sentido patológico, há presença de tristeza, pessimismo, baixa autoestima, que aparecem com frequência e podem combinar-se entre si.

Na prática, aproximadamente 40% dos que consultam um serviço de Saúde Mental de um Hospital Geral de forma ambulatoria, apresentam um transtorno depressivo, sendo a população feminina a mais afetada.

A depressão é o fator mais importante de risco no suicida: 70% dos suicidas apresentam sintomas depressivos, mas a intensidade dos sintomas não constitui, em si, um fator adicional de risco.

Causas:

A depressão é um dos típicos transtornos nos quais há uma "personalidade com predisposição", sendo destacada a tendência obsessiva pela ordem. São pessoas sóbrias, razoáveis, formais e com sentido do dever, escrupulosos moralmente, com tendência a culpar-se, etc.

O aparecimento de um quadro depressivo pode ser desencadeado pela perda de um objeto (uma pessoa ou uma abstração) que, por seu valor simbólico, leva a uma diminuição da autoestima. Essa perda produz frustração e provoca hostilidade que, em lugar de dirigir-se ao objeto frustrador, se torna contra o próprio paciente, como consequência da identificação que se formou entre o objeto e a pessoa. Este nojo contra si mesmo se apresenta na forma de sentimento de culpa.

Quadro Clínico:

Do ponto de vista clínico podemos dividir os transtornos depressivos em:

1. Depressões Primárias: O quadro depressivo não depende de outra doença, seja mental ou física. Este se divide por sua vez em:

a) Depressões Endógenas: A tristeza profunda constitui o sintoma principal. Surgem sentimentos de fracasso e pessimismo, com diminuição da autoestima. A agressividade voltada a si mesmo leva ao aparecimento de penosos sentimentos de auto repreensão e de culpa. O doente vê diminuído seu interesse por aquelas coisas que, até aquele momento, constituíam seu mundo, podendo levar a um estado de absoluta indiferença e desinteresse por tudo. A pessoa tende ao isolamento, recusa o contato com familiares e amigos, torna-se calado e isolado. Entre os distintos sintomas físicos podem aparecer: diminuição do apetite e de peso, transtornos do sono, cansaço, cefaleias, secura bucal, constipação, palpitações, enjoos e alterações do ciclo menstrual. Dificuldade para dormir, sonho interrompido e, sobretudo, o despertar precoce na madrugada com impossibilidade de voltar a dormir, são as alterações mais frequentes.

b) Depressão Psíquica: Sob esta denominação se inclui um grupo de transtornos com características particulares. Apresentam-se como um estado de ânimo deprimido quase contínuo, durante períodos prolongados, sendo mais comum no sexo feminino. Diferente da endógena, o início de cada episódio é lento e frequentemente impreciso, manifestando-se pelos seguintes sintomas: insônia, pensamentos pessimistas e auto denegridores, perda progressiva da energia ao longo do dia, com cansaço e tendência a permanecer deitado, diminuição da autoestima, mas sem um marcado sentimento de culpa. Às vezes, o quadro depressivo aparece como reação a um fator estressante, surgindo pouco tempo depois de iniciado o agente causador.

2. Depressões Secundárias: Surgem como uma manifestação de outro transtorno ou doença, entre as quais podemos destacar: hipotireoidismo, déficit vitamínico, diabetes, doença de Parkinson, AIDS, enfarte de miocárdio, abuso de substâncias (álcool, soníferos, tranquilizantes), câncer, etc. Manifesta-se com a tristeza acompanhada de cansaço, diminuição da atividade por falta de forças, tendência ao choro, à angústia e ao desespero, insônia e falta de apetite.

Tratamento:

O tratamento das depressões, qualquer que seja o agente desencadeante, deve ser baseado numa conduta terapêutica integral que combine três aspectos:

- ✓ **Biológico:** compreende a utilização de medicamentos, como os antidepressivos tricíclicos, inibidores da MAO, ou os chamados de "nova geração" (fluoxamina, trazadona, etc.). A melhoria tende a ser evidente no curso da quarta ou quinta semana.
- ✓ **Psicológico:** a redução dos sintomas, a compreensão e resolução dos conflitos psíquicos, assim como a modificação da conduta, são alguns dos possíveis benefícios que o tratamento psicoterápico pode oferecer.
- ✓ **Social:** o apoio familiar e comunitário são muito importante no benefício máximo que se pode obter com o tratamento.

10. Participação Popular e Controle Social.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e da Lei n.º 8.080/1990 (Lei orgânica da Saúde), criou-se o Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS). A partir daí toda a população brasileira passou a ter direito de acesso ao atendimento público de saúde.

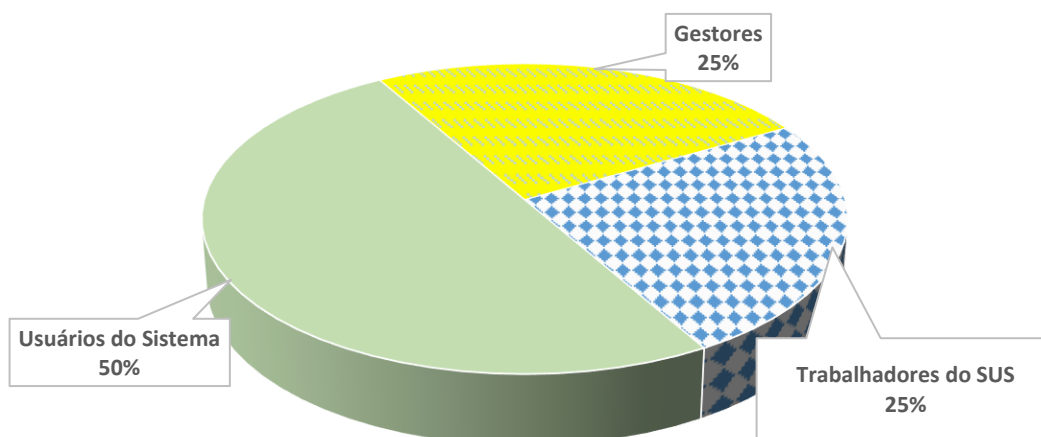
Com o intuito de regulamentar o **controle social do SUS**, foi criada a Lei n.º 8.142/1990, que conferiu ao sistema em questão uma de suas principais características: a **participação social** na área de saúde.

Essa lei define o papel da sociedade na gestão do serviço de saúde onde os sujeitos ou atores sociais participam ativamente, por meios democráticos, da formulação das políticas públicas de saúde.

Neste sentido, o usuário do serviço passa a ter o direito, bem como o dever de deliberar, sobre o planejamento, formulação, execução e fiscalização das ações de saúde, assim como da gestão financeira e administrativa do SUS.

Com a participação da comunidade na gestão do SUS se estabelece uma nova relação entre Estado e sociedade. O SUS deve identificar o usuário como membro da comunidade, com direitos e deveres, e não apenas como receptor passivo de benefícios do Estado.

Dessa forma, o controle social institucionalizou a participação da população nas políticas de saúde nas três esferas (municipal, estadual e federal), que passaram a contar com a presença de gestores, trabalhadores do SUS e usuários do Sistema nas Conferências de Saúde, na proporção abaixo indicada:



Além disso, a Lei n.º 8.142/1990, institucionalizou os meios pelos quais a população deveria exercer o controle social, particularmente as Conferências e os Conselhos de saúde.

As Conferências acontecem nas três esferas de governo de forma periódica a cada quatro anos, nas quais a população tem a oportunidade de avaliar, planejar e estabelecer metas a serem alcançadas no próximo quadriênio.

Já os Conselhos de saúde são instâncias colegiadas permanentes e paritárias dos usuários em relação aos demais componentes. As reuniões dos Conselhos funcionam como canal aberto, visto que qualquer pessoa pode participar das discussões acerca da gestão dos serviços de saúde. Esta relação serviço-comunidade possibilita que a população encaminhe suas demandas e proposições condizentes com a realidade local, opinando, fiscalizando e acompanhando a execução das ações de saúde por meio de seus representantes.

Apesar de a participação popular ser entendida como uma das formas mais avançadas de democracia contemporânea, verifica-se que mesmo com a institucionalização do modelo participativo, ainda não temos um controle social real no que diz respeito ao controle da população sobre o Estado. É necessário um esforço para o desencadeamento de ações de educação em

saúde, difundindo e ampliando o debate sobre a saúde junto aos profissionais da saúde e à população de maneira geral, construindo conhecimentos compartilhados sobre saúde, considerando as subjetividades e singularidades presentes nas relações dos indivíduos e da coletividade.

Os investimentos em projetos de educação permanente para os profissionais da área e o incentivo para projetos de educação popular em saúde são pequenos. Além disso, a educação básica nas escolas leva a uma prática individualista, própria do sistema capitalista, dificultando a criação de movimentos que representem a sociedade nos órgãos de controle social.

Apesar dos significativos avanços na ação dos Conselhos de Saúde quanto ao processo de formulação e controle da política pública de saúde e do expressivo número de Conselhos espalhados país à fora, estes ainda enfrentam obstáculos significativos, dentre os quais podem ser destacados o não exercício do seu caráter deliberativo na maior parte dos municípios e estados; as precárias condições operacionais e de infraestrutura; a falta de regularidade de funcionamento; a ausência de outras formas de participação; a falta de transparência nas informações da gestão pública; a dificuldade e desmobilização do seu desenvolvimento na formulação de estratégias e políticas para a construção do novo modelo de atenção à saúde; e a baixa representatividade e legitimidade de conselheiros nas relações com seus representados.

Fica evidente que essas dificuldades operacionais e políticas requerem investimentos do governo para a qualificação e aperfeiçoamento da atuação destas instâncias de gestão e controle social.

11. Sistema de Informação em Saúde.

Como em qualquer outra atividade, no setor saúde a informação deve ser entendida como um redutor de incertezas, ou seja, um instrumento para detectar as prioridades, visando o planejamento responsável e a execução de ações que condicionem a realidade às transformações necessárias.

Esse planejamento deve conter decisões que, associadas ao quadro atual, visem providências no sentido de buscar uma condição diversa no futuro.

A Organização Mundial da Saúde define Sistema de Informação em Saúde (SIS) como um mecanismo de **coleta, processamento, análise e transmissão** da informação necessária para se planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde. É importante destacar que a transformação

de um dado em informação exige, além da análise, a divulgação, incluindo recomendações para a ação.

Os Sistemas de Informação em Saúde são, portanto, aqueles que **reúnem, guardam, processam e facultam** as informações a uma organização de saúde. Essa deve ser útil e estar acessível àqueles que dela necessitam.

Um sistema de informação é, portanto, uma combinação de procedimentos, informação, pessoas, tecnologias e vários outros recursos. Nota-se que um sistema de informação pode (ou não) envolver a utilização de tecnologia informática, por isso não se deve confundir sistema de informação com um sistema informático ou informatizado.

Os Sistemas de Informação em Saúde devem incluir todos os dados necessários aos profissionais de saúde e utilizadores dos sistemas, com o objetivo de desenvolver e proteger a saúde da população.

Segundo a OMS, os investimentos realizados nesses sistemas de saúde implicam em vários benefícios aos seus usuários, como no caso dos tomadores de decisões, no controle e detecção de problemas de saúde endêmicos, na monitorização de progressos e metas pré-estabelecidos e na promoção da equidade e da qualidade dos serviços.

Ainda, os SISs podem ser desenvolvidos para uso macroeconômico, utilizados em Ministérios, Secretarias de Estado ou Prefeituras / Câmaras Municipais (neste caso, condensando informações de outros subsistemas ou redes locais), ou ainda para uso microeconômico (clínicas, hospitais, redes empresariais).

Podem conter informações clínicas e não clínicas, ou somente administrativas. Em qualquer caso, conhecer os passos de cada uma das etapas de um Sistema de Informações é de fundamental importância para garantir não só a fidedignidade das bases de dados, mas também a permanência e plena utilização das mesmas.

Além dos bancos de dados gerados por atividades de outros setores como o IBGE e o IPEA, o SIS é composto por vários Subsistemas. Esses produzem uma grande quantidade de dados correspondentes ao setor da saúde nacional, os quais são possíveis destacar:

SISTEMAS	EVENTO	INSTRUMENTO DE COLETA	USOS (ALGUNS)
----------	--------	-----------------------	---------------

SIM - Sistema de Informações sobre mortalidade.	Óbito	Declaração de óbito	Estudos de mortalidade; Vigilância de Óbitos, etc.
SINASC - Sistema de informações sobre nascidos vivos.	Nascido vivo	Declaração de nascido vivo	Monitoramento da Saúde, da Criança, Vigilância, etc.
SINAN - Sistema de informação de agravos de notificação.	Agravos sob notificação	Ficha individual de Notificação e de Investigação	Acompanhamento dos agravos sob notificação, surtos, epidemias, etc.
SIH-SUS - Sistema de informações hospitalares.	Informação Hospitalar	Autorização de Internação Hospitalar	Morbidade hospitalar, Gestão hospitalar, Custeio da Atenção Hospitalar
SIA - Sistema de informações ambulatorial	Produção Ambulatorial	Boletim de produção ambulatorial	Acompanhamento da produção, Gestão e custeio ambulatorial.

Além dos sistemas supra expostos, ainda existem os seguintes:

- ✓ SIAB: Sistema de informações da atenção básica.
- ✓ SIOPS: Sistema de informação de orçamento em saúde.
- ✓ API: Avaliação do Programa de Imunizações.

12. Resumex da Aula.

01. Evolução das Políticas de Saúde no Brasil:

1932	Criação do Ministério da Educação e Saúde Pública.
1953	Criação do Ministério da Saúde, por meio da Lei n.º 1.920, que desdobrou o então Ministério da Educação e Saúde em dois novos Ministérios: Saúde e Educação e Cultura.
1960	Criação da Lei Orgânica da Previdência e Saúde (LOPS), instituída pela Lei n.º 3.807.

1966	Criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) por meio do Decreto-Lei n.º 72.
1974	Criação do Ministério da Previdência e da Assistência Social (MPAS) por meio da Lei n.º 6.306 em função do desmembramento do Ministério do Trabalho e Previdência Social. Criação, pelo governo militar, do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).
1977	Criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) por meio da Lei n.º 6.439.
1981	Criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP).
1987	Criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) por meio do Decreto n.º 94.657.
1988	Promulgação da Constituição Federal com a inclusão do Sistema Único de Saúde (SUS) no texto da nova Carta Magna.
1990	Incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde por meio do Decreto n.º 99.060. Criação da Lei Orgânica da Saúde (LOS) por meio da Lei n.º 8.080/1990.
1993	Extinção do INAMPS por meio da Lei n.º 8.689.

02. Conforme dispõe o Art. 196 da CF/1988, 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.

03. São diretrizes constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS):

03.01. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

03.02. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, e;

03.03. Participação da comunidade.

04. O SUS é financiado com recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS).

05. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada, sendo que as instituições privadas poderão participar de forma complementar (não é suplementar!) do Sistema Único de Saúde (SUS).

06. A doutrina nos apresenta a Cláusula de Reserva do Financiamento possível (ou materialmente possível), o qual assegura de antemão ao Estado a justificativa de esquivar-se da total cobertura de suas obrigações, em decorrência de carência financeira. Entretanto, entende o Supremo Tribunal Federal que, ante os direitos sociais fundamentais, como a saúde, por exemplo, não há que se alegar tal cláusula, devendo o Poder Judiciário analisar caso a caso, imputando ao Poder Público, se necessário, a obrigatoriedade do cumprimento da norma para consecução da função social a que se refere, sem com isso representar atentado ao princípio da separação de poderes.

07. A Saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física (fator incluído pela Lei n.º 12.864/2013), o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

08. Não confundir diretrizes da Saúde (CF/1988) com os princípios da Saúde (LOS):

Diretrizes (CF/1988):	Princípios (LOS):
1. <i>Descentralização;</i>	1. <i>Universalidade;</i>
2. <i>Atendimento Integral;</i>	2. <i>Integralidade;</i>
3. <i>Participação da Comunidade.</i>	3. <i>Preservação;</i>
	4. <i>Igualdade;</i>
	5. <i>Direito à Informação;</i>
	6. <i>Divulgação de Informações;</i>
	7. <i>Utilização da Epidemiologia;</i>
	8. <i>Participação da Comunidade;</i>
	9. <i>Descentralização;</i>
	10. <i>Integração;</i>
	11. <i>Conjugação dos recursos;</i>
	12. <i>Capacidade de Resolução;</i>
	13. <i>Organização.</i>

09. Subsistemas do SUS:

09.01. Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI);

09.02. Subsistema de Atendimento e Internação Domiciliar (SAID), e;

09.03. Subsistema de Acompanhamento durante o Trabalho de Parto, Parto e Pós-Parto Imediato (SATP).

10. A Lei n.º 8.142/1990 dispõe sobre a **participação da comunidade** na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

11. O SUS contará em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

11.01. A Conferência de Saúde, e;

11.02. O Conselho de Saúde.

12. O Decreto n.º 7.508/2011 regulamenta a Lei n.º 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde), para dispor sobre **a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.**

13. A Lei Complementar n.º 141/2012 veio regulamentar a previsão constante no Art. 198 da CF/1988, que obriga os **entes políticos a aplicarem um percentual mínimo de recursos em ações e serviços públicos de saúde.**

14. Recursos do Estado (e do DF) destinados à Saúde:

ITCMD + ICMS + IPVA
(+) IRRF - Estado/DF
(+) 20% Impostos Residuais
(+) FPE = 21,5% x (IRRF - União + IPI)
(+) 10% IPI
<hr/>
(=) Fundo Total
(x) 12%, no mínimo
<hr/>
(=) Recursos destinados à Saúde

15. Recursos do Município (e do DF) destinados à Saúde:

IPTU + ITBI + ISS
(+) IRRF - Estado/DF
(+) 50% ITR
(+) 50% IPVA
(+) 25% ICMS
(+) FPM - 22,5% x (IRRF - União + IPI)
(+) 25% x 10% IPI
<hr/>

(=) Fundo Total

(x) 15%, no mínimo

(=) Recursos destinados à Saúde

16. As Determinantes Sociais da Saúde (DSS) são as condições econômicas, educacionais e sociais que afetam a saúde do indivíduo.

17. O **controle social do SUS**, foi criada a Lei n.º 8.142/1990, que conferiu ao sistema em questão uma de suas principais características: a **participação social** na área de saúde. Essa lei define o papel da sociedade na gestão do serviço de saúde onde os sujeitos ou atores sociais participam ativamente, por meios democráticos, da formulação das políticas públicas de saúde.

18. A Organização Mundial da Saúde define Sistema de Informação em Saúde (SIS) como um mecanismo de **coleta, processamento, análise e transmissão** da informação necessária para se planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde.

(...)

Acabamos aqui a teoria da aula! A seguir, estão as questões comentadas. Se você quiser resolvê-las antes da leitura da resolução, adiante um pouco mais a nossa aula e encontrará as questões sem os respectivos comentários e com gabarito ao final. =)

Em caso de dúvida, escreva para mim:

ali.previdenciario@gmail.com

www.facebook.com/amjaha (Adicione-me)

www.facebook.com/amjahafp (Curta a minha página)

Sucesso sempre e bons estudos! =)



13. Questões Comentadas.**01. (Administrador/Ministério da Saúde/CESPE/2013):**

Os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, são obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, devendo esse acompanhante ser escolhido pelo chefe do serviço de obstetrícia da unidade de saúde onde a parturiente estiver internada.

*O Subsistema de Acompanhamento durante o Trabalho de Parto, Parto e Pós-Parto Imediato (SATP) obrigou os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, a permitir a presença, junto à parturiente, de **um acompanhante** durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. **O acompanhante será expressamente indicado pela parturiente.***

Errado.

02. (Promotor de Justiça/MPE-RS/2014):

O enunciado no Art. 198 da Constituição Federal, o Sistema Único de Saúde (SUS) assume a condição de garantia institucional fundamental, inclusive como limite material à reforma constitucional.

O direito à saúde está direto e intimamente ligado ao direito à vida e ao princípio da dignidade da pessoa humana. Tais amparos são essenciais aos cidadãos, logo, recebem a seguinte proteção entalhada na CF/1988:

Art. 60, § 4.º Não será objeto de deliberação a proposta de emenda tendente a abolir:

IV - Os direitos e garantias individuais.

Esse dispositivo garante que os direitos e garantias individuais não podem ser objeto de Emenda Constitucional com objetivo de abolir, diminuir ou restringir tais benesses. Em suma, é um limite material à reforma constitucional.

*Por seu turno, todo o dispositivo constitucional que recebe essa proteção recebe o nome de **Cláusula Pétreia** pela doutrina constitucionalista. Em outras palavras, essas cláusulas, de forma figurada, estão esculpidas na pedra, ou seja, não podem ser abolidas.*

Certo.

03. (Auditor-Fiscal/RFB/ESAF/2010):

À luz da Organização da Seguridade Social, a Saúde possui abrangência universal, sendo qualquer pessoa por ela amparada.

Lembra-se do Art. 196 da CF/1988? Ele se inicia assim: "A saúde é direito de todos (...)". A **Saúde** é a única área da Seguridade Social que **qualquer pessoa pode usufruir**, independentemente de ser pobre ou rico e independentemente de contribuição por parte do segurado. Lembrando que a Previdência Social é devida apenas aos segurados que com ela contribuí, e a Assistência Social é devida apenas a quem dela necessitar, independentemente de contribuição.

Certo.

04. (Médico Auditor/SESA-ES/CESPE/2013):

Conforme dispõe a CF/1988 e a Lei n.º 8.080/1990, é correto afirmar que é permitida a participação, direta ou indireta, de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde e na doação de recursos financeiros por organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas.

Essa é a redação antiga da LOS! =/

*Atualmente, conforme previsão no texto constitucional, tem-se que é **vedada** (proibida) a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, **salvo nos casos previstos em lei**. Sendo que tal previsão foi incluída na LOS pela Lei n.º 13.097/2015.*

Sendo assim, atualmente é permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos:

- 1. Doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos;*
- 2. Pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar:
 - a) Hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada, e;**

b) Ações e pesquisas de planejamento familiar;

3. Serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social, e;

4. Demais casos previstos em legislação específica.

Certo.

05. (Médico Plantonista/Prefeitura Municipal de Camocim de São Félix-PE/CONUPE/2011):

Sobre o desenvolvimento das Políticas de Saúde no Brasil, é correto afirmar que na República Velha (1989-1930), foram organizadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões.

*Em 1923, no governo de Artur Bernardes, por meio da Lei Eloy Chaves, iniciou o que a literatura chama de **Fase Pródiga** da estruturação do setor da saúde no Brasil. Foi essa a Lei que criou os Fundos de Aposentadorias e Pensões aos Ferroviários (Caixa de Assistência), além de prever outros benefícios como a Assistência Médica e a Compra de Medicamentos.*

Certo.

06. (Defensor Público/DPE-PR/UFPR/2014):

O sistema único de saúde será financiado com os recursos do orçamento da seguridade social, dos entes da federação, bem como de outras fontes, devendo o Poder Público garantir o mínimo existencial no que tange ao direito social à saúde, podendo o Poder Judiciário ser acionado para efetivação deste direito fundamental.

*O SUS será financiado com recursos do **Orçamento da Seguridade Social** de cada um dos entes políticos, além de outras fontes. Essas disposições encontram-se no § 1.º do Art. 198 e fazem correlação ao Art. 195 que define que a Seguridade Social será financiada por todos os entes políticos. Correlação lógica! Se os entes políticos irão financiar a Seguridade Social, também irão automaticamente financiar a Saúde, pois a Saúde é apenas uma área da Seguridade Social, ou seja, a Saúde está inserida dentro da Seguridade Social.*

Por sua vez, a nossa Constituição refere-se à saúde como um direito fundamental, sendo uma norma programática sua efetiva

garantia e acesso universal e igualitário. Embora as normas programáticas não produzam os seus integrais efeitos direta e imediatamente, é certo que, dentre outros, servem de parâmetro para a interpretação do texto constitucional, estabelecendo princípios e diretrizes a serem cumpridos futuramente pelos órgãos estatais.

Nesse sentido, a doutrina nos apresenta a Cláusula de Reserva do Financeiramente possível (ou materialmente possível), o qual assegura de antemão ao Estado a justificativa de esquivar-se da total cobertura de suas obrigações, em decorrência de carência financeira. Entretanto, entende o Supremo Tribunal Federal que, ante os direitos sociais fundamentais, como a saúde, por exemplo, não há que se alegar tal cláusula, devendo o Poder Judiciário analisar caso a caso, imputando ao Poder Público, se necessário, a obrigatoriedade do cumprimento da norma para consecução da função social a que se refere, sem com isso representar atentado ao princípio da separação de poderes.

Certo.

07. (Especialista em Regulação/ANVISA/CESPE/2004):

A utilização da epidemiologia para estabelecer prioridades, alocar recursos e orientar ações e serviços públicos de saúde e serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) é uma regra que poderá ser colocada de lado com o objetivo de preservar a autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral.

Estamos diante de dois princípios legais aplicáveis ao SUS presentes na LOS (Lei n.º 8.080/1990):

- ✓ **Preservação** da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- ✓ Utilização da **epidemiologia** para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática: a **Epidemiologia**, que é a ciência que estuda o binômio "saúde x doença", é o ponto de partida para o planejamento gerencial do SUS. Através dessa ciência, pode-se, por exemplo, observar quais doenças são mais presentes em determinadas regiões e definir, a partir dessa constatação, quais serão as prioridades do SUS naquela região, dimensionando de forma eficiente a alocação de recursos (financeiros e humanos) e a orientação a ser tomada nos programas de saúde;

Por sua vez, um princípio não se sobressai ao outro, ou seja, o paciente tem o direito à preservação do seu corpo e de sua integridade em qualquer situação.

Errado.

08. (Médico Auditor/SESA-ES/CESPE/2013):

Com base na CF/1988 e na Lei Complementar n.º 141/2012, é correto afirmar que a União, os estados e os municípios devem investir anualmente recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

A Lei Complementar n.º 141/2012 veio regulamentar a previsão constante no Art. 198 da CF/1988, que obriga os entes políticos a aplicarem um percentual mínimo de recursos em ações e serviços públicos de saúde.

Certo.

09. (Nutricionista/SEJUS-RO/FUNCAB/2010):

Durante 1981 e 1982, o governo federal buscou formular alternativas para superar a crise financeira vivenciada no sistema da previdência. Dentre o conjunto de medidas propostas, podemos citar a criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP).

Em 1981, surgiu o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), ao qual competia o reconhecimento da existência das redes hospitalares Estadual e Municipal que se encontravam completamente sucateadas.

O CONASP passou a reconhecer a importância dos Hospitais Universitários e mudou a forma de pagamento das internações hospitalares para o setor privado. Esse pagamento, até então, tinha como base o atendimento médico realizado em um dado paciente, ou seja, os convênios estabeleciam a remuneração por procedimento, consolidando a lógica de cuidar da doença e não da saúde.

Certo.

10. (Analista Judiciário – Área Judiciária/TRT-6/FCC/2012):

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único.

A questão se limita a reproduzir a literalidade do caput do Art. 198 da CF/1988, a saber:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único (SUS), 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, e;*
- III - Participação da comunidade.*

Certo.

11. (Administrador/Ministério da Saúde/CESPE/2013):

A maioria dos problemas sanitários do país é resolvida pelos serviços hospitalares, o que justifica a priorização desses serviços em relação à atenção primária em saúde.

O SUS, conforme dispõe a Constituição Federal de 1988, tem como diretriz o atendimento integral, com prioridade as atividades preventivas, ou seja, os serviços de atenção primária devem ser priorizados em detrimento aos outros serviços realizados pelo sistema de saúde público.

Errado.

12. (Auditor-Fiscal/RFB/ESAF/2010):

À luz da Organização da Seguridade Social, a Assistência Social, por meio de sistema único e centralizado no poder central federal, pode ser dada a todos os contribuintes individuais da Previdência Social.

*Na verdade, é a **Saúde** que é organizada na forma de **sistema único**, o SUS (Sistema Único de Saúde), e não a Assistência Social. Além disso, a Saúde é direito de todos e não somente dos segurados contribuintes individuais.*

Errado.

13. (Analista Judiciário – Serviço Social/TRT-1/FCC/2011):

O SUS assegura a todos os usuários, sem discriminação de qualquer tipo e sem exigir carência, o direito ao atendimento integral, independentemente de sua situação econômica. Segundo a legislação, é direito do usuário ter

transporte e atendimento adequado em caso de risco de vida ou lesão grave, somente com recursos próprios.

*A questão começou bem, mas no final derrapou! Como é de seu conhecimento, a **Saúde é direito de todos e dever do Estado**. Diante desse dispositivo constitucional, não há que se falar em atendimento somente mediante pagamento com recursos do próprio paciente!*

Errado.

14. (Médico Plantonista/Prefeitura Municipal de Camocim de São Félix-PE/CONUPE/2011):

Sobre o desenvolvimento das Políticas de Saúde no Brasil, é correto afirmar que no período do Autoritarismo (1964-1984), foi criado o SUDS (Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde) como estratégia para a implantação do SUS (Sistema Único de Saúde).

Em 17 de março de 1986 foi aberta a 8.^a Conferência Nacional de Saúde (CNS) por José Sarney, primeiro presidente civil após o período da ditadura militar. Foi um marco na história do sistema de saúde do país pois foi a primeira CNS a ser aberta à sociedade, não obstante sua importância na propagação do movimento da Reforma Sanitarista.

A criação e implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 foi resultante da 8.^a CNS, portanto, posterior ao período da ditadura militar, contrariando o enunciado da questão.

Esse sistema foi precursor do atual Sistema Único de Saúde (SUS) e surgiu sob forma de convênio do INAMPS com as Secretarias de Saúde dos Estados. Também assumiram universalização da equidade no acesso aos serviços de saúde, integralidade dos cuidados assistenciais, regionalização e integração dos serviços de saúde, descentralização das ações de saúde, implementação de distritos sanitários, desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e desenvolvimento de uma política de recursos humanos.

Errado.

15. (Agente de Vigilância Ambiental em Saúde/SES-DF/IDECAN/2014):

A Lei n.º 8.142/90 foi criada para garantir o acesso da população ao serviço público de saúde.

Na verdade, o referido diploma legal foi criado para garantir a participação social na gestão do SUS e regulamentar a transferência de recursos financeiros entre os governos. =)

Errado.

16. (Especialista em Regulação/ANVISA/CESPE/2004):

O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e na execução de políticas econômicas e sociais que objetivem a redução de riscos de doenças e de outros agravos. Consiste também no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação, não excluindo desse campo os deveres das pessoas, das famílias, das empresas e da sociedade.

Nossa Constituição refere-se à saúde como um direito fundamental, sendo uma norma programática sua efetiva garantia e acesso universal e igualitário. Embora as normas programáticas não produzam os seus integrais efeitos direta e imediatamente, é certo que, dentre outros, servem de parâmetro para a interpretação do texto constitucional, estabelecendo princípios e diretrizes a serem cumpridos futuramente pelos órgãos estatais.

Nesse sentido, a doutrina nos apresenta a Cláusula de Reserva do Financeiramente possível (ou materialmente possível), o qual assegura de antemão ao Estado a justificativa de esquivar-se da total cobertura de suas obrigações, em decorrência de carência financeira.

Entretanto, entende o Supremo Tribunal Federal que, ante os direitos sociais fundamentais, como a saúde, por exemplo, não há que se alegar tal cláusula, devendo o Poder Judiciário analisar caso a caso, imputando ao Poder Público, se necessário, a obrigatoriedade do cumprimento da norma para consecução da função social a que se refere, sem com isso representar atentado ao princípio da separação de poderes.

*O fato de o Estado ter o dever de garantir a saúde de toda a população, **não exclui** o dever das **pessoas, famílias, empresas** e da **sociedade**. Imagine uma empresa, uma lanchonete ou um bar, por exemplo, que não mantenha o estabelecimento comercial em condições necessárias de limpeza e, conseqüentemente de saúde.*

Essa empresa não está cumprindo seu dever de zelar pela saúde de seus funcionários e clientes, o que exclui a culpa exclusiva do Estado.

Certo

17. (Médico Auditor/SESA-ES/CESPE/2013):

Com base na CF/1988 e na Lei Complementar n.º 141/2012, é correto afirmar que a saúde é um direito da população brasileira garantida mediante políticas sociais que visem, prioritariamente, ações de reabilitação e recuperação da saúde.

Conforme dispõe a CF/1988:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único (SUS), 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, e;*

III - Participação da comunidade.

Errado.

18. (Sanitarista/FESF-BA/AOCP/2010):

Diversos fatores conjunturais contribuíram para a reformulação das políticas de Saúde no Brasil e criação do SUS, na constituição de 1988, dentre estes podemos citar, entre eles, a gestão descentralizada mais ainda pouco participativa.

A estratégia do SUDS, criado em 1987, buscou, dentro de suas limitações institucionais, focalizar a atenção no processo de descentralização e fortalecimento dos níveis periféricos do sistema, envolvendo num primeiro momento os Estados, mas apontando, em médio prazo, os municípios.

*A nova Constituição Brasileira incorporou a essência do SUDS no plano político, transformando **Estados e Municípios em atores fundamentais para a aprovação do capítulo da seguridade social/saúde, constituindo o marco do direito à saúde no Brasil.***

Certo.

19. (Analista-Tributário/RFB/ESAF/2010):

Saúde e Assistência Social são direitos sociais organizados da mesma maneira e com a mesma finalidade.

A Saúde tem como finalidade atender a todos, pobres ou ricos, independentemente de contribuição. Já a Assistência atende apenas as pessoas que dela necessitam, sem a necessidade de contribuição prévia.

Quanto à organização, a Saúde possui uma Lei Orgânica exclusiva (Lei n.º 8.080/1990) e a Assistência Social tem outra Lei Orgânica exclusiva (Lei n.º 8.742/1993).

Diante do exposto, podemos observar que a Saúde e a Assistência Social são organizadas de maneiras distintas, e com finalidades diversas.

Errado.

20. (Auditor-Fiscal/SRF/ESAF/2005):

Segundo dispõe o art. 196, da CF/88, a saúde é direito de todos e dever do Estado. Diante dessa premissa, é correto afirmar que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, sem a participação da comunidade.

A questão está errada! O SUS (Sistema Único de Saúde) conta com a participação da comunidade para realizar as suas ações, conforme dispõe o texto constitucional:

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, e;

III - Participação da comunidade.

Errado.

21. (Médico Plantonista/Prefeitura Municipal de Camocim de São Félix-PE/CONUPE/2011):

Sobre o desenvolvimento das Políticas de Saúde no Brasil, é correto afirmar que na era Vargas (1930-1945), são criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP).

Durante a década de 30 foi criado seis institutos de previdência, estendendo os benefícios a trabalhadores do setor público e privado.

A Fase Pródiga era caracterizada pela ampliação de benefícios das Caixas de Assistência, incluindo nessas a Assistência Médica. Tratava-se de um sistema de atendimento particularista e excludente.

Certo.

22. (Promotor de Justiça/MPE-RS/2014):

É da competência do SUS, nos termos da lei, inspecionar alimentos, compreendido aí, o controle de seu teor nutricional.

Conforme determina o texto constitucional:

Art. 200. Ao sistema único de saúde (SUS) compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

*VI - **Fiscalizar e inspecionar alimentos**, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como **bebidas e águas para consumo humano**;*

Certo.

23. (Médico Plantonista/Prefeitura Municipal de Camocim de São Félix-PE/CONUPE/2011):

Sobre o desenvolvimento das Políticas de Saúde no Brasil, é correto afirmar que no período do Autoritarismo (1964-1984), ocorreu a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966 e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Em 1964, cerca de 22% da população Brasileira possuía benefícios em função do sistema de previdência social vigente, ano esse em que foi criada uma comissão para reformular o sistema previdenciário, que culminou com a fusão de todos os IAPs no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), em 1966.

Por sua vez, a crise financeira da previdência social decorrente de um período caracterizado pela recessão, desemprego e consequente diminuição da arrecadação contribuiu para que o governo militar novamente repensasse a Previdência Social criando, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), autarquia desmembrada do INPS, somente em 1974, e não em 1966, como propõe o enunciado.

Errado.

24. (Delegado/PC-AP/FGV/2010)

Relativamente à ordem social, a assistência à saúde pode ser exercida pela iniciativa privada, desde que previamente autorizado seu funcionamento pelo Ministério da Saúde e submetidas às regras de concessão pública contidas na Constituição.

O texto constitucional é claro ao afirmar que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada! Não existe essa previsão de autorização de funcionamento pelo Ministério da Saúde. Observe o texto da CF:

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

Errado.

25. (Médico Plantonista/Prefeitura Municipal de Camocim de São Félix-PE/CONUPE/2011):

Sobre o desenvolvimento das Políticas de Saúde no Brasil, é correto afirmar no período pós-constituente, foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde, a Lei n.º 8.080/1990.

Historicamente, a reforma sanitária representada no início pelas Ações Integradas de Saúde (AIS), evoluiu posteriormente para o SUDS e finalmente para o SUS, consolidando-se na referida Lei Maior. Apesar dos obstáculos, o SUDS sobreviveu até a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (LOS) em 1990.

Certo.

26. (Médico Auditor/SESA-ES/CESPE/2013):

Com base na CF/1988 e na Lei Complementar n.º 141/2012, é correto afirmar que cabe exclusivamente à rede pública garantir o acesso universal à saúde, de modo a oferecer, pelo SUS, todos os procedimentos de atenção à saúde necessários ao cidadão.

Conforme determina a legislação da saúde, a iniciativa privada, como os hospitais e clínicas particulares, poderá participar do SUS, mas apenas em **caráter complementar**. Lembre-se: é complementar e não suplementar ou residual. Leve isso também para a prova! =)

Errado.

27. (Analista Técnico de Políticas Sociais/MPOG/ESAF/2012):

Segundo o artigo 196 da Constituição Federal, "a saúde é um direito de todos e um dever do Estado". É então correto afirmar que a saúde é um direito constitucional que deve ser garantido por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos.

A questão praticamente traz o previsto na CF/1988, no Art. 196, a saber:

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.

Do artigo acima conseguimos vislumbrar que a saúde é um direito de todos, **não se exigindo nenhuma contribuição** por parte da pessoa usuária. Qualquer pessoa, pobre ou rica, tem direito de ser atendido nos postos públicos de saúde, sem distinção. Podemos perceber claramente isso nas campanhas de vacinação para a população. Nada é cobrado ou previamente exigido daqueles que se dirigem aos postos de vacinação.

Certo.

28. (Analista Judiciário – Assistência Social/TJ-PE/FCC/2012):

O Sistema Único da Saúde (SUS) aponta como característica do modelo de gestão a hierarquização dos serviços, conforme a complexidade da atenção à saúde, sob comando único.

A questão traz as disposições constitucionais que declaram que a direção do SUS, será descentralizada, com **direção única** em cada esfera de governo. A direção (ou **comando**), por sua vez, será exercida pelos seguintes órgãos, em cada esfera do governo:

1. No âmbito da **União**, esfera federal, pelo **Ministério da Saúde (MS)**;

2. No âmbito dos **Estados** e do **Distrito Federal**, esfera estadual e distrital, pela respectiva **Secretaria de Saúde** ou órgão equivalente, e;

3. No âmbito dos **Municípios**, esfera municipal, pela respectiva **Secretaria de Saúde** ou órgão equivalente.

Certo.

29. (Promotor de Justiça/MPE-RS/2014):

É da competência do SUS, nos termos da lei, participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico.

Conforme determina o texto constitucional:

Art. 200. Ao sistema único de saúde (SUS) compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

*IV - **Participar** da formulação da política e da execução das ações de **saneamento básico**;*

Certo.

30. (Especialista em Regulação/ANVISA/CESPE/2004):

O SUS é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, além das instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde. A iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar.

*O SUS (sistema com disposição expressa em nossa Carta Magna), conforme a LOS, constitui-se do **conjunto** de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.*

Apesar da lei não trazer expressamente, os órgãos e instituições públicas distritais (do Distrito Federal) também estão englobados pelo SUS, pois se assim não fosse, o sistema não atenderia o disposto no Art. 198, inciso I, da CF/1988:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único (**SUS**), organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - Descentralização, com direção única em **cada** esfera de governo (**federal, estadual, distrital e municipal**);

Sempre imaginamos que os órgãos e entidades ligadas ao SUS são apenas os hospitais e os postos de saúde. Um equívoco! Temos outras instituições, entre elas as de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

Outro aspecto importante, é termos em mente que a iniciativa privada, como os hospitais e clínicas particulares, poderá participar do SUS, mas apenas em **caráter complementar**. Lembre-se: é complementar e não suplementar ou residual. Leve isso também para a prova! =)

Certo

31. (Perito Médico Previdenciário/INSS/FCC/2012):

São princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS): igualdade, universalização, descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

Para você lembrar, vamos mostrar o seguinte esquema:

Diretrizes (CF/1988):	Princípios (LOS):
1. Descentralização;	1. Universalidade;
2. Atendimento Integral;	2. Integralidade;
3. Participação da Comunidade.	3. Preservação;
	4. Igualdade;
	5. Direito à Informação;
	6. Divulgação de Informações;
	7. Utilização da Epidemiologia;
	8. Participação da Comunidade;
	9. Descentralização;
	10. Integração;
	11. Conjugação dos recursos;
	12. Capacidade de Resolução
	13. Organização.

Observe que todos os princípios e diretrizes citados na questão estão presentes na CF/1988 ou na LOS. =)

Por fim, observe que das diretrizes impostas pela nossa carta magna, duas foram "copiadas" pela LOS (destaque em amarelo).

Certo.

32. (Analista Judiciário – Serviço Social/TRT-1/FCC/2011):

Uma das principais atribuições do SUS é a de formular políticas públicas. Embora público, estabelece parcerias com hospitais e entidades de iniciativas privadas, às quais são subordinadas pela política do Ministério da Saúde.

*Conforme dispõe a LOS, quando as disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o SUS **poderá** recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.*

*Observe que o verbo da frase anterior é "poderá", ou seja, o SUS tem a faculdade, e não a obrigatoriedade de recorrer a iniciativa privada. Conforme já informado, a participação **complementar** da iniciativa privada será formalizada mediante **contrato** ou **convênio**, observadas as normas de direito público.*

*Terá preferência na participação complementar no SUS as **entidades filantrópicas** e as **sem fins lucrativos**.*

*Os **critérios** e **valores** para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do SUS, aprovados no **Conselho Nacional de Saúde (CNS)**.*

Na fixação desses critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento de remuneração, cabe à direção nacional do SUS fundamentar sua decisão em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

Conforme podemos observar, cabe ao CNS e não ao Ministério da Saúde, formular as políticas referentes à participação complementar da iniciativa privada no SUS, por meio de parcerias com hospitais e entidades particulares.

Errado.

33. (Promotor de Justiça/MPE-RS/2014):

É da competência do SUS, nos termos da lei, executar as ações de vigilância sanitária.

Conforme determina a CF/1988:

Art. 200. Ao sistema único de saúde (SUS) compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

*II - **Executar** as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de **saúde do trabalhador**;*

Certo.

34. (Perito Médico Previdenciário/INSS/CESPE/2010):

Compete exclusivamente à União elaborar as normas técnicas e estabelecer os padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde.

*Conforme foi apresentado no tópico sobre atribuições e competências do SUS, cabe à **União**, aos **Estados**, ao **Distrito Federal** e aos **Municípios** exercerem, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:*

(...)

- ✓ *Elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;*

Como você percebeu, a competência não é exclusiva da União, mas é comum entre essa e os outros entes políticos.

Errado.

35. (Analista Judiciário – Assistência Social/TJ-PE/FCC/2012):

O Sistema Único da Saúde (SUS) aponta como característica do modelo de gestão o comando único da gestão do sistema de saúde por meio das agências reguladoras.

Agências Reguladoras? Não! A questão tentou confundir o candidato! =)

A questão traz as disposições constitucionais que declaram que a direção do SUS, será descentralizada, com **direção única** em cada esfera de governo. A direção (ou **comando**), por sua vez, será exercida pelos seguintes órgãos:

1. No âmbito da **União**, esfera federal, pelo **Ministério da Saúde (MS)**;
2. No âmbito dos **Estados** e do **Distrito Federal**, esfera estadual e distrital, pela respectiva **Secretaria de Saúde** ou órgão equivalente, e;
3. No âmbito dos **Municípios**, esfera municipal, pela respectiva **Secretaria de Saúde** ou órgão equivalente.

Errado.

36. (Assistente Social/CAERN/FGV/2010):

De acordo com a Constituição da República Federativa do Brasil em vigor, o Sistema Único de Saúde desempenha algumas atribuições. Entre elas, pode-se destacar a de implementar o orçamento participativo na área da saúde individual e coletiva, contribuindo para a transparência nos gastos governamentais.

Não existe a previsão da implementação do orçamento participativo no âmbito do SUS!

Conforme legislação, cabe à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios exercer, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

(...)

- ✓ *Elaboração da proposta orçamentária do SUS, de conformidade com o plano de saúde;*

Errado.

37. (Analista Judiciário – Assistência Social/TJ-AP/FCC/2009):

O Sistema Único de Saúde tem por objetivo, entre outros, assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Conforme disposição legal, são **objetivos** do SUS:

1. A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde: Cabe ao sistema público de saúde verificar, pesquisar, identificar e, principalmente, divulgar os níveis desses fatores (alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e acesso aos bens/serviços essenciais);

2. A formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a melhoria da saúde dos cidadãos: Conforme já foi explanado, o dever do Estado garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais, **formuladas pelo SUS**, que visem à **redução de riscos de doenças e de outros agravos** e no **estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços** para a sua promoção, proteção e recuperação, e;

3. A assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas: Cabe ao SUS, nos casos de necessidade por parte do indivíduo, prestar, além da saúde, a assistência necessária.

Certo.

38. (Perito Médico Previdenciário/INSS/CESPE/2010):

Compete à direção estadual do SUS coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços de vigilância epidemiológica.

Essa prova de LOS estava completamente literal! Lembra-se do nosso "quadrinho" de quase 5 páginas que demonstrava as competências do SUS por esfera? Nesse quadro esquemático, na coluna do meio, referente ao Art. 17 da LOS (competência da direção estadual do SUS), trazia a seguinte disposição:

À direção estadual do SUS compete:

4. Coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

a) De vigilância epidemiológica;

O nosso quadrinho é muito extenso, mas é bom olharmos com carinho cada coluna, para sabermos qual competência é da direção nacional, da estadual ou da municipal. Nunca sabemos quando teremos que enfrentar uma questão de literalidade!

Certo.

39. (Especialista em Regulação/ANVISA/CESPE/2004):

Os fatores determinantes e condicionantes da saúde incluem a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Quais eram os fatores determinantes da saúde da Lei n.º 8.080/1990? Observe o nosso resumo:

1	Alimentação
2	Moradia
3	Saneamento Básico
4	Meio Ambiente
5	Trabalho
6	Renda
7	Educação
8	Atividade Física
9	Transporte
10	Lazer
11	Acesso aos Bens e Serviços essenciais

Certo.

40. (Administrador/Ministério da Saúde/CESPE/2013):

À direção nacional do SUS compete elaborar, em cooperação com os estados, os municípios e o Distrito Federal, o planejamento estratégico nacional, utilizando instrumentos básicos de planejamento como o plano de saúde, a programação anual de saúde e o relatório anual de gestão.

Conforme dispõe o Art. 16 da Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8.080/1990), compete à direção nacional do SUS elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

Certo.

41. (Administrador/Ministério da Saúde/CESPE/2013):

Os objetivos do SUS incluem a prestação de assistência às pessoas, por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Conforme disposição legal, são objetivos do SUS:

3. A assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas: Cabe ao SUS, nos casos de necessidade por parte do indivíduo, prestar, além da saúde, a assistência necessária.

Certo.

42. (Técnico Administrativo/ANVISA/CESPE/2007):

O direito ao serviço gratuito de saúde é garantido apenas aos cidadãos brasileiros que contribuem regularmente para a seguridade social.

A Saúde é direito de todos e dever do Estado, conforme dispõe a Constituição Federal. Essa benesse se estende a todos: cidadãos brasileiros natos, cidadãos brasileiros naturalizados ou estrangeiros (residentes ou em trânsito pelo país). Não existe nenhuma restrição a essa importante área da Seguridade Social.

Errado

43. (Perito Médico Previdenciário/INSS/CESPE/2010):

Caberá à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios financiar, com recursos próprios, o subsistema de atenção à saúde indígena.

*Compete somente à União financiar o SASI (Sistema de Atenção à Saúde do Indígena) de **forma obrigatória**. Porém, a LOS abriu brecha para que os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e quaisquer outras instituições governamentais ou não governamentais **complementem** o custeio desse subsistema.*

*A questão não diferencia o **financiamento obrigatório** (União) do **financiamento complementar facultativo** (outros entes políticos e a iniciativa) privado, logo, a questão quer saber quem tem obrigação para com o financiamento do SASI, e nesse caso, sem dúvida, é somente a União.*

Errado.

44. (Assistente Social/CAERN/FGV/2010):

De acordo com a Constituição da República Federativa do Brasil em vigor, o Sistema Único de Saúde desempenha algumas atribuições. Entre elas, pode-se destacar a de executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador.

A questão citou a CF/1988, especificamente em seu Art. 200, que assim reza:

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - Ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - Incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - Fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - Participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos, e;

VIII - Colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Entretanto, a resposta da questão também pode ser observada na LOS, especificamente no campo de atuação dos SUS, que prevê:

1. A execução de ações:

- a) de **vigilância sanitária**;
- b) de **vigilância epidemiológica**;
- c) de **saúde do trabalhador**, e;
- d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

Certo.

45. (Tecnologista Sênior/INCA-MS/FUNCAB/2014):

Com base no disposto na Lei n.º 8.142/1990, é correto afirmar que aos municípios é vedado estabelecer consórcios para a execução das ações e serviços de saúde, salvo em casos emergenciais.

Conforme determina a Lei n.º 8.142/1990:

*Art. 3.º, § 3.º Os Municípios poderão estabelecer **consórcio** para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do Art. 2.º desta lei.*

*Ainda sobre os famosos recursos do inciso IV do Art. 2.º, temos que no **mínimo 70%** serão repassados para os Municípios e que no **máximo 30%** serão repassados para os Estados.*

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

I - Fundo de Saúde (FNS);

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto n.º 5.839/2006;

III - Plano de Saúde;

IV - Relatórios de Gestão que permitam o controle de que trata a Lei n.º 8.080/1990 (LOS);

V - Contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento, e;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Errado.

46. (Analista Judiciário – Assistência Social/TJ-AP/FCC/2009):

O Sistema Único de Saúde tem por objetivo, entre outros, o levantamento de informações da vulnerabilidade social e o foco prioritário nos aglomerados urbanos com ações de recuperação e atividades de alta complexidade.

Como já foi exposto, são apenas 3 os objetivos do SUS, conforme dispõe a LOS:

1. A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde: Cabe ao sistema público de saúde verificar, pesquisar, identificar e, principalmente, divulgar os níveis desses fatores (alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e acesso aos bens/serviços essenciais);

*2. A formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a melhoria da saúde dos cidadãos: Conforme já foi explanado, o dever do Estado garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais, **formuladas pelo SUS**, que visem à **redução de riscos de doenças e de outros agravos** e no **estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços** para a sua promoção, proteção e recuperação, e;*

3. A assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas: Cabe ao SUS, nos casos de necessidade por parte do indivíduo, prestar, além da saúde, a assistência necessária.

Errado.

47. (Especialista em Regulação/ANVISA/CESPE/2004):

As ações e os serviços de saúde executados pelo SUS são, conforme determina a Lei n.º 8.080/1990, organizados de forma global e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

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

Errado.

48. (Promotor de Justiça/MPE-RS/2014):

É da competência do SUS, nos termos da lei, ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde.

Em consonância com o texto da Carta Magna, temos que:

Art. 200. Ao sistema único de saúde (SUS) compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

*III - **Ordenar** a formação de recursos humanos na área de saúde;*

Certo.

49. (Perito Médico Previdenciário/INSS/CESPE/2010):

Não se incluem na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares os procedimentos médicos.

*O Subsistema de Atendimento e Internação Domiciliar (SAID) é o segundo subsistema dos três presentes no SUS, acrescentado pela Lei n.º 10.424/2002, e prevê no âmbito do SUS, o **atendimento domiciliar** e a **internação domiciliar**.*

*Nessas **modalidades de assistência** incluem-se, principalmente, os procedimentos **médicos**, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.*

Errado.

50. (Economista/SESAU-RO/FUNCAB/2009):

À direção municipal do Sistema Único de Saúde, compete a execução de serviços de saúde do trabalhador.

Mais uma vez o nosso "quadrinho" é a chave da resposta, basta olhar a terceira coluna (competências municipais), para encontrar a seguinte disposição:

Art. 18. Compete a Direção Municipal do SUS:

4. Executar serviços:

e) De saúde do trabalhador;

Certo.

51. (Enfermeiro/UNIPAMPA/CESPE/2013):

Todos os municípios são obrigados a ter serviços de atenção primária em saúde, devendo esses serviços ordenar o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde.

Sem dúvida, a atenção primária em saúde deve ser atendida principalmente em âmbito municipal. Além da atenção primária, os atendimentos de urgência e emergência, por exemplo, também devem estar na órbita municipal.

Certo.

52. (Enfermeiro/UNIPAMPA/CESPE/2013):

De acordo com os princípios da descentralização e do comando único no SUS, os municípios devem ser os principais executores das ações e serviços de saúde, devendo a gestão do sistema ser realizada pelo Ministério da Saúde, que contém o comando único do SUS.

*A direção do SUS, conforme dispõe a CF/1988, será descentralizada, com **direção única** em cada esfera de governo. A direção (ou comando), por sua vez, será exercida pelos seguintes órgãos:*

1. No âmbito da **União**, esfera federal, pelo **Ministério da Saúde (MS)**;

2. No âmbito dos **Estados** e do **Distrito Federal**, esfera estadual e distrital, pela respectiva **Secretaria de Saúde** ou órgão equivalente, e;

3. No âmbito dos **Municípios**, esfera municipal, pela respectiva **Secretaria de Saúde** ou órgão equivalente.

É importante ressaltar que os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam. A esses **Consórcios Administrativos Intermunicipais (CAI)** se aplicam o princípio da direção única.

Por seu turno, o SUS, no nível municipal, **poderá** organizar-se em **distritos** de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para cobertura total das ações de saúde. Observe que a organização em distritos é **facultativa**, pois o legislador deixa claro que o SUS **poderá** realizar tal divisão e não diz expressamente **deverá** realizar tal divisão.

Por sua vez, os entes federativos trabalham em cooperação, logo, não existe a figura do principal executor, como dispõe a questão.

Errado

53. (Especialista em Regulação/ANVISA/CESPE/2004):

A vigilância sanitária deve ser entendida como um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo, e o controle da prestação de serviços que se relacionem direta ou indiretamente com a saúde.

Conforme dispõe a LOS, a **Vigilância Sanitária** é um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

1. O controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo, e;
2. O controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

Certo.

54. (Tecnologista Sênior/INCA-MS/FUNCAB/2014):

Com base no disposto na Lei n.º 8.142/1990, é correto afirmar que a representação dos usuários nos Conselhos e Conferências de Saúde deve ser paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos

Conforme dispõe a Lei n.º 8.142/1990:

*Art. 1.º, § 4.º A representação dos **usuários** nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.*

Certo.

55. (Perito Médico Previdenciário/INSS/CESPE/2010):

Os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, indicado pela própria parturiente.

O Subsistema de Acompanhamento durante o Trabalho de Parto, Parto e Pós-Parto Imediato (SATP) é o terceiro e último subsistema a ser incluído no SUS, por meio da Lei n.º 11.108/2005.

*O SATP obrigou os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, a permitirem a presença, junto à parturiente, de **um acompanhante** durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. O acompanhante será expressamente indicado pela parturiente.*

Certo.

56. (Técnico Científico – Serviço Social/BASA/CESPE/2010):

O Estado é obrigado a garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade. No âmbito da saúde, é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS.

Essa questão não retira o seu fundamento de validade da CF/1988 e nem da LOS. De onde vem essa assertiva? Do Estatuto do Idoso, a Lei n.º 10.741/2003, que assim dispõe:

Art. 9.º É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas

que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade.

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, 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 a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

É uma disposição prevista em uma lei extravagante, mas é muito importante para concursos, pois se trata de uma obrigação do SUS para com as pessoas idosas, lembrando, que para a Lei n.º10.741/2003, considera-se pessoa idosa aquela com idade igual ou superior a **60** anos. **Atenção: não são 65 anos, são 60!!**

Certo.

57. (Enfermeiro/UNIPAMPA/CESPE/2013):

Apesar de solucionarem a maioria dos problemas de saúde, as ações de saúde de atenção primária são menos complexas que as de média e de alta complexidade, uma vez que são desenvolvidas mediante serviço clínico menos ampliado e tecnologias de baixa complexidade e densidade.

Assertiva correta! Só para constar, observe as seguintes informações retiradas do sítio eletrônico do SUS:

O que é Média Complexidade? A formulação de uma política voltada para a organização de um sistema de saúde equânime, integral e resolutivo requer para o atendimento efetivo dos problemas de saúde da população a realização de um conjunto de ações articuladas entre os diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde. O modelo atual de organização da atenção encontra-se estruturado em três níveis hierárquicos complementares de atenção à saúde - atenção básica, de média e alta complexidade. Nessa estrutura destaca-se a Média Complexidade como parte importante do sistema, componente fundamental para a efetiva implementação das diretrizes previstas nas orientações que estruturam o SUS.

O que é Alta Complexidade? Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os demais níveis de atenção à Saúde (atenção básica e de média complexidade).

Certo.

58. (Analista Judiciário – Serviço Social/TRT-3/FCC/2009):

As ações e serviços de saúde executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente. No nível municipal, o SUS poderá organizar-se em distritos para articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas compreendidas no âmbito do SUS.

*No nível municipal, o SUS **poderá** organizar-se em **distritos** de forma a **integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para cobertura total das ações de saúde**. Observe que a organização em distritos é **facultativa**, pois o legislador deixa claro que o SUS "**poderá**" realizar tal divisão e não "**deverá**" **realizar** tal divisão.*

Certo.

59. (Analista Judiciário – Serviço Social/TJ-DF/CESPE/2008):

O Sistema Único de Saúde é um sistema universal de que é usuária toda a população brasileira, rica ou pobre. Porém, para acesso às ações básicas de prevenção, como campanha de vacinação, a população de maior renda deverá dirigir-se à rede privada.

Conforme dispõe a Carta Magna, a Saúde é direito de todos e dever do Estado, ou seja, todas as pessoas têm direito de usufruir dos serviços do SUS. Além disso, essa suposta restrição à população de maior renda fere o caráter universal do SUS. Em suma, questão absurda!

Errado.

60. (Especialista em Regulação/ANVISA/CESPE/2004):

Os recursos para a cobertura das ações de saúde a serem implementados pelos municípios, pelos estados e pelo DF são, de acordo com a Lei n.º 8.142/1990, repassados de forma regular e automática na razão de 35% aos municípios, cabendo o restante aos estados e ao DF.

Observe os seguintes dispositivos legais:

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

IV - Cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal. Esses recursos destinar-se-ão a investimentos na rede de

serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3.º Os recursos referidos no **inciso IV do Art. 2.º** desta lei serão repassados de forma regular e **automática** para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos na Lei n.º 8.080/1990 (LOS).

§ 2.º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, **pelos menos 70%**, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados (**máximo 30%**).

*Sobre os famosos recursos do inciso IV do Art. 2.º, temos que, no **mínimo 70%** serão repassados para os Municípios e no **máximo 30%** serão repassados para os Estados.*

Errado.

61. (Analista Judiciário – Área Judiciária/TRF-3/FCC/2014):

Os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao CONASEMS, na forma que dispuserem seus estatutos.

*Os **Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS)**, que são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao CONASEMS.*

Certo.

62. (Analista Judiciário – Serviço Social/TRT-18/FCC/2008):

O artigo 6.º da Lei n.º 8.080, de 1990, que dispõe sobre a execução de ações no campo de atuação do SUS - Sistema Único de Saúde, estabelece que são de sua competência as ações de controle e vigilância social, por meio dos conselhos gestores de saúde, formados especialmente pelos profissionais de saúde.

Controle e vigilância social? Com certeza esse tipo de ação não está no campo de atuação do SUS, que é composto das seguintes ações:

1. A execução de ações:

- a) De **vigilância sanitária**;
- b) De **vigilância epidemiológica**;
- c) De **saúde do trabalhador**, e;
- d) De **assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica**;
2. A participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
3. A ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
4. A vigilância nutricional e a orientação alimentar;
5. A colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;
6. A formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
7. O controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
8. A fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
9. A participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
10. O incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;
11. A formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

Errado.

63. (Técnico Administrativo/ANVISA/CESPE/2007):

As normas e a execução das ações de vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras são de competência dos estados e municípios.

Naquele nosso famoso e enorme quadro de competência por esfera, temos que compete a Direção Nacional do SUS (esfera federal):

Estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios.

Observe que as normas são de competência federal e a execução dessas são de competência federal, podendo ser complementada pelos outros entes políticos da Federação (Estados, DF e Municípios).

Errado

64. (Enfermeiro/UNIPAMPA/CESPE/2013):

O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS é circunscrito aos pacientes residentes na região de saúde, sendo garantido até a capacidade instalada da rede regionalizada e hierarquizada.

*O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas **Portas de Entrada do SUS** e se completa na **rede regionalizada e hierarquizada** de acordo com a complexidade do serviço.*

São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

- 1. De atenção primária;*
- 2. De atenção de urgência e emergência;*
- 3. De atenção psicossocial, e;*
- 4. Especiais de acesso aberto.*

Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, caberá aos entes federativos, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores:

- 1. Garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde;*

2. Orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde;
3. Monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde, e;
4. Ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde.

Por fim, o Ministério da Saúde disporá sobre critérios, diretrizes, procedimentos e demais medidas que auxiliem os entes federativos no cumprimento das atribuições supracitadas.

Errado.

65. (Perito Médico Previdenciário/INSS/FCC/2006):

A legislação do SUS prevê que a informação sobre os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional, deve ser prestada exclusivamente ao Ministério Público do Trabalho.

*A **Saúde do Trabalhador** é definida como um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:*

(...)

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

Essas informações cabem ao trabalhador e a sua respectiva entidade sindical, não existindo essa previsão de prestação de informação ao Ministério Público do Trabalho (MPT).

Errado.

66. (Analista Judiciário – Serviço Social/TRT-3/FCC/2009):

Está incluída no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

Conforme já estudando, está no campo de atuação do SUS, entre outras ações:

1. A execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador, e;

d) **de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;**

Certo.

67. (Tecnologista Sênior/INCA-MS/FUNCAB/2014):

As Comissões Intergestores são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do SUS.

*O legislador ordinário incluiu na LOS a **Comissão Intergestores Bipartite (CIB)** e a **Comissão Intergestores Tripartite (CIT)**, que são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores quanto aos aspectos operacionais do SUS.*

Certo.

68. (Especialista em Regulação/ANVISA/CESPE/2004):

A respeito da Lei n.º 8.142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, é correto afirmar que a Conferência de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, é órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Esse órgão atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

A descrição da assertiva diz respeito ao Conselho de Saúde e não à Conferência de Saúde, uma vez que essa "Saúde" é temporária, ou seja, se reúne apenas de 4 em 4 anos para verificar a situação da saúde no país e propor melhorias na política de saúde adotada pelo ente político.

Devo ressaltar que a reunião da conferência é convocada **em regra** pelo Poder Executivo, mas também poderá ser convocada pela própria Conferência ou pelo Conselho de Saúde, de **forma extraordinária**. Observe o disposto na Lei n.º 8.142/1990:

Art. 1.º O Sistema Único de Saúde (**SUS**), de que trata a Lei n.º 8.080/1990 (LOS), contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - A Conferência de Saúde, e;

II - O Conselho de Saúde.

§ 1.º A **Conferência de Saúde** reunir-se-á a cada **4 anos** com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2.º O **Conselho de Saúde**, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no **controle** da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Errado

69. (Promotor de Justiça/MPE-AC/CESPE/2014):

No âmbito da saúde, existe proibição constitucional para o repasse de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

Conforme determina a CF/1988:

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

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

Certo.

70. (Perito Médico Previdenciário/INSS/FCC/2012):

São princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) a participação da comunidade, controle social, atenção básica e integralidade.

Basta lembrar-se desse nosso esquema:

Diretrizes (CF/1988):	Princípios (LOS):
1. Descentralização;	1. Universalidade;
2. Atendimento Integral;	2. Integralidade;
3. Participação da Comunidade.	3. Preservação;
	4. Igualdade;
	5. Direito à Informação;
	6. Divulgação de Informações;
	7. Utilização da Epidemiologia;
	8. Participação da Comunidade;
	9. Descentralização;
	10. Integração;
	11. Conjugação dos recursos;
	12. Capacidade de Resolução
	13. Organização.

Não existe "controle social" e "atenção básica" entre as diretrizes e princípios da Saúde, o que invalida a questão.

Errado.

71. (Médico Perito/RESENPREVI/CONSULPLAN/2010):

Considerando a definição na Lei Federal n.º 8.080/1990, é papel de a Vigilância Sanitária intervir nos riscos à saúde. Neste sentido, a Vigilância Sanitária deve ser vista como prática avaliativa, valendo-se de estratégias de monitoramento, gerenciamento e comunicação dos riscos à saúde da população.

*A definição está excelente e condizente com as disposições legais trazidas pela LOS, que define a **Vigilância Sanitária** como um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir **riscos à saúde** e de intervir nos **problemas sanitários** decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:*

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

2. O controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

Certo.

72. (Médico Auditor/SESA-ES/CESPE/2013):

O Sistema Nacional de Auditoria do SUS prevê que, após a finalização do controle externo, caso haja necessidade de ressarcimento de recursos para a União, o auditor emita parecer conclusivo para instruir o ressarcimento ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS, o qual fará o repasse do valor ao Tesouro Nacional.

*Cabe ressaltar ainda que o Sistema Nacional de Auditoria e Avaliação do SUS (SNA), por meio de serviço especializado, fará o **controle** e a **fiscalização** do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde.*

Certo.

73. (Analista Judiciário – Serviço Social/TRT-1/FCC/2011):

O SUS assegura a todos os usuários, sem discriminação de qualquer tipo e sem exigir carência, o direito ao atendimento integral, independentemente de sua situação econômica. Segundo a legislação, é direito do usuário ser transferido, em caso de necessidade, somente em condições de instabilidade do quadro de saúde.

A população tem direito à Saúde de forma ampla, sem restrições. Diante de tal observação, fica claro que a assertiva está errada ao restringir a transferência de paciente somente em caso de instabilidade do quadro de saúde. Essa condição vai contra o princípio legal da universalidade da Saúde. Lembra-se do quadro esquemático?

Diretrizes (CF/1988):	Princípios (LOS):
1. Descentralização;	1. Universalidade;
2. Atendimento Integral;	2. Integralidade;
3. Participação da Comunidade.	3. Preservação;
	4. Igualdade;
	5. Direito à Informação;
	6. Divulgação de Informações;
	7. Utilização da Epidemiologia;
	8. Participação da Comunidade;
	9. Descentralização;
	10. Integração;
	11. Conjugação dos recursos;

12. Capacidade de Resolução

13. Organização.

Errado.

74. (Enfermeiro/UNIPAMPA/CESPE/2013):

A priorização dos atendimentos no SUS é feita com base em alguns critérios, entre os quais se incluem a gravidade do risco individual e coletivo e o tempo de espera ao atendimento.

*Conforme dispõe o Decreto n.º 7.508/2011, o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela **atenção primária** e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial.*

Certo.

75. (Técnico Administrativo/ANVISA/CESPE/2007):

A participação da comunidade é considerada fundamental para o bom funcionamento do SUS. A respeito desse tema e com base na Lei n.º 8.142/1990, é correto afirmar que a representação dos usuários do SUS nos conselhos e conferências de saúde é um direito previsto na referida lei.

A representação popular no Conselhos e Conferências de Saúde é de extrema importância. Por esse motivo, existe essa previsão expressa na Lei n.º 8.142/1990, a saber:

*Art. 1.º, § 4.º A representação dos **usuários** nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.*

Certo.

76. (Perito Médico Previdenciário/INSS/FCC/2012):

A Lei Federal n.º 8.080/1990, dispõe que a saúde do cidadão brasileiro é dever do Estado; em decorrência, por disposição legal, as empresas estão desobrigadas de responsabilidade neste âmbito de atuação.

*O fato de o Estado ter o dever de garantir a saúde de toda a população, não exclui o dever das **pessoas**, das **famílias**, das **empresas** e da **sociedade**.*

Errado.

77. (Médico do Trabalho/Banco do Brasil/Cesgranrio/2014):

Consoante a Lei n.º 8.080/1990, as atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão cofinanciadas, dentre outros, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento da seguridade.

As receitas geradas no âmbito do SUS serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção na esfera de poder onde forem arrecadadas (esfera federal, estadual, distrital e municipal).

*Por sua vez, as ações de saneamento que venham a ser executadas **supletivamente** pelo SUS, serão financiadas por recursos tarifários específicos além de outros oriundos da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).*

*Por fim, as atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão cofinanciadas pelo SUS, pelas universidades e pelo **Orçamento Fiscal (OF)**, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.*

Errado.

78. (Médico do Trabalho/Banco do Brasil/Cesgranrio/2014):

Nos termos da Lei n.º 8.080/1990, a competência para estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e para coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e o Distrito Federal é da Direção Nacional do SUS.

Conforme determina o Art. 16 da Lei Orgânica da Saúde (LOS), à direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

Certo.

79. (Analista Judiciário – Serviço Social/TRT-3/FCC/2009):

Está incluída no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), a execução de ações de incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento social e educacional.

Não existe essa previsão no campo de atuação do SUS! Observe as ações previstas:

1. A execução de ações:
 - a) De **vigilância sanitária**;
 - b) De **vigilância epidemiológica**;
 - c) De **saúde do trabalhador**, e;
 - d) De **assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica**;
2. A participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
3. A ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
4. A vigilância nutricional e a orientação alimentar;
5. A colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;
6. A formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
7. O controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
8. A fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
9. A participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
10. O incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;
11. A formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

Errado.

80. (Médico Perito/RESENPREVI/CONSULPLAN/2010):

Considerando o disposto na Lei Federal n.º 8.080/1990, a articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá em especial, algumas atividades, tais como: a) Alimentação e nutrição; b) Saneamento e meio ambiente; c) Ciência e tecnologia; d) Recursos trabalhistas, e; e) Saúde do trabalhador.

*No âmbito nacional, a LOS prevê a criação de **Comissões Intersetoriais (CI)** subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo essas comissões integradas pelos Ministérios, Órgãos Competentes e por Entidade Representativas da Sociedade Civil.*

*As CI terão por finalidade a articulação de políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução, envolva áreas **não compreendidas** no âmbito do SUS. Essa articulação abrangerá, em especial, as seguintes atividades:*

- 1. Alimentação e nutrição;**
- 2. Saneamento e meio ambiente;**
3. Vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;
4. Recursos humanos;
- 5. Ciência e tecnologia, e;**
- 6. Saúde do trabalhador.**

Não existe a atividade "Recursos Trabalhistas", o que invalida a questão.

Errado.

81. (Analista Judiciário – Área Judiciária/TRF-3/FCC/2014):

O CONASS e o CONASEMS recebem recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Administração Interna, visando o auxílio no custeio de suas despesas institucionais, sendo vedada a celebração de convênios com a União.

*Quanto ao financiamento, o CONASS e o CONASEMS receberão recursos do Orçamento Geral da União por meio do **Fundo Nacional de Saúde (FNS)**, para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais, podendo ainda celebrar convênios com a União.*

Errado.

82. (Analista Judiciário – Serviço Social/TRT-18/FCC/2008):

O artigo 6.º da Lei n.º 8.080, de 1990, que dispõe sobre a execução de ações no campo de atuação do SUS - Sistema Único de Saúde, estabelece que são de sua competência as ações de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica, de saúde do trabalhador e de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

Está no âmbito do campo de atuação a execução de ações:

a) De vigilância sanitária;

b) De vigilância epidemiológica;

c) De saúde do trabalhador, e;

d) De assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

Certo.

83. (Técnico Administrativo/ANVISA/CESPE/2007):

As ações e os serviços do SUS devem ser organizados de forma regionalizada, devendo, portanto, existir mais de uma direção em cada nível de governo.

*As ações e serviços de saúde, executados pelo SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma **regionalizada** e **hierarquizada** em níveis de complexidade crescente.*

*A direção do SUS, conforme dispõe a CF/1988, será descentralizada, com **direção única** em cada esfera de governo. A direção (ou comando), por sua vez, será exercida pelos seguintes órgãos:*

1. No âmbito da **União**, esfera federal, pelo **Ministério da Saúde (MS)**;

2. No âmbito dos **Estados** e do **Distrito Federal**, esfera estadual e distrital, pela respectiva **Secretaria de Saúde** ou órgão equivalente, e;

3. No âmbito dos **Municípios**, esfera municipal, pela respectiva **Secretaria de Saúde** ou órgão equivalente.

Errado.

84. (Médico/UNESP/VUNESP/2013):

De acordo com a Lei n.º 8.142/1990, a conferência de saúde se reúne a cada três anos.

Conforme dispõe a legislação da saúde (Lei n.º 8.142/1990):

Assim, temos que:

Art. 1.º, § 1.º A **Conferência de Saúde** reunir-se-á a cada **4 anos** com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

A Conferência de Saúde é temporária, ou seja, se reúne apenas de 4 em 4 anos para verificar a situação da saúde no país e propor melhorias na política de saúde adotada pelo ente político. Devo ressaltar que a reunião da conferência é convocada **em regra** pelo Poder Executivo, mas também poderá ser convocada pela própria Conferência ou pelo Conselho de Saúde, de **forma extraordinária**.

Errado.

85. (Perito Médico Previdenciário/INSS/FCC/2006):

A legislação do SUS dispõe que a informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidente do trabalho, doença profissional e do trabalho deve ser prestada pelo Ministério do Trabalho e Emprego.

A **Saúde do Trabalhador** é definida como um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

(...)

5. Informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

Essas informações cabem ao trabalhador e a sua respectiva entidade sindical, não existindo essa previsão de prestação de informação por parte do Ministério do Trabalho (MT).

Errado.

86. (Médico/Prefeitura de Resende-RJ/CONSULPLAN/2010):

As disposições legais sobre Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde estabelecem que suas organizações e normas de funcionamento devam ser definidas através de publicações oficiais em diários do executivo.

Conforme dispõe a Lei n.º 8.142/1990:

Art. 1.º, § 5.º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em **regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.**

Errado.

87. (Técnico de Contabilidade/MS/CESPE/2010):

Com relação à Lei n.º 8.142/1990, é correto afirmar que a cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos municípios, estados e DF é uma das formas de alocar os recursos do Fundo Nacional de Saúde.

A Lei prevê 4 destinações possíveis para os recursos financeiros oriundos do Fundo Nacional de Saúde (FNS):

1. Financiamento do gasto com pessoal (despesas de custeio) e do investimento em edificações, equipamentos e congêneres (despesas de capital) do Ministério da Saúde e de todas as entidades e órgãos de sua esfera;
2. Investimento em ações de saúde previstas na Lei Orçamentária Anual (LOA);
3. Investimento em ações de saúde previstas no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde, e;

4. Cobertura de ações e serviços de saúde a serem implementados nos Estados, Distrito Federal e municípios. Sendo esses investimentos realizados na rede de serviços, como a cobertura assistencial ambulatorial, a cobertura assistencial hospitalar e as outras ações de saúde.

Certo.

88. (Médico do Trabalho/Banco do Brasil/Cesgranrio/2014):

Nos termos da Lei n.º 8.080/1990, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) receberão recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Saúde.

*Quanto ao financiamento, o CONASS e o CONASEMS receberão recursos do Orçamento Geral da União por meio do **Fundo Nacional de Saúde (FNS)**, para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais, podendo ainda celebrar convênios com a União.*

Certo.

89. (Especialista em Regulação/ANVISA/CESPE/2004):

Os municípios, os estados e o Distrito Federal (DF), para receberem os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) alocados como cobertura das ações e serviços de saúde, deverão constituir fundo de saúde, conselho de saúde e plano de saúde, fornecer relatórios de gestão, incluir contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento e constituir comissão de elaboração do plano de carreira, cargos e salários com previsão de dois anos para a sua implantação.

A questão cobrou a literalidade da Lei n.º 8.142/1990, a saber:

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

I - Fundo de Saúde (FNS);

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto n.º 5.839/2006;

III - Plano de Saúde;

IV - Relatórios de Gestão que permitam o controle de que trata a Lei n.º 8.080/1990 (LOS);

V - Contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento, e;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Certo.

90. (Tecnologista Sênior/INCA-MS/FUNCAB/2014):

A Lei n.º 8.080/1990 prevê a criação de Comissões Intersetoriais, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde. Essas comissões têm a finalidade de definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde.

*No âmbito nacional, a LOS prevê a criação de **Comissões Intersetoriais (CI)** subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo essas comissões integradas pelos Ministérios, Órgãos Competentes e por Entidade Representativas da Sociedade Civil.*

*As CI terão por finalidade a articulação de políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução, envolva áreas **não compreendidas** no âmbito do SUS. Essa articulação abrangerá, em especial, as seguintes atividades:*

- 1. Alimentação e nutrição;*
- 2. Saneamento e meio ambiente;*
- 3. Vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;*
- 4. Recursos humanos;*
- 5. Ciência e tecnologia, e;*
- 6. Saúde do trabalhador.*

Errado.

91. (Perito Médico Previdenciário/INSS/FCC/2006):

A legislação do SUS restringe a normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador às instituições e empresas públicas.

A **Saúde do Trabalhador** é definida como um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

(...)

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

Não existe a restrição apresentada pela questão.

Errado.

92. (Médico/UNESP/VUNESP/2013):

De acordo com a Lei n.º 8.142/1990, a representação do governo no conselho de saúde é de 30% do total de membros.

Conforme dispõe a referida Lei:

§ 2.º O **Conselho de Saúde**, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na **formulação** de estratégias e no **controle** da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

*Como pode ser observado, o Conselho de Saúde é **permanente**, colegiado e com poder deliberativo (de decisão). Cabe a ele formular estratégias a serem adotadas pela saúde pública, bem como controlar a execução da política na área de saúde.*

Por sua vez, não existe essa disposição de 30% dos membros serem representantes governamentais, como propõe o enunciado.

Errado.

93. (Economista/SESAU-RO/FUNCAB/2009):

Em outubro de 2008, a Secretaria de Estado da Saúde (SESAU) promoveu a Semana do Sorriso Saudável com uma programação abrangente que reuniu alunos de várias escolas e comunidades da Capital e interior do Estado, onde foi divulgada a necessidade de se zelar pela saúde bucal. As atividades da semana contaram ainda com a participação de entidades como o SESC, a Polícia Militar, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), diversos hospitais e o Sindicato dos Dentistas. Esta iniciativa agrega dois princípios das ações do Sistema Único de Saúde (SUS), a saber: a integralidade e a integração.

Está corretíssima a assertiva! A integralidade e a integração são princípios aplicáveis ao SUS, sendo que esses dois princípios preveem, de certa forma, a intersetorialidade entre áreas distintas (CAPS e SUS, no caso). Para você lembrar, são esses os princípios do SUS:

1. **Universalidade** de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência: A Saúde é direito de todos e dever do Estado, logo, o SUS deve garantir a universalidade de acesso aos serviços de saúde pela população;
2. **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: O SUS garantirá a Saúde em todos os seus níveis: ações preventivas, ações curativas, serviços individuais (atendimento), serviços coletivos (postos de saúde);
3. **Preservação** da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
4. **Igualdade** da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie: a Saúde será prestada a qualquer pessoa, sem a existência de atendimento preferencial para certas pessoas;
5. Direito à **informação**, às pessoas assistidas, sobre sua saúde: a pessoa atendida pelo SUS tem o direito de receber

todas as informações sobre o diagnóstico realizado pelo profissional da área da saúde que lhe deu atendimento;

6. **Divulgação** de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário: atualmente, essa divulgação é realizada principalmente pela internet;

7. Utilização da **epidemiologia** para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática: a **Epidemiologia**, que é a ciência que estuda o binômio "saúde x doença", é o ponto de partida para o planejamento gerencial do SUS. Através dessa ciência, pode-se, por exemplo, observar quais doenças são mais presentes em determinadas regiões e definir, a partir dessa constatação, quais serão as prioridades do SUS naquela região, dimensionando de forma eficiente a alocação de recursos (financeiros e humanos) e a orientação a ser tomada nos programas de saúde;

8. Participação da **comunidade**: Esse princípio repete a diretriz constitucional supracitada;

9. **Descentralização** político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (federal, estadual, distrital e municipal):

a) **Ênfase** na descentralização dos serviços para os municípios;

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

10. **Integração** em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico: essas três ações devem andar juntas, pois são essenciais para garantir o bem estar da sociedade;

11. **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: A Saúde Pública receberá recursos de **todas as esferas de governo**, na forma de investimentos, tecnologia, materiais e pessoas (recursos humanos);

12. Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência, e;

13. Organização dos serviços públicos de modo a **evitar duplicidade** de meios para fins idênticos.

Certo.

94. (Técnico Administrativo/ANVISA/CESPE/2007):

As ações de vigilância sanitária fazem parte das atividades que se destinam à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores de qualquer ramo econômico ou social.

A **Saúde do Trabalhador** é definida como um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e **vigilância sanitária**, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

Certo

95. (Médico Auditor/SESA-ES/CESPE/2013):

Conforme dispõe a Lei n.º 8.142/1990, é correto afirmar que o conselho de saúde é composto por representantes do governo e dos usuários do sistema na proporção de 50% dos membros de cada segmento.

A referida lei não realiza a distribuição dos membros dos Conselhos de Saúde. Entretanto, conforme dispõe a Resolução CNS n.º 453/2012, os referidos conselhos terão suas vagas assim distribuídas:

- a) 50% de entidades e movimentos representativos de usuários;
- b) 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde, e;
- c) 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

Errado.

96. (Perito Médico Previdenciário/INSS/FCC/2012):

A Lei Federal n.º 8.080/1990, dispõe que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) é responsável pelas ações de vigilância no campo da Saúde do Trabalhador.

Como é de seu conhecimento, as ações ligadas à Saúde do Trabalhador estão no campo de atuação do SUS. =)

Errado.

97. (Analista Judiciário – Serviço Social/TRT-1/FCC/2011):

O SUS assegura a todos os usuários, sem discriminação de qualquer tipo e sem exigir carência, o direito ao atendimento integral, independentemente de sua situação econômica. Segundo a legislação, é direito do usuário ter acompanhamento nas consultas e exames, durante o trabalho de parto e no parto.

*O SATP obrigou os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, a permitirem a presença, junto à parturiente, de **um acompanhante** durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.*

O acompanhante será expressamente indicado pela parturiente. Portanto, não é assegurado à usuária o acompanhamento em consultas e exames.

Errado.

98. (Analista Judiciário – Área Judiciária/TRF-3/FCC/2014):

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento.

*Além das CIB e CIT, a Lei n.º 12.466/2011, que alterou a LOS, reconheceu o **Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)** e o **Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)** como entidades representativas, respectivamente, dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde.*

Esses conselhos são declarados de utilidade pública e relevante função social, na forma do Regulamento do SUS (Decreto n.º 7.508/2011).

Certo.

99. (Analista Judiciário – Assistência Social/TJ-AP/FCC/2009):

O Sistema Único de Saúde tem por objetivo, entre outros, a realização de diagnóstico pautado na concepção médico-biológica, considerando que a doença tem forte determinação e solução nos componentes farmacológicos.

Conforme dispõe a LOS, são apenas três os **objetivos** do SUS:

1. A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde: Cabe ao sistema público de saúde verificar, pesquisar, identificar e, principalmente, divulgar os níveis desses fatores (alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e acesso aos bens/serviços essenciais);

2. A formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a melhoria da saúde dos cidadãos: Conforme já foi explanado, o dever do Estado garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais, **formuladas pelo SUS**, que visem à **redução de riscos de doenças e de outros agravos** e no **estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços** para a sua promoção, proteção e recuperação, e;

3. A assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas: Cabe ao SUS, nos casos de necessidade por parte do indivíduo, prestar, além da saúde, a assistência necessária.

Errado.

100. (Analista Judiciário – Serviço Social/TRT-18/FCC/2008):

O Artigo 6.º da Lei n.º 8.080, de 1990, que dispõe sobre a execução de ações no campo de atuação do SUS - Sistema Único de Saúde, estabelece que são de sua competência as ações realizadas pela iniciativa privada, em caráter prioritário e fundamental para o sistema.

O campo de atuação do SUS não abrange tal situação. Conforme dispõe a LOS, o campo de atuação do SUS é composto das seguintes ações:

1. A execução de ações:
 - a) De **vigilância sanitária**;
 - b) De **vigilância epidemiológica**;
 - c) De **saúde do trabalhador**, e;
 - d) De **assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica**;
2. A participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
3. A ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
4. A vigilância nutricional e a orientação alimentar;
5. A colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;
6. A formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
7. O controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
8. A fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
9. A participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
10. O incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico, e;
11. A formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

Errado.

101. (Médico Auditor/SESA-ES/CESPE/2013):

Conforme dispõe a Lei n.º 8.142/1990, é correto afirmar que a representação dos usuários nos conselhos e conferências de saúde é paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

Conforme dispõe a Lei n.º 8.142/1990:

*Art. 1.º, § 4.º A representação dos **usuários** nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.*

Certo.

102. (Perito Médico Previdenciário/INSS/FCC/2012):

São princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) a municipalização, acesso à média e alta complexidade, universalização e igualdade.

Para responder a essa questão, bastava lembrar-se desse nosso esquema:

Diretrizes (CF/1988):	Princípios (LOS):
1. Descentralização;	1. Universalidade;
2. Atendimento Integral;	2. Integralidade;
3. Participação da Comunidade.	3. Preservação;
	4. Igualdade;
	5. Direito à Informação;
	6. Divulgação de Informações;
	7. Utilização da Epidemiologia;
	8. Participação da Comunidade;
	9. Descentralização;
	10. Integração;
	11. Conjugação dos recursos;
	12. Capacidade de Resolução
	13. Organização.

Acesso à média e alta complexidade não está entre as diretrizes e princípios da saúde. Observe a seguir os seguintes conceitos retirados diretamente do Portal da Saúde do SUS:

O que é Média Complexidade? *A formulação de uma política voltada para a organização de um sistema de saúde equânime, integral e resolutivo requer para o atendimento efetivo dos*

problemas de saúde da população a realização de um conjunto de ações articuladas entre os diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde. O modelo atual de organização da atenção encontra-se estruturado em três níveis hierárquicos complementares de atenção à saúde - atenção básica, de média e alta complexidade. Nessa estrutura destaca-se a Média Complexidade como parte importante do sistema, componente fundamental para a efetiva implementação das diretrizes previstas nas orientações que estruturam o SUS.

O que é Alta Complexidade? *Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os demais níveis de atenção à Saúde (atenção básica e de média complexidade).*

Errado.

103. (Tecnologista Sênior/INCA-MS/FUNCAB/2014):

Conforme disposição constitucional, a execução das ações e serviços de saúde tem como principal base constitucional a descentralização político-administrativa.

Não é isso que dispõe o texto constitucional, a saber:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um Sistema Único (SUS), 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, e;

III - Participação da comunidade.

Errado.

104. (Especialista em Regulação/ANVISA/CESPE/2004):

A identificação e a divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, previstos na Lei n.º 8.080/1990, não são objetivos nem competência do SUS.

Pelo contrário! A identificação e a divulgação dos fatores condicionantes são um dos três objetivos do SUS, conforme dispõe a Lei Orgânica da Saúde:

1. A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde: Cabe ao sistema público de saúde verificar, pesquisar, identificar e, principalmente, divulgar os níveis desses fatores (alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e acesso aos bens/serviços essenciais);

*2. A formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a melhoria da saúde dos cidadãos: Conforme já foi explanado, o dever do Estado garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais, **formuladas pelo SUS**, que visem à **redução de riscos de doenças e de outros agravos** e no **estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços** para a sua promoção, proteção e recuperação, e;*

3. A assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas: Cabe ao SUS, nos casos de necessidade por parte do indivíduo, prestar, além da saúde, a assistência necessária.

Errado.

105. (Técnico de Contabilidade/MS/CESPE/2010):

Com relação à Lei n.º 8.142/1990, é correto afirmar que a Conferência de Saúde, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

A assertiva não descreveu a Conferência de Saúde! Essa descrição é do Conselho de Saúde, como podemos extrair da Lei n.º 8.142/1990:

*Art. 1.º, § 2.º O **Conselho de Saúde**, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do*

*governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na **formulação** de estratégias e no **controle** da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.*

Errado.

106. (Médico Auditor/SESA-ES/CESPE/2013):

De acordo com a Lei n.º 8.080/1990, vigilância sanitária consiste em um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e da circulação de bens, e da prestação de serviços de interesse da saúde. Embora o conceito seja extenso, sua operacionalização contempla apenas o controle preventivo junto aos serviços de saúde.

*Conforme dispõe a LOS, a **Vigilância Sanitária** é um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:*

- 1. O controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo, e;*
- 2. O controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.*

Por sua vez, a Vigilância é realizada da maneira preventiva junto aos setores de saúde.

Certo.

107. (Perito Médico Previdenciário/INSS/FCC/2006):

A legislação federal do SUS garante ao sindicato dos trabalhadores o direito de requerer ao órgão competente a interdição da máquina, de setor de serviço e de todo ambiente de trabalho quando houver risco iminente de vida ou saúde dos trabalhadores.

*A **Saúde do Trabalhador** é definida como um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da*

saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

(...)

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

Certo.

108. (Técnico Administrativo/ANVISA/CESPE/2007):

A vigilância sanitária abrange o controle da prestação de serviços relacionados com a saúde.

*Conforme dispõe a LOS, a **Vigilância Sanitária** é um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:*

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

2. O controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

Certo

109. (Médico Auditor/SESA-ES/CESPE/2013):

Os conselhos de saúde são órgãos permanentes e deliberativos que reúnem representantes do governo e dos prestadores de serviços de saúde, profissionais de saúde e usuários do SUS. Esses órgãos existem nas três esferas de gestão do SUS.

Conforme dispõe a Lei n.º 8.142/1990:

*Art. 1.º O Sistema Único de Saúde (**SUS**), de que trata a Lei n.º 8.080/1990 (LOS), contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:*

I - A Conferência de Saúde, e;

II - O Conselho de Saúde.

§ 1.º A **Conferência de Saúde** reunir-se-á a cada **4 anos** com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2.º O **Conselho de Saúde**, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Certo.

110. (Enfermeiro/Prefeitura de São Gonçalo-RJ/UFF/2011):

De acordo com a Lei no 8.142/90, os recursos do Fundo Nacional de Saúde, alocados como cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal, devem ter destinação mínima aos Municípios de 70 % (setenta por cento).

*Conforme dispõe a legislação, devemos saber que no **mínimo 70% serão repassados para os Municípios** e no **máximo 30% serão repassados para os Estados**.*

Certo.

111. (Perito Médico Previdenciário/INSS/FCC/2012):

A Lei Federal n.º 8.080/1990, dispõe que o gestor do SUS pode participar da normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas.

*A **Saúde do Trabalhador** é definida como um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:*

(...)

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

Certo.

112. (Economista/SESAU-RO/FUNCAB/2009):

Segundo a Lei nº. 8.080/90, a execução dos serviços de Vigilância Epidemiológica é de competência da Direção Municipal e, em caráter complementar, da Direção Estadual do SUS.

Lembra-se do nosso extenso quadrinho comparativo entre as competências? Observe o que está presente na coluna da direita (competência municipal):

Art. 18. Compete a Direção Municipal do SUS:

4. Executar serviços:

a) De vigilância epidemiológica;

Por sua vez, observe o disposto na coluna do meio (competência estadual):

Art. 17 Compete a Direção Estadual do SUS:

4. Coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

a) De vigilância epidemiológica;

Como podemos observar, o enunciado está correto.

Certo.

113. (Enfermeiro/Fundação de Saúde-RJ/CEPERJ/2011):

O Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011, define região de saúde como o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Em relação às regiões de saúde é correto afirmar que para ser instituída a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária e de urgência e emergência.

Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, **no mínimo**, ações e serviços de:

1. Atenção primária;
2. Urgência e emergência;
3. Atenção psicossocial;
4. Atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e;
5. Vigilância em saúde.

Além desse mínimo de ações e de serviços, a criação das Regiões de Saúde deverá observar o cronograma pactuado nas Comissões Intergestores.

Errado.

114. (Promotor de Justiça/MPE-PI/CESPE/2012):

Com base na Lei Complementar n.º 141/2012, que regulamenta o § 3.º do artigo 198 da CF/1988, é correto afirmar que para fins de apuração dos recursos mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, DF e municípios em ações e serviços públicos de saúde, considera-se como despesas com ações e serviços públicos de saúde o pagamento de pensões e aposentadorias, desde que relativas aos servidores da saúde.

A questão está errada! Observe a disposição legal:

Art. 4.º **Não constituirão despesas** com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos de que trata esta Lei Complementar, aquelas decorrentes de:

I - Pagamento de **aposentadorias** e **pensões**, inclusive dos servidores da saúde;

Errado.

115. (Médico Auditor/SESA-ES/CESPE/2013):

A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) é o fórum de negociação entre o governo federal e o governo estadual para a resolução das questões financeiras referentes aos repasses de verbas.

*O legislador ordinário incluiu na LOS a **Comissão Intergestores Bipartite (CIB)** e a **Comissão Intergestores***

Tripartite (CIT), que são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores quanto aos aspectos operacionais do SUS, sendo que a atuação das CIB e das CIT terão por objetivo:

1. Decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde;

2. Definir **diretrizes**, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados, e;

3. Fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados.

Certo.

116. (Promotor de Justiça/MPE-PI/CESPE/2012):

Com base na Lei Complementar n.º 141/2012, que regulamenta o § 3.º do artigo 198 da CF/1988, é correto afirmar que integra a base de cálculo dos percentuais a serem aplicados pelos estados em ações e serviços públicos de saúde, o percentual mínimo de 15% referente, exclusivamente, ao produto da arrecadação indireta de impostos recebidos das grandes empresas.

O percentual é 12%, não 15% como traz o enunciado. Observe o disposto na lei complementar:

Art. 6.º Os **Estados** e o **Distrito Federal** aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, **no mínimo, 12%** da arrecadação dos impostos a que se refere o Art. 155 (**ITCMD, ICMS e IPVA**) e dos recursos de que trata o Art. 157 (**IRRF do EM/DF e 20% dos impostos residuais**), a alínea "a" do inciso I (**FPE: 21,5% da soma do IRRF da União + IPI**) e o inciso II (**10% do IPI**) do caput do Art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Para ficar um pouco mais didático:

ITCMD + ICMS + IPVA
(+) IRRF - Estado/DF

(+) 20% Impostos Residuais	
(+) FPE = 21,5% x (IRRF - União + IPI)	
(+) 10% IPI	
<hr/>	
(=) Fundo Total	
(x) 12%, no mínimo	
<hr/>	
(=) Recursos destinados à Saúde	

Errado.**117. (Promotor de Justiça/MPE-PI/CESPE/2012):**

Com base na Lei Complementar n.º 141/2012, que regulamenta o § 3.º do artigo 198 da CF/1988, é correto afirmar que a transferência de recursos dos estados para os municípios deve ser realizada a partir de um rateio que obedeça à necessidade de saúde da população de cada região, considerados aspectos epidemiológicos, demográficos, socioeconômicos, espaciais, bem como a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, de modo a se reduzirem as diferenças regionais.

Esse ponto não foi tratado na parte teórica, mas é bom termos em mente o seguinte dispositivo presente na lei complementar:

*Art. 17. O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios observará as **necessidades de saúde** da população, as **dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial** e de **capacidade** de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto na Lei n.º 8.080/1990, de forma a atender os objetivos do inciso II do § 3.º do Art. 198 da Constituição Federal.*

Certo.**118. (Auditor de Controle Externo/TCE-MS/PUC-PR/2013):**

Conforme dispõe a Lei Complementar n.º 141/2012, é correto afirmar que é vedado aos estados e municípios que estabelecerem consórcios ou outras formas legais de cooperativismo, para a execução conjunta de ações e serviços de saúde e cumprimento da diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da rede de serviços, o remanejamento entre si de parcelas dos recursos dos Fundos de Saúde derivadas tanto de receitas próprias como de transferências obrigatórias.

Conforme dispõe a Lei Complementar n.º 141/2012:

Art. 21. Os Estados e os Municípios que estabelecerem consórcios ou outras formas legais de cooperativismo, para a execução

conjunta de ações e serviços de saúde e cumprimento da diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da rede de serviços, poderão remanejar entre si parcelas dos recursos dos Fundos de Saúde derivadas tanto de receitas próprias como de transferências obrigatórias, que serão administradas segundo modalidade gerencial pactuada pelos entes envolvidos.

Parágrafo único. A modalidade gerencial referida no caput deverá estar em consonância com os preceitos do Direito Administrativo Público, com os princípios inscritos na Lei n.º 8.080/1990, na Lei n.º 8.142/1990 e na Lei n.º 11.107/2005 (Consórcios Públicos), e com as normas do SUS pactuadas na comissão intergestores tripartite e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

Errado.

119. (Questão do Autor/INÉDITA/AMJ/2016):

Quanto a participação popular e controle social do SUS, é correto afirmar que os conselhos acontecem nas três esferas de governo de forma periódica a cada quatro anos, nas quais a população tem a oportunidade de avaliar, planejar e estabelecer metas a serem alcançadas no próximo quadriênio.

*Não são os conselhos, mas sim as **Conferências** que acontecem nas três esferas de governo de forma periódica a cada quatro anos, nas quais a população tem a oportunidade de avaliar, planejar e estabelecer metas a serem alcançadas no próximo quadriênio. Muita atenção nessas pegadinhas!*

Errado.

120. (Questão do Autor/INÉDITA/AMJ/2016):

Sistema de Informação em Saúde (SIS) é um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessário para se planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde.

*A Organização Mundial da Saúde define Sistema de Informação em Saúde (SIS) como um mecanismo de **coleta, processamento, análise e transmissão** da informação necessária para se planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde.*

É importante destacar que a transformação de um dado em informação exige, além da análise, a divulgação, incluindo recomendações para a ação.

Os Sistemas de Informação em Saúde são, portanto, aqueles que **reúnem, guardam, processam e facultam** as informações a uma organização de saúde. Essa deve ser útil e estar acessível àqueles que dela necessitam. Um sistema de informação é, portanto, uma combinação de procedimentos, informação, pessoas, tecnologias e vários outros recursos.

Nota-se que um sistema de informação pode (ou não) envolver a utilização de tecnologia informática, por isso não se deve confundir sistema de informação com um sistema informático ou informatizado.

Certo.

121. (Questão do Autor/INÉDITA/AMJ/2016):

Conforme dispõe a Lei Complementar n.º 141/2012, é considerado despesa com ação ou serviço público de saúde o decorrente de saneamento básico.

Pelo contrário! Observe o disposto na referida Lei Complementar:

Art. 4.º **Não constituirão despesas** com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos de que trata esta Lei Complementar, aquelas decorrentes de:

I - Pagamento de **aposentadorias** e **pensões**, inclusive dos servidores da saúde;

II - Pessoal ativo da área de saúde quando em **atividade alheia** à referida área;

III - Assistência à saúde que **não atenda** ao princípio de acesso universal;

IV - **Merenda escolar** e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, **ressalvando-se** o disposto no inciso II do Art. 3.º (**atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo a recuperação de deficiências nutricionais**);

V - Saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e **mantidas** com recursos provenientes de **taxas, tarifas ou preços públicos** instituídos para essa finalidade;

VI - **Limpeza urbana** e remoção de resíduos;

VII - Preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;

VIII - Ações de **assistência social**;

IX - **Obras de infraestrutura**, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e

X - Ações e serviços públicos de saúde **custeados** com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.

Errado.

122. (Questão do Autor/INÉDITA/AMJ/2016):

Em consonância com a Lei Complementar n.º 141/2012, a União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no máximo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual (LOA).

Vamos observar o disposto na referida Lei Complementar:

Art. 5.º A **União** aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, **NO MÍNIMO**, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual (LOA).

O Art. 5.º determina o valor mínimo de recursos que a União deverá aplicar anualmente em ações e serviços de saúde. Nesse ponto, acredito que uma equação vai facilitar o seu entendimento. Observe:

Valor Ano Anterior
(+) Variação Nominal do PIB no ano anterior

(=) Valor Atual MÍNIMO

No qual:

Valor do Ano Anterior: Valor que a União aplicou no ano anterior em ações e serviços de saúde;

Variação Nominal do PIB no ano anterior: Variação nominal do produto interno bruto do ano anterior, e;

Valor Atual Mínimo: Valor que a União aplicará em ações e serviços de saúde.

Errado.

123. (Questão do Autor/INÉDITA/AMJ/2016):

O Fundo de Saúde, instituído por lei e mantido em funcionamento pela administração direta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, constituir-se-á em unidade orçamentária (UO) e gestora (UG) dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde.

Conforme dispõe a Lei Complementar n.º 141/2012:

*Art. 14. O **Fundo de Saúde**, instituído por lei e mantido em funcionamento pela administração direta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, constituir-se-á em unidade orçamentária (**UO**) e gestora (**UG**) dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, **ressalvados** os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde.*

O Fundo de Saúde, gerido pelos entes políticos, é responsável pela gestão e pela parte orçamentária dos recursos destinados à Saúde. A única exceção fica por conta dos repasses feitos diretamente ao Ministério da Saúde, que não passam pelo Fundo de Saúde.

Certo.

124. (Questão do Autor/INÉDITA/AMJ/2016):

São fatores determinantes e condicionantes de Saúde, previstos na Lei n.º 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde), a alimentação, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o desenvolvimento urbano.

Quais eram os fatores determinantes? Observe o nosso resumo:

1	Alimentação
---	-------------

2	Moradia
3	Saneamento Básico
4	Meio Ambiente
5	Trabalho
6	Renda
7	Educação
8	Atividade Física
9	Transporte
10	Lazer
11	Acesso aos Bens e Serviços essenciais

Como você percebeu, o desenvolvimento urbano não é um fator determinante e condicionante de Saúde, o que invalida a questão. Cuidado com as pegadinhas!

Errado.

125. (Questão do Autor/INÉDITA/AMJ/2016):

O antigo e extinto Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) era constituído dos seguintes órgãos: Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), Instituto de Arrecadação da Previdência e Assistência Social (IAPAS), Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV), Legião Brasileira de Assistência (LBA) e Fundação Nacional de Bem Estar do Menor (FUNABEM).

O SINPAS era formado pelos seguintes órgãos:

- ✓ *Instituto Nacional de Previdência Social (INPS);*
- ✓ *Instituto de Arrecadação da Previdência e Assistência Social (IAPAS);*
- ✓ *Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS);*
- ✓ *Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV);*
- ✓ *Legião Brasileira de Assistência (LBA);*
- ✓ *Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (FUNABEM), e;*
- ✓ **Central de Medicamentos (CEME).**

Errado.

14. Questões Sem Comentários.

Marque C (Certo) ou E (Errado):

01. (Administrador/Ministério da Saúde/CESPE/2013):

Os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, são obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, devendo esse acompanhante ser escolhido pelo chefe do serviço de obstetrícia da unidade de saúde onde a parturiente estiver internada.

02. (Promotor de Justiça/MPE-RS/2014):

O enunciado no Art. 198 da Constituição Federal, o Sistema Único de Saúde (SUS) assume a condição de garantia institucional fundamental, inclusive como limite material à reforma constitucional.

03. (Auditor-Fiscal/RFB/ESAF/2010):

À luz da Organização da Seguridade Social, a Saúde possui abrangência universal, sendo qualquer pessoa por ela amparada.

04. (Médico Auditor/SESA-ES/CESPE/2013):

Conforme dispõe a CF/1988 e a Lei n.º 8.080/1990, é correto afirmar que é permitida a participação, direta ou indireta, de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde e na doação de recursos financeiros por organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas.

05. (Médico Plantonista/Prefeitura Municipal de Camocim de São Félix-PE/CONUPE/2011):

Sobre o desenvolvimento das Políticas de Saúde no Brasil, é correto afirmar que na República Velha (1989-1930), foram organizadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões.

06. (Defensor Público/DPE-PR/UFPR/2014):

O sistema único de saúde será financiado com os recursos do orçamento da seguridade social, dos entes da federação, bem como de outras fontes, devendo o Poder Público garantir o mínimo existencial no que tange ao direito social à saúde, podendo o Poder Judiciário ser acionado para efetivação deste direito fundamental.

07. (Especialista em Regulação/ANVISA/CESPE/2004):

A utilização da epidemiologia para estabelecer prioridades, alocar recursos e orientar ações e serviços públicos de saúde e serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS)

é uma regra que poderá ser colocada de lado com o objetivo de preservar a autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral.

08. (Médico Auditor/SESA-ES/CESPE/2013):

Com base na CF/1988 e na Lei Complementar n.º 141/2012, é correto afirmar que a União, os estados e os municípios devem investir anualmente recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

09. (Nutricionista/SEJUS-RO/FUNCAB/2010):

Durante 1981 e 1982, o governo federal buscou formular alternativas para superar a crise financeira vivenciada no sistema da previdência. Dentre o conjunto de medidas propostas, podemos citar a criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP).

10. (Analista Judiciário – Área Judiciária/TRT-6/FCC/2012):

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único.

11. (Administrador/Ministério da Saúde/CESPE/2013):

A maioria dos problemas sanitários do país é resolvida pelos serviços hospitalares, o que justifica a priorização desses serviços em relação à atenção primária em saúde.

12. (Auditor-Fiscal/RFB/ESAF/2010):

À luz da Organização da Seguridade Social, a Assistência Social, por meio de sistema único e centralizado no poder central federal, pode ser dada a todos os contribuintes individuais da Previdência Social.

13. (Analista Judiciário – Serviço Social/TRT-1/FCC/2011):

O SUS assegura a todos os usuários, sem discriminação de qualquer tipo e sem exigir carência, o direito ao atendimento integral, independentemente de sua situação econômica. Segundo a legislação, é direito do usuário ter transporte e atendimento adequado em caso de risco de vida ou lesão grave, somente com recursos próprios.

14. (Médico Plantonista/Prefeitura Municipal de Camocim de São Félix-PE/CONUPE/2011):

Sobre o desenvolvimento das Políticas de Saúde no Brasil, é correto afirmar que no período do Autoritarismo (1964-1984), foi criado o SUDS (Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde) como estratégia para a implantação do SUS (Sistema Único de Saúde).

15. (Agente de Vigilância Ambiental em Saúde/SES-DF/IDECAN/2014):

A Lei n.º 8.142/90 foi criada para garantir o acesso da população ao serviço público de saúde.

16. (Especialista em Regulação/ANVISA/CESPE/2004):

O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e na execução de políticas econômicas e sociais que objetivem a redução de riscos de doenças e de outros agravos. Consiste também no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação, não excluindo desse campo os deveres das pessoas, das famílias, das empresas e da sociedade.

17. (Médico Auditor/SESA-ES/CESPE/2013):

Com base na CF/1988 e na Lei Complementar n.º 141/2012, é correto afirmar que a saúde é um direito da população brasileira garantida mediante políticas sociais que visem, prioritariamente, ações de reabilitação e recuperação da saúde.

18. (Sanitarista/FESF-BA/AOCP/2010):

Diversos fatores conjunturais contribuíram para a reformulação das políticas de Saúde no Brasil e criação do SUS, na constituição de 1988, dentre estes podemos citar, entre eles, a gestão descentralizada mais ainda pouco participativa.

19. (Analista-Tributário/RFB/ESAF/2010):

Saúde e Assistência Social são direitos sociais organizados da mesma maneira e com a mesma finalidade.

20. (Auditor-Fiscal/SRF/ESAF/2005):

Segundo dispõe o art. 196, da CF/88, a saúde é direito de todos e dever do Estado. Diante dessa premissa, é correto afirmar que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, sem a participação da comunidade.

21. (Médico Plantonista/Prefeitura Municipal de Camocim de São Félix-PE/CONUPE/2011):

Sobre o desenvolvimento das Políticas de Saúde no Brasil, é correto afirmar que na era Vargas (1930-1945), são criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP).

22. (Promotor de Justiça/MPE-RS/2014):

É da competência do SUS, nos termos da lei, inspecionar alimentos, compreendido aí, o controle de seu teor nutricional.

23. (Médico Plantonista/Prefeitura Municipal de Camocim de São Félix-PE/CONUPE/2011):

Sobre o desenvolvimento das Políticas de Saúde no Brasil, é correto afirmar que no período do Autoritarismo (1964-1984), ocorreu a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966 e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

24. (Delegado/PC-AP/FGV/2010)

Relativamente à ordem social, a assistência à saúde pode ser exercida pela iniciativa privada, desde que previamente autorizado seu funcionamento pelo Ministério da Saúde e submetidas às regras de concessão pública contidas na Constituição.

25. (Médico Plantonista/Prefeitura Municipal de Camocim de São Félix-PE/CONUPE/2011):

Sobre o desenvolvimento das Políticas de Saúde no Brasil, é correto afirmar no período pós-constituente, foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde, a Lei n.º 8.080/1990.

26. (Médico Auditor/SESA-ES/CESPE/2013):

Com base na CF/1988 e na Lei Complementar n.º 141/2012, é correto afirmar que cabe exclusivamente à rede pública garantir o acesso universal à saúde, de modo a oferecer, pelo SUS, todos os procedimentos de atenção à saúde necessários ao cidadão.

27. (Analista Técnico de Políticas Sociais/MPOG/ESAF/2012):

Segundo o artigo 196 da Constituição Federal, "a saúde é um direito de todos e um dever do Estado". É então correto afirmar que a saúde é um direito constitucional que deve ser garantido por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos.

28. (Analista Judiciário – Assistência Social/TJ-PE/FCC/2012):

O Sistema Único da Saúde (SUS) aponta como característica do modelo de gestão a hierarquização dos serviços, conforme a complexidade da atenção à saúde, sob comando único.

29. (Promotor de Justiça/MPE-RS/2014):

É da competência do SUS, nos termos da lei, participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico.

30. (Especialista em Regulação/ANVISA/CESPE/2004):

O SUS é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, além das instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde. A iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar.

31. (Perito Médico Previdenciário/INSS/FCC/2012):

São princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS): igualdade, universalização, descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

32. (Analista Judiciário – Serviço Social/TRT-1/FCC/2011):

Uma das principais atribuições do SUS é a de formular políticas públicas. Embora público, estabelece parcerias com hospitais e entidades de iniciativas privadas, às quais são subordinadas pela política do Ministério da Saúde.

33. (Promotor de Justiça/MPE-RS/2014):

É da competência do SUS, nos termos da lei, executar as ações de vigilância sanitária.

34. (Perito Médico Previdenciário/INSS/CESPE/2010):

Compete exclusivamente à União elaborar as normas técnicas e estabelecer os padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde.

35. (Analista Judiciário – Assistência Social/TJ-PE/FCC/2012):

O Sistema Único da Saúde (SUS) aponta como característica do modelo de gestão o comando único da gestão do sistema de saúde por meio das agências reguladoras.

36. (Assistente Social/CAERN/FGV/2010):

De acordo com a Constituição da República Federativa do Brasil em vigor, o Sistema Único de Saúde desempenha algumas atribuições. Entre elas, pode-se destacar a de implementar o orçamento participativo na área da saúde individual e coletiva, contribuindo para a transparência nos gastos governamentais.

37. (Analista Judiciário – Assistência Social/TJ-AP/FCC/2009):

O Sistema Único de Saúde tem por objetivo, entre outros, assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da

saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

38. (Perito Médico Previdenciário/INSS/CESPE/2010):

Compete à direção estadual do SUS coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços de vigilância epidemiológica.

39. (Especialista em Regulação/ANVISA/CESPE/2004):

Os fatores determinantes e condicionantes da saúde incluem a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

40. (Administrador/Ministério da Saúde/CESPE/2013):

À direção nacional do SUS compete elaborar, em cooperação com os estados, os municípios e o Distrito Federal, o planejamento estratégico nacional, utilizando instrumentos básicos de planejamento como o plano de saúde, a programação anual de saúde e o relatório anual de gestão.

41. (Administrador/Ministério da Saúde/CESPE/2013):

Os objetivos do SUS incluem a prestação de assistência às pessoas, por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

42. (Técnico Administrativo/ANVISA/CESPE/2007):

O direito ao serviço gratuito de saúde é garantido apenas aos cidadãos brasileiros que contribuem regularmente para a seguridade social.

43. (Perito Médico Previdenciário/INSS/CESPE/2010):

Caberá à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios financiar, com recursos próprios, o subsistema de atenção à saúde indígena.

44. (Assistente Social/CAERN/FGV/2010):

De acordo com a Constituição da República Federativa do Brasil em vigor, o Sistema Único de Saúde desempenha algumas atribuições. Entre elas, pode-se destacar a de executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador.

45. (Tecnologista Sênior/INCA-MS/FUNCAB/2014):

Com base no disposto na Lei n.º 8.142/1990, é correto afirmar que aos municípios é vedado estabelecer consórcios para a execução das ações e serviços de saúde, salvo em casos emergenciais.

46. (Analista Judiciário – Assistência Social/TJ-AP/FCC/2009):

O Sistema Único de Saúde tem por objetivo, entre outros, o levantamento de informações da vulnerabilidade social e o foco prioritário nos aglomerados urbanos com ações de recuperação e atividades de alta complexidade.

47. (Especialista em Regulação/ANVISA/CESPE/2004):

As ações e os serviços de saúde executados pelo SUS são, conforme determina a Lei n.º 8.080/1990, organizados de forma global e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

48. (Promotor de Justiça/MPE-RS/2014):

É da competência do SUS, nos termos da lei, ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde.

49. (Perito Médico Previdenciário/INSS/CESPE/2010):

Não se incluem na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares os procedimentos médicos.

50. (Economista/SESAU-RO/FUNCAB/2009):

À direção municipal do Sistema Único de Saúde, compete a execução de serviços de saúde do trabalhador.

51. (Enfermeiro/UNIPAMPA/CESPE/2013):

Todos os municípios são obrigados a ter serviços de atenção primária em saúde, devendo esses serviços ordenar o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde.

52. (Enfermeiro/UNIPAMPA/CESPE/2013):

De acordo com os princípios da descentralização e do comando único no SUS, os municípios devem ser os principais executores das ações e serviços de saúde, devendo a gestão do sistema ser realizada pelo Ministério da Saúde, que contém o comando único do SUS.

53. (Especialista em Regulação/ANVISA/CESPE/2004):

A vigilância sanitária deve ser entendida como um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo, e o controle da prestação de serviços que se relacionem direta ou indiretamente com a saúde.

54. (Tecnologista Sênior/INCA-MS/FUNCAB/2014):

Com base no disposto na Lei n.º 8.142/1990, é correto afirmar que a representação dos usuários nos Conselhos e Conferências de Saúde deve ser paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos

55. (Perito Médico Previdenciário/INSS/CESPE/2010):

Os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, indicado pela própria parturiente.

56. (Técnico Científico – Serviço Social/BASA/CESPE/2010):

O Estado é obrigado a garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade. No âmbito da saúde, é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS.

57. (Enfermeiro/UNIPAMPA/CESPE/2013):

Apesar de solucionarem a maioria dos problemas de saúde, as ações de saúde de atenção primária são menos complexas que as de média e de alta complexidade, uma vez que são desenvolvidas mediante serviço clínico menos ampliado e tecnologias de baixa complexidade e densidade.

58. (Analista Judiciário – Serviço Social/TRT-3/FCC/2009):

As ações e serviços de saúde executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente. No nível municipal, o SUS poderá organizar-se em distritos para articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas compreendidas no âmbito do SUS.

59. (Analista Judiciário – Serviço Social/TJ-DF/CESPE/2008):

O Sistema Único de Saúde é um sistema universal de que é usuária toda a população brasileira, rica ou pobre. Porém, para acesso às ações básicas de prevenção, como campanha de vacinação, a população de maior renda deverá dirigir-se à rede privada.

60. (Especialista em Regulação/ANVISA/CESPE/2004):

Os recursos para a cobertura das ações de saúde a serem implementados pelos municípios, pelos estados e pelo DF são, de acordo com a Lei n.º 8.142/1990, repassados de forma regular e automática na razão de 35% aos municípios, cabendo o restante aos estados e ao DF.

61. (Analista Judiciário – Área Judiciária/TRF-3/FCC/2014):

Os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao CONASEMS, na forma que dispuserem seus estatutos.

62. (Analista Judiciário – Serviço Social/TRT-18/FCC/2008):

O artigo 6.º da Lei n.º 8.080, de 1990, que dispõe sobre a execução de ações no campo de atuação do SUS - Sistema Único de Saúde, estabelece que são de sua competência as ações de controle e vigilância social, por meio dos conselhos gestores de saúde, formados especialmente pelos profissionais de saúde.

63. (Técnico Administrativo/ANVISA/CESPE/2007):

As normas e a execução das ações de vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras são de competência dos estados e municípios.

64. (Enfermeiro/UNIPAMPA/CESPE/2013):

O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS é circunscrito aos pacientes residentes na região de saúde, sendo garantido até a capacidade instalada da rede regionalizada e hierarquizada.

65. (Perito Médico Previdenciário/INSS/FCC/2006):

A legislação do SUS prevê que a informação sobre os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional, deve ser prestada exclusivamente ao Ministério Público do Trabalho.

66. (Analista Judiciário – Serviço Social/TRT-3/FCC/2009):

Está incluída no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

67. (Tecnologista Sênior/INCA-MS/FUNCAB/2014):

As Comissões Intergestores são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do SUS.

68. (Especialista em Regulação/ANVISA/CESPE/2004):

A respeito da Lei n.º 8.142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, é correto afirmar que a Conferência de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, é órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Esse órgão atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente,

inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

69. (Promotor de Justiça/MPE-AC/CESPE/2014):

No âmbito da saúde, existe proibição constitucional para o repasse de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

70. (Perito Médico Previdenciário/INSS/FCC/2012):

São princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) a participação da comunidade, controle social, atenção básica e integralidade.

71. (Médico Perito/RESENPREVI/CONSULPLAN/2010):

Considerando a definição na Lei Federal n.º 8.080/1990, é papel de a Vigilância Sanitária intervir nos riscos à saúde. Neste sentido, a Vigilância Sanitária deve ser vista como prática avaliativa, valendo-se de estratégias de monitoramento, gerenciamento e comunicação dos riscos à saúde da população.

72. (Médico Auditor/SESA-ES/CESPE/2013):

O Sistema Nacional de Auditoria do SUS prevê que, após a finalização do controle externo, caso haja necessidade de ressarcimento de recursos para a União, o auditor emita parecer conclusivo para instruir o ressarcimento ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS, o qual fará o repasse do valor ao Tesouro Nacional.

73. (Analista Judiciário – Serviço Social/TRT-1/FCC/2011):

O SUS assegura a todos os usuários, sem discriminação de qualquer tipo e sem exigir carência, o direito ao atendimento integral, independentemente de sua situação econômica. Segundo a legislação, é direito do usuário ser transferido, em caso de necessidade, somente em condições de instabilidade do quadro de saúde.

74. (Enfermeiro/UNIPAMPA/CESPE/2013):

A priorização dos atendimentos no SUS é feita com base em alguns critérios, entre os quais se incluem a gravidade do risco individual e coletivo e o tempo de espera ao atendimento.

75. (Técnico Administrativo/ANVISA/CESPE/2007):

A participação da comunidade é considerada fundamental para o bom funcionamento do SUS. A respeito desse tema e com base na Lei n.º 8.142/1990, é correto afirmar que a representação dos usuários do SUS nos conselhos e conferências de saúde é um direito previsto na referida lei.

76. (Perito Médico Previdenciário/INSS/FCC/2012):

A Lei Federal n.º 8.080/1990, dispõe que a saúde do cidadão brasileiro é dever do Estado; em decorrência, por disposição legal, as empresas estão desobrigadas de responsabilidade neste âmbito de atuação.

77. (Médico do Trabalho/Banco do Brasil/Cesgranrio/2014):

Consoante a Lei n.º 8.080/1990, as atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão cofinanciadas, dentre outros, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento da seguridade.

78. (Médico do Trabalho/Banco do Brasil/Cesgranrio/2014):

Nos termos da Lei n.º 8.080/1990, a competência para estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e para coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e o Distrito Federal é da Direção Nacional do SUS.

79. (Analista Judiciário – Serviço Social/TRT-3/FCC/2009):

Está incluída no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), a execução de ações de incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento social e educacional.

80. (Médico Perito/RESENPREVI/CONSULPLAN/2010):

Considerando o disposto na Lei Federal n.º 8.080/1990, a articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá em especial, algumas atividades, tais como: a) Alimentação e nutrição; b) Saneamento e meio ambiente; c) Ciência e tecnologia; d) Recursos trabalhistas, e; e) Saúde do trabalhador.

81. (Analista Judiciário – Área Judiciária/TRF-3/FCC/2014):

O CONASS e o CONASEMS recebem recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Administração Interna, visando o auxílio no custeio de suas despesas institucionais, sendo vedada a celebração de convênios com a União.

82. (Analista Judiciário – Serviço Social/TRT-18/FCC/2008):

O artigo 6.º da Lei n.º 8.080, de 1990, que dispõe sobre a execução de ações no campo de atuação do SUS - Sistema Único de Saúde, estabelece que são de sua competência as ações de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica, de saúde do trabalhador e de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

83. (Técnico Administrativo/ANVISA/CESPE/2007):

As ações e os serviços do SUS devem ser organizados de forma regionalizada, devendo, portanto, existir mais de uma direção em cada nível de governo.

84. (Médico/UNESP/VUNESP/2013):

De acordo com a Lei n.º 8.142/1990, a conferência de saúde se reúne a cada três anos.

85. (Perito Médico Previdenciário/INSS/FCC/2006):

A legislação do SUS dispõe que a informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidente do trabalho, doença profissional e do trabalho deve ser prestada pelo Ministério do Trabalho e Emprego.

86. (Médico/Prefeitura de Resende-RJ/CONSULPLAN/2010):

As disposições legais sobre Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde estabelecem que suas organizações e normas de funcionamento devam ser definidas através de publicações oficiais em diários do executivo.

87. (Técnico de Contabilidade/MS/CESPE/2010):

Com relação à Lei n.º 8.142/1990, é correto afirmar que a cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos municípios, estados e DF é uma das formas de alocar os recursos do Fundo Nacional de Saúde.

88. (Médico do Trabalho/Banco do Brasil/Cesgranrio/2014):

Nos termos da Lei n.º 8.080/1990, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) receberão recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Saúde.

89. (Especialista em Regulação/ANVISA/CESPE/2004):

Os municípios, os estados e o Distrito Federal (DF), para receberem os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) alocados como cobertura das ações e serviços de saúde, deverão constituir fundo de saúde, conselho de saúde e plano de saúde, fornecer relatórios de gestão, incluir contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento e constituir comissão de elaboração do plano de carreira, cargos e salários com previsão de dois anos para a sua implantação.

90. (Tecnologista Sênior/INCA-MS/FUNCAB/2014):

A Lei n.º 8.080/1990 prevê a criação de Comissões Intersetoriais, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde. Essas comissões têm a finalidade de definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e

intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde.

91. (Perito Médico Previdenciário/INSS/FCC/2006):

A legislação do SUS restringe a normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador às instituições e empresas públicas.

92. (Médico/UNESP/VUNESP/2013):

De acordo com a Lei n.º 8.142/1990, a representação do governo no conselho de saúde é de 30% do total de membros.

93. (Economista/SESAU-RO/FUNCAB/2009):

Em outubro de 2008, a Secretaria de Estado da Saúde (SESAU) promoveu a Semana do Sorriso Saudável com uma programação abrangente que reuniu alunos de várias escolas e comunidades da Capital e interior do Estado, onde foi divulgada a necessidade de se zelar pela saúde bucal. As atividades da semana contaram ainda com a participação de entidades como o SESC, a Polícia Militar, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), diversos hospitais e o Sindicato dos Dentistas. Esta iniciativa agrega dois princípios das ações do Sistema Único de Saúde (SUS), a saber: a integralidade e a integração.

94. (Técnico Administrativo/ANVISA/CESPE/2007):

As ações de vigilância sanitária fazem parte das atividades que se destinam à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores de qualquer ramo econômico ou social.

95. (Médico Auditor/SESA-ES/CESPE/2013):

Conforme dispõe a Lei n.º 8.142/1990, é correto afirmar que o conselho de saúde é composto por representantes do governo e dos usuários do sistema na proporção de 50% dos membros de cada segmento.

96. (Perito Médico Previdenciário/INSS/FCC/2012):

A Lei Federal n.º 8.080/1990, dispõe que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) é responsável pelas ações de vigilância no campo da Saúde do Trabalhador.

97. (Analista Judiciário – Serviço Social/TRT-1/FCC/2011):

O SUS assegura a todos os usuários, sem discriminação de qualquer tipo e sem exigir carência, o direito ao atendimento integral, independentemente de sua situação econômica. Segundo a legislação, é direito do usuário ter acompanhamento nas consultas e exames, durante o trabalho de parto e no parto.

98. (Analista Judiciário – Área Judiciária/TRF-3/FCC/2014):

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento.

99. (Analista Judiciário – Assistência Social/TJ-AP/FCC/2009):

O Sistema Único de Saúde tem por objetivo, entre outros, a realização de diagnóstico pautado na concepção médico-biológica, considerando que a doença tem forte determinação e solução nos componentes farmacológicos.

100. (Analista Judiciário – Serviço Social/TRT-18/FCC/2008):

O Artigo 6.º da Lei n.º 8.080, de 1990, que dispõe sobre a execução de ações no campo de atuação do SUS - Sistema Único de Saúde, estabelece que são de sua competência as ações realizadas pela iniciativa privada, em caráter prioritário e fundamental para o sistema.

101. (Médico Auditor/SESA-ES/CESPE/2013):

Conforme dispõe a Lei n.º 8.142/1990, é correto afirmar que a representação dos usuários nos conselhos e conferências de saúde é paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

102. (Perito Médico Previdenciário/INSS/FCC/2012):

São princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) a municipalização, acesso à média e alta complexidade, universalização e igualdade.

103. (Tecnologista Sênior/INCA-MS/FUNCAB/2014):

Conforme disposição constitucional, a execução das ações e serviços de saúde tem como principal base constitucional a descentralização político-administrativa.

104. (Especialista em Regulação/ANVISA/CESPE/2004):

A identificação e a divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, previstos na Lei n.º 8.080/1990, não são objetivos nem competência do SUS.

105. (Técnico de Contabilidade/MS/CESPE/2010):

Com relação à Lei n.º 8.142/1990, é correto afirmar que a Conferência de Saúde, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão

homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

106. (Médico Auditor/SESA-ES/CESPE/2013):

De acordo com a Lei n.º 8.080/1990, vigilância sanitária consiste em um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e da circulação de bens, e da prestação de serviços de interesse da saúde. Embora o conceito seja extenso, sua operacionalização contempla apenas o controle preventivo junto aos serviços de saúde.

107. (Perito Médico Previdenciário/INSS/FCC/2006):

A legislação federal do SUS garante ao sindicato dos trabalhadores o direito de requerer ao órgão competente a interdição da máquina, de setor de serviço e de todo ambiente de trabalho quando houver risco iminente de vida ou saúde dos trabalhadores.

108. (Técnico Administrativo/ANVISA/CESPE/2007):

A vigilância sanitária abrange o controle da prestação de serviços relacionados com a saúde.

109. (Médico Auditor/SESA-ES/CESPE/2013):

Os conselhos de saúde são órgãos permanentes e deliberativos que reúnem representantes do governo e dos prestadores de serviços de saúde, profissionais de saúde e usuários do SUS. Esses órgãos existem nas três esferas de gestão do SUS.

110. (Enfermeiro/Prefeitura de São Gonçalo-RJ/UFF/2011):

De acordo com a Lei no 8.142/90, os recursos do Fundo Nacional de Saúde, alocados como cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal, devem ter destinação mínima aos Municípios de 70 % (setenta por cento).

111. (Perito Médico Previdenciário/INSS/FCC/2012):

A Lei Federal n.º 8.080/1990, dispõe que o gestor do SUS pode participar da normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas.

112. (Economista/SESAU-RO/FUNCAB/2009):

Segundo a Lei nº. 8.080/90, a execução dos serviços de Vigilância Epidemiológica é de competência da Direção Municipal e, em caráter complementar, da Direção Estadual do SUS.

113. (Enfermeiro/Fundação de Saúde-RJ/CEPERJ/2011):

O Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011, define região de saúde como o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Em relação às regiões de saúde é correto afirmar que para ser instituída a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária e de urgência e emergência.

114. (Promotor de Justiça/MPE-PI/CESPE/2012):

Com base na Lei Complementar n.º 141/2012, que regulamenta o § 3.º do artigo 198 da CF/1988, é correto afirmar que para fins de apuração dos recursos mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, DF e municípios em ações e serviços públicos de saúde, considera-se como despesas com ações e serviços públicos de saúde o pagamento de pensões e aposentadorias, desde que relativas aos servidores da saúde.

115. (Médico Auditor/SESA-ES/CESPE/2013):

A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) é o fórum de negociação entre o governo federal e o governo estadual para a resolução das questões financeiras referentes aos repasses de verbas.

116. (Promotor de Justiça/MPE-PI/CESPE/2012):

Com base na Lei Complementar n.º 141/2012, que regulamenta o § 3.º do artigo 198 da CF/1988, é correto afirmar que integra a base de cálculo dos percentuais a serem aplicados pelos estados em ações e serviços públicos de saúde, o percentual mínimo de 15% referente, exclusivamente, ao produto da arrecadação indireta de impostos recebidos das grandes empresas.

117. (Promotor de Justiça/MPE-PI/CESPE/2012):

Com base na Lei Complementar n.º 141/2012, que regulamenta o § 3.º do artigo 198 da CF/1988, é correto afirmar que a transferência de recursos dos estados para os municípios deve ser realizada a partir de um rateio que obedeça à necessidade de saúde da população de cada região, considerados aspectos epidemiológicos, demográficos, socioeconômicos, espaciais, bem como a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, de modo a se reduzirem as diferenças regionais.

118. (Auditor de Controle Externo/TCE-MS/PUC-PR/2013):

Conforme dispõe a Lei Complementar n.º 141/2012, é correto afirmar que é vedado aos estados e municípios que estabelecerem consórcios ou outras formas legais de cooperativismo, para a execução conjunta de ações e serviços de saúde e cumprimento da diretriz constitucional de

regionalização e hierarquização da rede de serviços, o remanejamento entre si de parcelas dos recursos dos Fundos de Saúde derivadas tanto de receitas próprias como de transferências obrigatórias.

119. (Questão do Autor/INÉDITA/AMJ/2016):

Quanto à participação popular e controle social do SUS, é correto afirmar que os conselhos acontecem nas três esferas de governo de forma periódica a cada quatro anos, nas quais a população tem a oportunidade de avaliar, planejar e estabelecer metas a serem alcançadas no próximo quadriênio.

120. (Questão do Autor/INÉDITA/AMJ/2016):

Sistema de Informação em Saúde (SIS) é um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessário para se planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde.

121. (Questão do Autor/INÉDITA/AMJ/2016):

Conforme dispõe a Lei Complementar n.º 141/2012, é considerado despesa com ação ou serviço público de saúde o decorrente de saneamento básico.

122. (Questão do Autor/INÉDITA/AMJ/2016):

Em consonância com a Lei Complementar n.º 141/2012, a União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no máximo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual (LOA).

123. (Questão do Autor/INÉDITA/AMJ/2016):

O Fundo de Saúde, instituído por lei e mantido em funcionamento pela administração direta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, constituir-se-á em unidade orçamentária (UO) e gestora (UG) dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde.

124. (Questão do Autor/INÉDITA/AMJ/2016):

São fatores determinantes e condicionantes de Saúde, previstos na Lei n.º 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde), a alimentação, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o desenvolvimento urbano.

125. (Questão do Autor/INÉDITA/AMJ/2016):

O antigo e extinto Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) era constituído dos seguintes órgãos: Instituto Nacional de

Previdência Social (INPS), Instituto de Arrecadação da Previdência e Assistência Social (IAPAS), Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV), Legião Brasileira de Assistência (LBA) e Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (FUNABEM).

15. Gabarito das Questões.

01. E	43. E	85. E
02. C	44. C	86. E
03. C	45. E	87. C
04. C	46. E	88. C
05. C	47. E	89. C
06. C	48. C	90. E
07. E	49. E	91. E
08. C	50. C	92. E
09. C	51. C	93. C
10. C	52. E	94. C
11. E	53. C	95. E
12. E	54. C	96. E
13. E	55. C	97. E
14. E	56. C	98. C
15. E	57. C	99. E
16. C	58. C	100. E
17. E	59. E	101. C
18. C	60. E	102. E
19. E	61. C	103. E
20. E	62. E	104. E
21. C	63. E	105. E
22. C	64. E	106. C
23. E	65. E	107. C
24. E	66. C	108. C
25. C	67. C	109. C
26. E	68. E	110. C
27. C	69. C	111. C
28. C	70. E	112. C
29. C	71. C	113. E
30. C	72. C	114. E
31. C	73. E	115. C
32. E	74. C	116. E
33. C	75. C	117. C
34. E	76. E	118. E
35. E	77. E	119. E
36. E	78. C	120. C
37. C	79. E	121. E
38. C	80. E	122. E
39. C	81. E	123. C
40. C	82. C	124. E
41. C	83. E	125. E
42. E	84. E	