DIREÇÃO CONCURSOS

Aula 00

Sistema Único de Saúde para EBSERH

Conhecimento Básico

Profª Patrícia Wadt

Sumário

SUMÁRIO 2
APRESENTAÇÃO 3
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE 4
CONSTITUIÇÃO FEDERAL – ARTIGOS 196° A 200° 8
LEI ORGÂNICA DA SAÚDE – LEI N° 8.080/1990 17
DECRETO 7.508/2011 – REGULAMENTA O SUS 22
LEI N° 8.142/90 – PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE 23
DETERMINANTES DE SAÚDE 24
SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE (SIS) 27
RDC 63, DE 25 DE NOVEMBRO DE 2011 32
RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013 38
RESOLUÇÃO Nº 553, DE 9 DE AGOSTO DE 2017 41
RESOLUÇÃO Nº 453, DE 10 DE MAIO DE 2012 46
QUESTÕES COMENTADAS 50
LISTA DE QUESTÕES 87
GABARITO 106
RESUMO DIRECIONADO 107
LEGISLAÇÃO REFERENTE À NOSSA AULA 112

Apresentação

Olá Querido Aluno, tudo bem? Seja muito bem-vindo ao nosso estudo para o concurso da EBSERH. Não me conhece? Vou me apresentar ...

Meu nome é Patrícia Wadt, sou **sanitarista** formada em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Acre (UFAC), especialista em Metodologia do Ensino na Educação Superior. Atualmente, estou cursando uma pós-graduação Lato Sensu em Vigilância Sanitária no Instituto de Estudos Farmacêuticos (IFAR) em Brasília e me preparando para ingressar no Mestrado acadêmico em Saúde Coletiva na UnB, e agora faço parte da equipe de professores do curso **Direção Concursos**, dando aula sobre saúde pública e legislações específicas. Estou muito feliz em poder iniciar o curso de conhecimentos básicos para o concurso da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH.

Meu objetivo aqui é prepará-lo para a prova, então não espere sair daqui especialista em saúde pública ou especialista em legislação da saúde. O importante é você entender o assunto e, principalmente, acertar as questões da prova. Eu conheço o mundo dos concursos e posso te afirmar que o macete não é você ser especialista em todos os conteúdos, mas ter a noção principal dos assuntos. Por exemplo, no concurso da EBSERH não é cobrado apenas o assunto que trataremos aqui, mas também são cobrados assuntos de: português, Direito Constitucional, Direito Administrativo, Raciocínio Lógico, Administração... e por aí vai. São muitas matérias, não é mesmo? Mas não se desespere!! Neste curso utilizaremos um lema e será: **PRATICIDADE E EFICIÊNCIA**.

Quer saber por quê? Eu vou te explicar. Praticidade significa: ser prático, fazer algo de forma objetiva; e Eficiência é conseguir o melhor rendimento com o mínimo de gastos, ou seja, aumentar seu rendimento no estudo sem "perda de tempo" ou enrolação. Vamos direto ao ponto. Você vai entender todo o assunto e não terá dificuldade de resolver as questões, ou seja, você será prático e eficiente.

Nossas aulas são estruturadas assim: **Teoria com exercícios** + **Lista de Exercícios comentados** + **Lista de Exercício** + **Resumo direcionado**. Dependendo do assunto, eu disponibilizo a legislação em estudo ao final da aula, para facilitar o seu estudo.

Você está aqui para conseguir acertar as perguntas da prova e não para sair um especialista em Saúde Pública. Nossas aulas serão bem didáticas, explicativas e direto ao ponto. Caso apareça dúvidas, fique à vontade para me procurar por e-mail ou Instagram.

Aos estudos!

Profª. Patrícia Wadt

prof.sanitarista@gmail.com

@prof.patriciawadt

Sistema Único de Saúde

Para entendermos o que é o Sistema Único de Saúde, popularmente chamado de SUS, precisamos entender a trajetória da saúde no Brasil até o surgimento deste sistema de saúde. Vamos fazer uma breve aventura na história da saúde no Brasil, passando pelos marcos históricos até os dias de hoje.

Partiremos do nascimento e consolidação da medicina previdenciária. A política previdenciária de saúde teve origem com a criação das instituições de proteção social, conhecidas como caixas de aposentadoria e pensão (CAPs), que foi instituída pela Lei Elói Chaves em 1923. Ela trazia dois direitos que se destacavam muito a época, e se tratava do **direito dos contribuintes** e a **garantia ao medicamento**.

O direito dos contribuintes dizia que os socorros médicos eram apenas em casos de doenças na própria pessoa ou pessoa da família, para aqueles que contribuíam com a previdência. E a garantia aos medicamentos era para o acesso ao medicamento por um preço especial. O modelo de proteção social adotado pelo CAPs era apenas para os associados, ou seja, apenas uma pequena parcela da população tinha acesso ao atendimento médico, medicamentos e serviços próprios de atenção à saúde. Era uma situação bem difícil, não é?

Em 1930, foi criado o Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que representou uma grande mudança na postura do estado em relação a política de proteção social, onde o Estado começa a participar como co-financiador e Co- gestor. Bem, mas nem tudo eram flores. Os serviços de saúde eram oferecidos apenas para a classe da população que trabalhava e contribuía com o IAPs, mas com o crescimento industrial surgiu várias classes de trabalhadores diferentes, como por exemplo: os que trabalhavam nas indústrias e os bancários. No mesmo ano (1930), foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública que passou a ser responsável pela educação e pela saúde.

Foi então que, em 1960 foi promulgado a Lei Orgânica da Previdência Social que padronizou o "cardápio" de serviços de saúde que os assegurados teriam direito, independentemente de qual instituto estivessem filiados. Porém, isso não funcionou. Não houve essa universalização de serviços de saúde, e enquanto isso, a população não previdenciária continuava sem receber atendimento. Os serviços de saúde eram voltados para a cura de doenças ao invés da prevenção, e por esse motivo os atendimentos médicos concentravam-se na solução de problemas degenerativos que atingia a população mais bem situada na escala social. A partir de 1920 algumas classes de trabalhadores como por exemplo os ferroviários, os marítimos entre outros, conquistaram a assistência à saúde e benefícios como a aposentadoria, entretanto com o passar do tempo todos os trabalhadores que estavam no mercado formal tinham o direito a fazer consultas, exames e até cirurgias.

O que muitos acreditam é que todos que tinham carteira assinada usavam a previdência para acessar os serviços de saúde. Entretanto, nem todos que tinham a carteira assinada utilizavam a previdência. Você não imaginava isso, né? A ideia da previdência era ter acesso aos serviços sem precisar pagar, certo? Errado! Mesmo que a classe média, a época, tivesse carteira assinada ela pagava pelos serviços de saúde. Na verdade, essa classe não utilizava o serviço público, ela pagava pelas consultas, exames, procedimentos, porém, com desconto, sem

contar que a maioria dos previdenciários eram pobres. E aqueles que não tinham carteira assinada? Como eram atendidos ou onde eram atendidos?

A população sem carteira assinada recorria aos hospitais universitários e aos serviços filantrópicos que atendiam as pessoas como indigentes ou como medicina previdenciária. Foram muitos os acontecimentos e lutas para que toda a população tivesse acesso à saúde, de forma gratuita, independente de possuir ou não carteira assinada. Você já deve ter ouvido falar sobre a Reforma Sanitária, né? Bom, a reforma sanitária surgiu no meio acadêmico, no início da década de 70, como forma de se opor a política do regime militar. Em 1979, ocorreu o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, e teve a participação de muitos dos integrantes do movimento da reforma sanitária e chegou a conclusões realmente favoráveis.

A 8° Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi um marco para a história do SUS, por ser a primeira conferência aberta à sociedade e resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais. Mas, sem dúvida, o mais importante dessa CNS foi a formação da base para a seção "Da Saúde" na Constituição Federal de 1988. É isso mesmo, antes dessa Conferência, não existia na CF/88 a seção relacionada à saúde. O SUS foi nascendo aos poucos, primeiro veio o SUDS, depois a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde e por fim, a Lei Orgânica da Saúde (Lei n° 8.080/1990). Após a criação do SUS, foi lançada a lei n° 8.142/90 que concedeu ao SUS uma de suas principais características: o controle social, que é a participação dos usuários na gestão dos serviços de saúde. A seção "Da Saúde" na Constituição Federal foi um marco para a saúde pública, ao definir a saúde como "*direitos de todos e dever do Estado*", pois a parte daqui ficou defino que a saúde era para TODOS, acabando com o atendimento apenas para os que contribuíam com a previdência.

Que tal resolvermos algumas questões? Sim, existe questões que abordam o que acabamos de ver. Ah, caso apareça alguma questão de um ponto da história que não vimos, não se preocupe, o próprio exercício é uma forma de você estudar.

Questão de Fixação

(IDECAN – 2017 – INCA) Na era Vargas (1930 – 1945), a assistência médica prestada no país através por meio dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) era voltada:

a) A toda população brasileira.

b) Apenas aos trabalhadores das forças armadas.

c) A todos os trabalhadores brasileiros, independentemente da atividade exercida.

d) Apenas aos trabalhadores que exerciam atividades de determinada categoria profissionais.

Comentário:

Antes de irmos para as alternativas, podemos debater um pouco sobre o assunto. Preste atenção na data que o enunciado trouxe, 1930-1945. Na Era Vargas a assistência médica era oferecida pelo IAPs (Instituto de

Aposentadoria e Pensões) e atendia a categorias de profissionais que tinha os benefícios assegurados. A partir disso, podemos observar as alternativas.

a) Está errada. A população só teve acesso aos serviços, de forma integral, após o SUS e na data mencionada (1930-1945) não existia SUS, e se você lembrar, os serviços de saúde eram para poucos.

b) Está errada. Os trabalhadores das forças armadas também estavam inseridos no grupo que recebia atendimento médico, mas não eram os únicos.

C) Está errada. Bom, na era Vargas não era bem assim. Na verdade existia sim classes de profissionais que recebiam os benefícios.

D) Está Correta. Como vimos no início, na Era Vargas os serviços de saúde eram oferecidos pelo IAPs, organizado por classes de profissionais que recebiam o benefício.

Gabarito: "d"

(FGV - 2010 - FIOCRUZ - Tecnologista em Saúde - Informação Científica e Imagem em Saúde) A década de 1980 pode ser considerada um "divisor de águas" na trajetória da política de saúde no país. Nesse período, é possível detectar transformações não apenas na política de saúde como também na política nacional de informação em saúde. Em relação a este momento histórico, avalie as afirmativas a seguir.

I – A redução da informação a meras estatísticas foi substituída por uma abordagem que destacava seu potencial para a tomada de decisões.

II – Como as liberdades democráticas começavam a ser reconquistadas, os debates sobre política de saúde foram favorecidos.

III – Apesar de haver um claro processo de evolução política em torno da informação sobre saúde, mantinha-se ainda, um modelo de gestão "emissor-receptor".

Assinale:

a) se nenhuma afirmativa estiver correta.

b) se todas as afirmativas estiverem corretas.

c) se apenas a afirmativa I estiver correta.

d) se apenas a afirmativa II estiver correta.

e) se apenas a afirmativa III estiver correta.

Comentário:

a) Está errada pois de acordo com a história, a década de 80 foi um divisor de águas e trouxe todos as ações descritas nas assertivas.

b) Certo, como vimos na história da saúde pública, na década de 80 trouxe grandes feitos para a saúde pública no Brasil.

c) Errado. Temos todas as assertivas como certa e aqui está considerando apenas uma.

d) Errado. Todas estão corretas e não só a II

e) Todas as assertivas estão certas, e por isso devem ser consideradas. Essa alternativa está errada.

Gabarito: "b"

(AOCP - 2018 - Prefeitura de Juiz de Fora - MG - Enfermeiro) No início do século XX, o sanitarismo campanhista visava, principalmente,

a) sanear os espaços de circulação das mercadorias exportáveis.

b) organizar os serviços públicos e descentralizar as ações de saúde coletiva.

c) implantar redes temáticas de atenção em saúde.

d) intensificar ações voltadas para a saúde do trabalhador.

e) monitorar a qualidade de bens de consumo de interesse à saúde.

Comentário:

O nascimento da saúde pública no Brasil deu-se na transição do século XIX para o século XX, no período compreendido entre o fim da monarquia e o início da "República Velha". Configurou-se em um processo de elaboração de normas e organizações sanitárias e de mudança nas práticas dominantes até então. Ficou conhecido como "sanitarismo campanhista", foi marcante nos estados de Rio de Janeiro e São Paulo, visou principalmente sanear os espaços de circulação das mercadorias exportáveis e predominou até meados dos anos 6o.

a) A ideia da reforma sanitária não estava em sanear os espaços de circulação de mercadoria.

b) A reforma sanitária surgiu com o intuito de organizar os serviços de públicos e descentralizar as ações de saúde coletiva. Certo

c) A luta da reforma sanitária não tinha como objetivo implantar redes temáticas de atenção à saúde.

d) A época da reforma sanitária, o objetivo era combater ao radicalismo implantado pelo regime militar e lutar por direitos de acesso aos serviços de saúde de forma universal.

e) Monitorar a qualidade de bens é uma competência da vigilância sanitária, e esta nasceu muito depois da reforma sanitária. A reforma sanitária não tinha esse objetivo.

Gabarito: "a"

Constituição Federal – Artigos 196º a 200º

A seção "Da Saúde" foi implementada na Constituição Federal (CF) após a 8ª Conferência Nacional de Saúde e foi um dos marcos mais importante para a saúde no Brasil. A Constituição Federal de 1988 vai descrever o SUS. Isso mesmo, ela vai trazer a definição de saúde, quais as ações e serviços que integram o SUS, como será o financiamento, vai falar sobre a participação da iniciativa privada e as competências do Sistema Único de Saúde. Para iniciar-nos o estudo dessa parte da CF/88 falaremos de um marco muito importante, o que mais "impactou" na história da saúde pública no Brasil. O que foi tão marcante assim? A partir daqui a saúde foi definida como direito de todos e dever do Estado. A garantia da saúde, pelo Estado, é feita 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.

Daqui já conseguimos fazer um paralelo de como era antes da CF e como ficou após a CF. Veja:

Saúde Antes da CF de 1988	Saúde a partir da CF de 1988
Ações para a cura de doenças	Ações de promoção, prevenção e recuperação
Saúde era um direito apenas dos que contribuíam com a previdência	Saúde é um direito de todos, sem discriminação
Voltada para a doença	Voltada para redução do risco de adoecer e outros agravos
Acesso restrito a população trabalhadora	Acesso Universal e igualitário

Dessa forma, são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor 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.

Uma observação Importante!!

A lei que criou de fato o Sistema Único de Saúde e demais leis que organizam todo o sistema de saúde, foram criadas após 1988, ou seja, após a Constituição Federal. Veja que na CF/1988 deu-se o início de uma nova era na saúde pública, pois foi a partir daqui que tudo começou a caminhar até chegar aos dias de você. A CF/1988 vai trazer princípios básicos sobre a saúde e o sistema de saúde. As leis que tratam especificamente sobre o SUS terão como "base" a CF/88.

As ações e o serviços públicos de saúde integram uma rede **regionalizada** e **hierarquizada** e constituem um sistema único, que está organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I- descentralização, com direção única em cada esfera de governo. II – atendimento integral, com prioridade para as atividades **preventivas**, sem prejuízo dos serviços assistenciais. III – participação da comunidade.

Opa!! Virão que aqui a participação da comunidade é uma das diretrizes do SUS? E a Descentralização e atendimento integral? Preste atenção, essas palavras serão repetidas em outro momento da aula.

O financiamento da saúde será feito com os recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. Os entes da Federação aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados de um cálculo próprio. Os gestores locais poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate as endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação.

A assistência à saúde é livre à iniciativa privada, entretanto, a participação deve ser em caráter complementar mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. As condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplantes, pesquisa e tratamento, assim como para a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, será normatizado em lei específica. É proibido a comercialização de órgão, tecidos, substâncias humanas e sangue.

Para finalizar o tópico sobre a Saúde, vamos conhecer as competências do SUS, de acordo com a Constituição Federal. As competências trazidas pela CF/88 não excluem outras competências que possam surgir em outras legislações, é um rol exemplificativo e isso quer dizer que podem ser atribuídas outras responsabilidades ao SUS.

Compete ao Sistema Único de Saúde:

- **Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;**
- **Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;**
- **Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;**
- **Incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;**
- **Fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;**
- **Participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;**
- **Colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.**

O Sistema Único de Saúde.

Já vimos que após a CF/88 a saúde foi declarada como direito de todos e um dever do Estado. Vimos também que o SUS veio caminhando ao longo da história até que finalmente, em 1990, foi criado, de fato, o Sistema Único de Saúde com a Lei nº 8.080/1990. Agora veremos especificamente sobre o SUS, sua estrutura, quais seus princípios e como funciona.

O Sistema Único de Saúde é um dos mais amplos e complexos sistema de saúde do mundo por abranger desde os serviços básicos (como por exemplo medir uma pressão) até os mais complexos, como cirurgias e transplantes, garantindo a população brasileira o acesso integral, universal e gratuito. A partir da criação do SUS houve a garantia ao acesso universal aos serviços de saúde, agora sem a discriminação entre os que possuíam carteira assinada e os que não possuíam.

O SUS traz o conceito de Atenção Integral que a partir desse momento passa a ser um direito de todos, além de não se limitar aos cuidados essenciais, mas tem o foco na saúde com qualidade de vida, priorizando a prevenção de doenças e a promoção da saúde. A gestão é participativa e solidária entre os entes da Federação: União, Estados e Municípios. A rede que compõe o SUS é enorme, e abrange tanto as ações como os serviços, tais como: atenção primária, média e alta complexidade; serviços de urgência e emergência; a atenção hospitalar; as ações das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e a assistência farmacêutica.

Estrutura do SUS

O Sistema Único de Saúde é composto por: Ministério da Saúde (União), Secretaria Estadual de Saúde (Estados) e Secretaria Municipal de Saúde (Municípios), de acordo com a Constituição Federal e cada um exercendo sua responsabilidade.

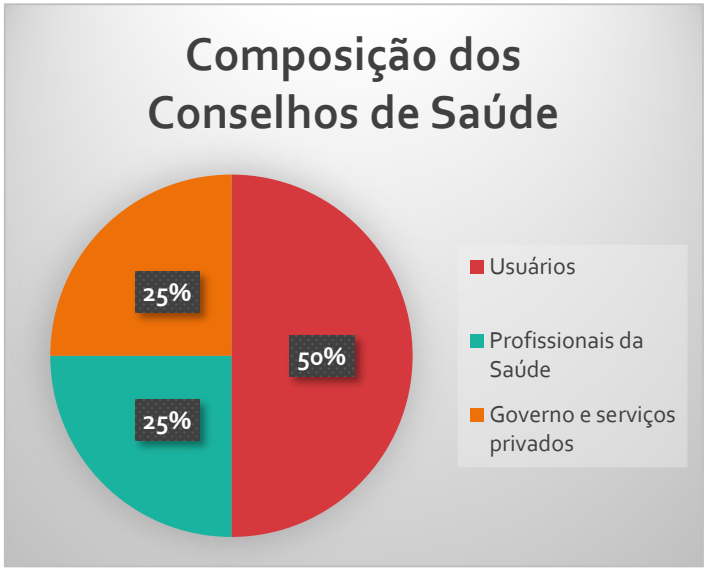
Porém, não é apenas o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde que compõe esse sistema de saúde. Estão incluídos os: Conselhos de Saúde, Comissão Intergestores Tripartite e Bipartite, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde. Não se desespere, vamos falar um pouco de cada uma delas.

Ministério da Saúde (MS): É o gestor Nacional do SUS. Possui a competência de formular, normatizar, fiscalizar, monitorar e avaliar as políticas e as ações. Participa da Comissão Intergestores Tripartite na pactuação do Plano Nacional de Saúde. Também fazem parte da estrutura do Ministério da Saúde: Fiocruz, Funasa, Anvisa, ANS, Hemobrás, Inca, Into e oito hospitais federais.

Secretaria Estadual de Saúde (SES): Participa na formulação das políticas e ações de saúde, dá apoio aos municípios articulando-se com o conselho estadual e participa da Comissão Intergestores Bipartite, para aprovação e implementação do plano estadual de saúde. O Plano Estadual responde as necessidades regionais, estaduais. Cada Estado tem seu plano de saúde.

Secretarias Municipal de Saúde (SMS): A atuação está voltada para a população local. Tem a competência de planejar, organizar, controlar, avaliar e executar as ações e serviços de saúde em articulação com o conselho municipal de saúde e com a esfera estadual, para aprovação e implementação do plano municipal de saúde. Lembrando que esse plano responde as necessidades do próprio município, mas deve estar de acordo com o plano do estado a qual pertence.

Conselhos de Saúde: O Conselho de Saúde tem atuação nas três esferas de governo: Nacional, Estadual e Municipal. É um órgão colegiado composto por representantes do governo, pelos prestadores de serviços, pelos profissionais de saúde, incluindo os usuários. Possui caráter permanente e deliberativo e atua na formulação das estratégias e no controle da execução da política de saúde, em cada esfera correspondente. O conselho defini o número dos membros, todavia deve-se obedecer a seguinte composição: 50% dos participantes devem ser de entidades e movimentos que representem os usuários; 25% dos participantes devem ser de entidades que representem os profissionais da área de saúde e 25% dos participantes devem ser representantes do governo e dos prestadores de serviços privados que possuem convênios ou sem fins lucrativos. Repare que a maioria dos participantes são os usuários.



Comissão Intergestores Tripartite (CIT): Centro de negociação e pactuação entre os gestores federais, estaduais e municipais. Tratam de assuntos relacionados aos operacionais do SUS.

Comissão Intergestores Bipartite (CIB): Centro de negociação e pactuação entre os gestores estaduais e municipais. Tratam dos operacionais do SUS.

CIT	**CIB**
União	Estados
Estados	Municípios
Municípios	

Conselho Nacional de Secretário de Saúde (CONASS): São entidades que representam os Estados e o Distrito Federal na CIT para tratar de matéria referente à saúde.

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems): São entidades que representam os Municípios na CIT para tratar de matérias relacionado à saúde.

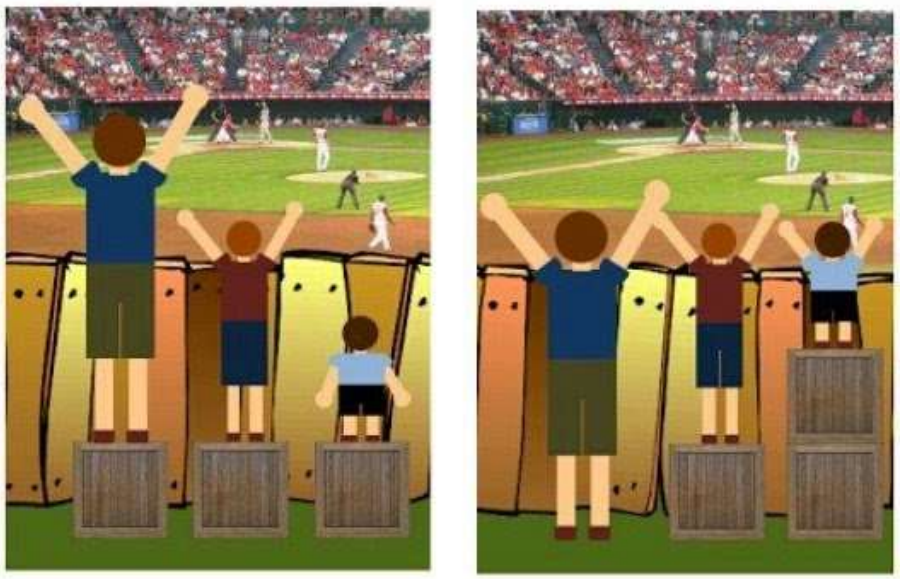
Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems): São entidades que representam os Municípios no âmbito Estadual, para tratar de matérias referente à saúde, porém possuem uma condição, devem estar vinculadas institucionalmente ao Conasems, de acordo com seus estatutos.

Princípios

Você já deve ter ouvido sobre os princípios do SUS, mas vamos relembrar. O SUS possui três princípios básicos: Universalidade, Equidade e Integralidade. Mas você sabe realmente o que cada uma significa? Bom, se sua resposta foi não, seus problemas acabaram!! Rsrs Agora você vai saber exatamente o que significa cada um desses princípios. Preparado?

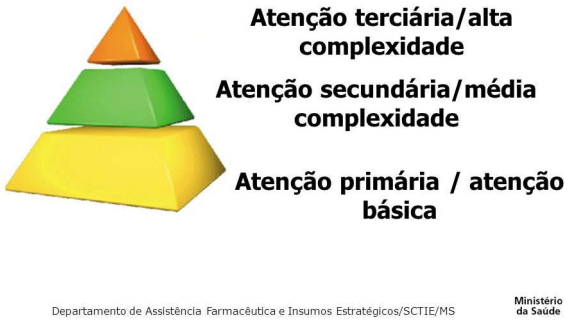
Universalização: Trata da saúde como direito de todos e dever do Estado. Lembra que a partir da Constituição Federal a saúde foi considerada um direito de todas as pessoas independente da classe profissional? Então, a universalização prega que todos têm o direito ao acesso aos serviços de saúde público independente de raça, cor, sexo, ocupação e qualquer outra característica social ou pessoal. Qualquer pessoa pode receber atendimento médico e até mesmo passar por uma cirurgia, se for necessário. O SUS é de todo, é Universal.

Equidade: Antes de qualquer coisa, você deve entender que equidade é diferente de igualdade. Ficou confuso? Você vai entender. Bom, o objetivo principal desse princípio é diminuir as desigualdades. Como assim professora? Mesmo que todas as pessoas têm o direito de receber os serviços de atenção à saúde, ninguém é igual a ninguém, você concorda? As pessoas são diferentes e por causa dessa diferença que existe esse princípio. No SUS o objetivo é tratar os desiguais de forma desigual e investir onde a maior carência. Veja a imagem a seguir.



Primeiro: temos três pessoas diferentes, certo? Bom, na imagem da esquerda tratamos todos de forma IGUAL, mas veja que uma das pessoas ficou prejudicada pois não consegui assistir ao jogo. Já na imagem da direita as três pessoas foram tratadas com equidade, quem precisou de mais caixote ganhou mais e quem não precisou de caixote não recebeu nenhum. Isso é tratar os desiguais de forma desigual. Isso é diminuir as desigualdades. O princípio da equidade busca justamente isso. Todas as vezes que você ouvir alguém falando sobre o princípio da equidade no SUS, lembre-se dessa imagem. O SUS não quer aumentar as desigualdades, ele quer diminui-las e garantir que todos recebam o atendimento de acordo com cada necessidade.

Integralidade: Este princípio enxerga as pessoas como um todo, e por isso busca atender todas as suas necessidades. Para que isso ocorra é preciso uma articulação entre as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Além disso, implica a articulação da saúde com outras políticas públicas a fim de garantir uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida do indivíduo. Essa integração consiste, também, na articulação entre os três níveis de assistência do SUS. É através deste princípio que um usuário consegue acessar todos os níveis de complexidade do sistema de saúde. Veja a imagem a seguir, que mostra os três níveis.



Resumindo, a base da pirâmide (atenção básica) são os atendimentos realizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidade de Saúde da Família (USF). O meio da pirâmide são os exames laboratoriais, de imagem e os hemocentros. Já o topo da pirâmide representa a alta complexidade, os hospitais de urgências e emergência, transplantes, cirurgias, tratamento de câncer, os serviços de saúde muito mais complexos. Através do princípio da integralidade o usuário tem acesso ao SUS pela base (atenção básica) e dependendo do grau de complexidade da enfermidade, ele tem "acesso livre" aos demais níveis, de acordo com a necessidade.

Não acaba por aqui. O SUS possui outros princípios, os princípios organizacionais que orientam a organização do SUS.

Princípios Organizativos

Regionalização e Hierarquização: A organização dos serviços deve respeitar os níveis crescentes de complexidade (está na imagem que acabamos de ver) dentro de uma área geográfica. O planejamento deve partir de critérios epidemiológicos, bem definidos e conhecidos da população que será atendida. Por tanto, regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, mas com um comando único.

A Hierarquização é a divisão dos níveis de atenção à saúde, garantindo formas de acesso aos serviços que o usuário necessita, respeitando os limites de cada região. Exemplo? Uma mulher foi a uma unidade básica de saúde para um exame de rotina, e durante o exame foi diagnosticado um nódulo no seio direito. Ela precisa de tratamento específico e o município não oferece esse tratamento. No Estado onde a mulher mora, também não possui o suporte específico. Nesse caso, por ela estar inserida no SUS, ela tem o direito de ser encaminhada para um hospital que atenda às suas necessidades, mesmo se for em outro estado. Isso é hierarquização.

Descentralização e Comando único: Primeiro você precisa entender o que é descentralizar. Descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os níveis de governo. No SUS a descentralização funciona da seguinte forma: a responsabilidade pela saúde deve chegar até os municípios (descentralizar até chegar aos municípios), ou seja, deve-se fornecer condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para que o município exerça a sua função na área da saúde.

Já o comando único é uma concepção constitucional, que diz que cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, sempre respeitando os princípios gerais (universalização, equidade e integralidade) e a participação da sociedade. Os entes são soberanos quando se trata das suas decisões e atividades. Não confunda com a Soberania da República Federativa do Brasil.

Pense SUS
Participação Social

Participação Popular: Consiste na participação da população no dia-a-dia dentro do sistema de saúde. Mas para garantir isso, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, ambiente em que a população tem o direito de participar do SUS, e que tem como objetivo formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

Responsabilidade dos Entes que compõe o SUS

Vimos que o Sistema Único de Saúde é composto por entes da União, Estados e Municípios, sendo representados, respectivamente por: Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde. Bom, agora veremos a responsabilidade de cada um desses entes dentro do SUS.

União: Para começar, a gestão da saúde é realizada pelo Ministério da Saúde (MS) e financiado pela rede pública de saúde. De acordo com a história, o MS é responsável por metade dos recursos utilizados na saúde, ficando os estados e municípios responsável por contribuírem com a outra metade. O MS formula políticas nacionais de saúde, mas a realização é feita pelos seus parceiros (estados, municípios, ONGs, fundações, empresas...). Também possui a função de planejar, elaborar normas, avaliar e utilizar instrumentos para o controle do SUS.

Estados e Distrito Federal: Possui secretarias específicas para realizar a gestão da saúde em seu território, aplica recursos próprio, inclusive nos seus municípios, e utiliza os recursos que a união repassa. É um parceiro na aplicação da política nacional de saúde, porém também formula suas próprias políticas. O nível estadual coordena e planeja o sistema de saúde em nível estadual, sempre respeitando a normatização federal, e são responsáveis pela organização em seu território.

Municípios: As competências dos municípios são iguais a dos Estados. Os Municípios executam as ações e serviços de saúde em seu território, e o gestor deve aplicar, na saúde, os recursos próprios e os que são repassados pelos Estados e pela União. Formula suas próprias políticas e é um dos parceiros na aplicação de políticas nacionais de saúde. A coordenação e planejamento são apenas locais, ou seja, apenas dentro do município, mas respeitando a normatização federal. Uma diferença é que os municípios podem estabelecer parcerias com outros municípios, com o objetivo de garantir um atendimento pleno para sua população.

Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.

Essa carta traz os seis princípios que todo cidadão deve saber, princípios esses que asseguram ao brasileiro o ingresso digno aos sistemas de saúde. Abaixo temos a lista dos seis princípios.

- **Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.**
- **Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.**
- **Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.**
- **Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.**
- **Todo cidadão também tem responsabilidade para que seu tratamento aconteça da forma adequada.**

Planejamento do SUS

Vamos falar um pouco sobre o planejamento do Sistema Único de Saúde.

O planejamento volta-se principalmente para atender as demandas internas e externas, sendo as demandas externas originada pelo correspondente sistema federal exercido pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (atualmente integra o Ministério da Economia). O Sistema Federal de Planejamento possui uma agenda que corresponde as exigências constitucionais e legais, entre elas estão a elaboração do Plano Plurianual (a cada 4 anos) com suas revisões, propostas anuais das diretrizes orçamentárias e do orçamento.

O Ministério da Saúde recebe constantemente, solicitação de orientação e cooperação técnica para elaborar os instrumentos de planejamento, principalmente para os planos de saúde e relatórios de gestão. Como o planejamento é um instrumento essencial da gestão, esse deve certificar que o SUS responda de forma efetiva,

com qualidade e oportunidade as necessidades de saúde em direção a sua consolidação. Apesar dos esforços empreendidos desde sua criação, os avanços obtidos na área de planejamento do Sistema ainda requerem, nos três níveis de governo, recursos humanos de qualidade e em quantidade.

O processo que antecede ao planejamento definido pela Lei Orgânica da saúde caracteriza um grande desafio para os responsáveis por sua qualidade, especialmente os da esfera estadual e nacional considerando a complexidade do perfil epidemiológico brasileiro, associada à quantidade e diversidade de municípios e a grande desigualdade em saúde, relacionado ao acesso aos serviços de saúde.

O Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde – PlanejaSUS é definido com a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento da União, Estados e Municípios. São estabelecidos os objetivos e as responsabilidades de cada esfera de governo de maneira a garantir o direcionamento certo ao processo de planejamento do SUS, compreendendo o monitoramento e a avaliação. O PlanejaSUS não envolve nenhuma forma de hierarquização, entretanto, sua organização e operacionalização baseiam-se em processos que garantem o funcionamento harmônico em todas as direções do SUS. Como parte integrante do ciclo de gestão, o PlanejaSUS deve estar próximo dos níveis de decisão do SUS, com isso as três esferas de governo farão a pactuação permanente das bases funcionais do planejamento, monitoramento e avaliação, possibilitando a participação social e buscando a intensificação da articulação intra e intersetorial, levando em consideração os determinantes e condicionantes de saúde.

Glossário do Sistema Único de Saúde (SUS)

Assistência Farmacêutica: é o processo de planejamento, aquisição, distribuição, controle de qualidade e uso de medicamento para a proteção e recuperação da saúde.

Atenção à saúde: tudo que envolve o cuidado com a saúde do cidadão, incluindo nisso a atenção básica e especializada, ações e serviços de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

Ciência e Tecnologia: ações de pesquisa, desenvolvimento, difusão e aplicação de conhecimento nas áreas de saúde, educação, gestão, informação, e aquelas voltadas para a inovação e disseminação tecnológica.

Educação em saúde: processo para aumentar a capacidade da pessoa no cuidado da saúde e no debate com os profissionais e gestores, a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com cada necessidade.

Gestão do trabalho: é a organização das relações de trabalhado com base na participação do trabalhador de saúde como um sujeito e agente transformador do seu ambiente.

Gestão participativa: é a atuação efetiva de cidadãos, conselheiros, gestores, profissionais e entidades civis na formulação das políticas, na avaliação e fiscalização das ações de saúde.

Promoção da saúde: é o conjunto de ações sanitárias integradas com outros setores do governo e sociedade, que buscam desenvolvimento de padrões saudáveis de: qualidade de vida, condições de trabalho, moradia, alimentação, educação, atividade física, lazer, entre outros.

Regulação: é o poder exercido pelo Poder Público de fiscalizar e estabelecer padrões, normas e resoluções para serviços, produtos, estabelecimentos e atividades (públicas ou privadas) em favor do interesse coletivo.

Saúde Suplementar: é o sistema privado de assistência à saúde das operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços aos beneficiários, e está sujeita a regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Vigilância em Saúde: é o conjunto de ações capazes de proporcionar o conhecimento, detecção, análise e monitoramento das doenças decorrentes, inclusive dos fatores ambientais, com o objetivo de controlar e prevenir problemas na saúde humana.

Vigilância Sanitária: são as ações de controle, pesquisa, registro e fiscalização de medicamentos, cosméticos, produtos de higiene pessoal, perfumes, saneantes, equipamentos, insumos e serviços que tenham o potencial de causar danos ou risco à saúde e ao meio ambiente.

Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080/1990

O objetivo aqui não é trazer a legislação inteira, mas abordar os pontos mais importantes. Como estamos falando sobre o SUS, nada melhor do que estudarmos um pouco os pontos principais da lei. Eu disse, pontos principais, isso significa que você não encontrará TUDO da lei orgânica aqui, por isso, peço-lhe um favor: lei a legislação. Ela é curtinha e não é complicada, e mesmo que tenha muitos detalhes a leitura e releitura serão suficientes para você acertar as questões.

A lei orgânica da saúde vai regular em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados, isoladamente ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. A partir da publicação dessa lei, a saúde passa a ser um direito fundamental do ser humano, e o Estado tem a obrigação (dever) de prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Esse deve do Estado incide na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos, através das condições que garantem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. Entretanto, mesmo que o Estado tenha esse dever, isso não exclui o dever das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Importante ressaltar quais são os fatores determinante e condicionantes de saúde, e são eles: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o aceso aos bens e serviços essenciais para a saúde. De acordo com a lei 8.080/90, o SUS é definido como: o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta das fundações mantidas pelo Poder Público. Inclui-se também as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para a saúde. Importante: a iniciativa privada pode participar do Sistema Único de Saúde de forma **complementar**.

São objetivos do SUS: identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde; formular a política de saúde destinada a promover, nos campos econômicos e social, no que diz respeito a participação da iniciativa privada no SUS; 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.

A atuação do SUS não se limita a serviços de atendimentos médicos. Dentro desse campo, chamado SUS, estão inclusas outras ações:

I – Execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica.

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

II – Participação na formulação da política e na execução de saneamento básico;

III – Ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV – Vigilância nutricional e orientação alimentar;

V – Colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI – Formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológico e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII – Controle e fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII – Fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas, para consumo humano;

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

X – O incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI – Formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

A lei orgânica também traz alguns conceitos muito importantes, e que são cobrados em provas!! São os conceitos de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e saúde do trabalhador. Veremos casa um dele.

- **Entende-se por vigilância sanitária** um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:
  I – o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e
  II – o controle da prestação de serviços que se relacionam diretamente ou indiretamente com a saúde.
- **Entende-se por vigilância epidemiológica** um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos.
- **Entende-se por saúde do trabalhador** um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I – assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
II – participação, no âmbito de competência do SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;
III – participação, no âmbito de competência do SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentem riscos à saúde do trabalhador;
IV – avaliação de impacto que as tecnologias provocam à saúde;
V – informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e a empresas sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalização, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitando os preceitos da ética profissional;
VI – participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;
VII – revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração, a colaboração das entidades sindicais; e
VIII – a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver a exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

Participação da iniciativa privada

Sabemos que a iniciativa privada participa do SUS de forma complementar, certo? Bom, agora vamos ver o que a lei orgânica da saúde fala sobre isso. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas e de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Atenção!!

A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, deve-se observar os princípios éticos e as normas publicadas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde, relacionado as condições de funcionamento. A participação direta e indireta de empresas ou capitais estrangeiros é proibido, exceto para as adoções de organismos internacionais que estejam vinculados à Organização das Nações Unidas (ONU), de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

Suponha que em uma determinada região (estado, município) o Sistema Único de Saúde não possui disponibilidade suficiente para garantir a cobertura assistencial à população, nesse caso o SUS pode recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada. É comum vermos hospitais privados atendendo usuários do SUS, e isso se dá pela participação complementar da iniciativa privada. Entretanto, essa participação deve ser formalizada por meio de contrato ou convênio, respeitando as normas de direito público. A preferência na participação é das entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidas pela direção nacional do SUS e devem ser aprovados no Conselho Nacional de Saúde. Quando for firmado um contrato ou convênio com a iniciativa privada, essa deve obedecer às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do SUS, ou seja, não é porque o serviço será oferecido pela iniciativa privada que se deve ignorar os princípios do SUS.

Recursos Humanos:

A política de recursos humanos na área de saúde será formalizada e executada em conjunto com as diferentes esferas de governo, obedecendo os seguintes objetivos: articulação 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 valorização da dedicação exclusiva aos serviços do SUS. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do SUS, só serão exercidos em regime de tempo integral.

Financiamento:

O orçamento da Seguridade Social destinará ao Sistema Único de Saúde possui os recursos necessários à realização de suas finalidades, previsto em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos de previdência social e da assistência social, almejando as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias. Resumindo, a estimativa de quanto o SUS vai receber está previsto na LOA (lei orçamentária anual) e LDO (lei de diretrizes orçamentárias). As receitas geradas no âmbito do SUS serão creditadas (depositadas) em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

As ações de saneamento, que sejam executadas de forma supletiva pelo SUS, serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e , em particular, do Sistema Financeiro da Habitação - SFH.

Na esfera federal, os recursos financeiros serão administrados pelo Ministério da Saúde (MS), através do Fundo Nacional de Saúde. O MS acompanhará através de seu sistema de auditoria se está em conformidade a aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios, caso seja constata qualquer desvio ou não aplicação dos recursos, cabe ao MS aplicar as medidas previstas em lei.

Para estabelecer os valores que serão transferidos para os Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios: perfil demográfico da região; perfil epidemiológico da população a ser coberta; características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; previsão do plano quinquenal de investimentos da rede; ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

Planejamento e Orçamento

O processo de planejamento e orçamento do SUS é ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando 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. O Conselho Nacional de Saúde

definirá as diretrizes (parâmetros) a serem observados na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa. Não é permitido a destinação de investimentos e auxílios a instituições prestadores de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

Questão de fixação

(CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) Em relação à evolução histórica da saúde no Brasil, julgue o item a seguir.

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira foi, inicialmente, um movimento da intelectualidade universitária e dos profissionais de saúde; os setores sindicais e os movimentos populares se incorporaram ao movimento posteriormente.

Comentário:

A reforma sanitária nasceu no meio universitário e dos profissionais de saúde como forma de se opor as opressões do regime militar. Após o início da reforma, outros grupos, como os setores sindicais e os movimentos populares, aderiram a luta pela reforma sanitária.

Gabarito: certo

(CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) Em relação à evolução histórica da saúde no Brasil, julgue o item a seguir.

O plano de descentralização da saúde do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária, de 1982, resultou da adoção das ações integradas de saúde (AIS) para fortalecer o atendimento previdenciário da época.

Comentário:

Em 1982, o atendimento previdenciário estava quase sendo extinto. A descentralização da saúde, na verdade, enfraqueceu o atendimento previdenciário pois a saúde estava cada vez mais próxima de se tornar universal.

Gabarito: errado

Decreto 7.508/2011 – Regulamenta o SUS

Este regulamento vai trazer alguns conceitos para o SUS que não estavam presentes na Lei nº 8.080/1990. Para facilitar, irei dividir por subtópicos de acordo com o decreto.

Disposições Preliminares

Aqui irão aparecer conceitos novos para o SUS e que foram implementados a partir da publicação deste decreto. Ah, caso você veja esses conceitos já na lei 8.080/1990 é porque já foram acrescentadas, e se você baixar hoje a legislação, esses conceitos já estarão lá. Estou trazendo aqui apenas para você saber o que mudou com a regulamentação de 2011. Não teremos todos os termos e conceitos, apenas aqueles mais recorrentes em provas e os que são mais "falados".

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.

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, na forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

Portas de entrada: serviços de atendimento inicial à saúde dos usuários do SUS.

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

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

Rede de atenção à saúde: conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente (da atenção básica para a alta complexidade), com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.

Regiões de Saúde

A instituição de regiões de saúde situada em área de fronteira com outros países deve respeitar as normas que regem as relações internacionais. Para ser considerado uma região de saúde, deve conter, no mínimo, as ações e serviços de: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde. Tais regiões de saúde são referência para a transferência de recursos entre os entes federativos.

Elementos que devem ser definidos em relação as regiões de saúde: os limites geográficos; população usuária das ações e serviços; rol de ações e serviços oferecidos; as respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para organização dos serviços.

Hierarquização

São consideradas Portas de Entradas nas redes de Atenção à saúde os serviços da: atenção primária; atenção de urgência e emergência; atenção psicossocial; e especiais de acesso aberto. O acesso universal e igualitário às ações e 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. Ao usuário é garantido a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região.

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

Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME

Compreende a seleção e padronização de medicamentos indicado para atendimento de doenças e agravos no âmbito do SUS. Será acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional – FTN que auxiliará a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos.

O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica presume, ao mesmo tempo: que o usuário seja assistido pelas ações e serviços de saúde do SUS; o medicamento sido prescrito por profissional de saúde do SUS; a prescrição estar 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 a entrega do medicamento realizada em unidades indicadas pela direção do SUS.

O Ministério da Saúde pode estabelecer regras diferenciadas de acesso a medicamentos de caráter especializado. A RENAME e a relação específica complementar estadual, distrital e municipal de medicamentos somente poderão conter produtos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa.

Lei nº 8.142/90 – Participação da Comunidade

O Sistema Único de Saúde conta, em cada esfera de Governo, com as instâncias colegiadas: Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. A Conferência de Saúde possui reuniões a cada 4 (quatro) anos com representação dos vários segmentos sociais, que avaliam a situação de saúde e fazem propõem as diretrizes para formulação da política de saúde nos níveis correspondentes (união, estados e municípios). As reuniões são convocadas pelo Poder Executivo, ou quando forem extraordinariamente, pelo por esta ou pelo Conselho de Saúde.

O Conselho de Saúde é um órgão colegiado, de caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Sua atuação envolve a formulação de estratégias e controle da execução da política de saúde na instância correspondente, incluindo os aspectos econômicos e financeiros em que as decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

- **CONNAS E CONASEMS:** Terão representação no Conselho Nacional de Saúde.
- **Usuários:** Terão representação paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos, tanto no Conselho de Saúde quanto na Conferência de Saúde.
- **Conferência de Saúde e Conselho de Saúde:** A organização e as normas de funcionamento serão definidas em regime próprio e aprovada no respectivo conselho.

Fundo Nacional de Saúde:

Os recursos do Fundo Nacional de Saúde serão alocados como: despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta; investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional; investimentos previstos no plano quinquenal no Ministério da Saúde; e cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal. Os recursos serão repassados de forma regular e automática.

Pelo menos 70% (setenta por cento) do recurso transferido será repassado para o município e os 30% (trinta por cento) restante fica no Estado ou Distrito Federal. Os municípios podem estabelecer consórcios para execução de ações e serviços de saúde para remanejar, entre si, parcelas de recursos previstos.

Para receber os recursos da União, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal devem contar com: Fundo de Saúde; Conselho de Saúde; Plano de Saúde; Relatório de Gestão; Contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento; e comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para a sua implementação. O não atendimento aos requisitos farpa com que os recursos sejam administrados ou pelos Estados ou pela União.

Determinantes de Saúde

Antes de falarmos sobre determinantes e condicionantes, vamos entender o que é saúde. Para muitas pessoas, saúde é não estar doente ou não ter uma doença X ou Y. Mas a definição de saúde, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), é muito mais do que isso.

> *A saúde é definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.*
>
> *Organização Mundial da Saúde (OMS).*

A saúde é silenciosa e por isso dificilmente a identificamos. Na verdade, geralmente só a percebemos quando ficamos doentes ou estamos com algum tipo de enfermidade, pode ser até um resfriado leve, mas isso já nos

mostra como estávamos "bem" e não percebemos. Conhecer o próprio corpo e identificar seus limites é uma boa estratégia para garantir uma qualidade de vida, pois não há um limite entre a saúde e a doença, mas um equilíbrio. As mesmas coisas que auxiliam a vida do ser humano (alimentação, moradia, água, ar, trabalhado, lazer, relação familiar, tecnologia etc.) também podem causar doenças, se estiverem em excesso ou em falta. Isso vai depender do estilo de vida de cada um, vai depender dos determinantes biológicos, psicológicos e sociais. É por esse motivo que as pessoas adoecem de formas diferentes, porque tudo depende da influência direta do local onde essa pessoa ocupa na sociedade.

Por vários anos, a ideia de adoecimento passou por muitas fases. Na antiguidade, acreditava-se que a saúde era uma dádiva de Deus e a doença era um castigo, ou seja, se você ficasse doente é porque fez algo muito errado e Deus te castigou por isso. Porém, 400 anos antes de Cristo, um filósofo chamado Hipócrates desenvolveu o tratado "os ares e os lugares" que basicamente queria dizer que a saúde ou doença estava relacionada aos locais de moradia, a água consumida e o vento. Séculos mais tarde, as populações começaram a acreditar na teoria dos "miasmas", que consistia em dizer que a doença era transmitida pelos "gases" dos animais e dejetos em decomposição, e isso durou até o século XIX.

No final do século XIX, passa a ter predominância a teoria microbiana, teoria que estudava a multicausalidade das doenças ou que apontavam para os fatores de ordem socioeconômica, e atualmente continua a crença da multicausalidade das doenças, ou seja, a doença é causada por vários fatores. As condições de vida, de trabalho, moradia, alimentação, entre outros está diretamente relacionada com a saúde individual e coletiva.

Mas afinal, o que são determinantes de saúde? Determinante é a razão, o motivo, causa ou o que leva uma pessoa a saudável. De acordo com a Lei Orgânica da Saúde, os fatores determinante e condicionantes de saúde são: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o aceso aos bens e serviços essenciais para a saúde. Para a Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde, os determinantes sociais 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.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica os determinantes sociais da saúde como: condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo o sistema de saúde. Tais circunstâncias moduladas pela distribuição de renda, poder e recursos em nível global, nacional e local são influenciadas por decisões políticas. Os determinantes sociais são os responsáveis pelas diferenças injustas e evitáveis entre pessoas e países. Percebemos que a saúde é um processo social e os aspectos sociais e as decisões políticas interferem nas condições de vida e na saúde das populações, além de "favorecer" o adoecimento.

Podemos resumir tudo em uma imagem:

_Fig. 1 - Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead

Você estar doente ou ser saudável depende diretamente de como é seu dia-a-dia, suas relações afetivas, como está sua saúde mental, suas atividades, moradia, lazer etc. Se você parar para refletir, você verá como a saúde está, realmente, relacionada diretamente com o estilo de vida. Vamos pensar na população de países desenvolvidos de modo geral. Essa população adoece por: obesidade, câncer, problemas cardíacos; repare que essas doenças "surgem" devido ao estilo de vida, os hábitos alimentares (muito fast-food), sedentarismo, ingestão de bebidas alcoólicas, tabagismo etc. Agora, pensa na parte mais carente da África, lá as pessoas (principalmente as crianças) morrem por: diarreia (falta de saneamento básico) e desnutrição! Chocante, né?

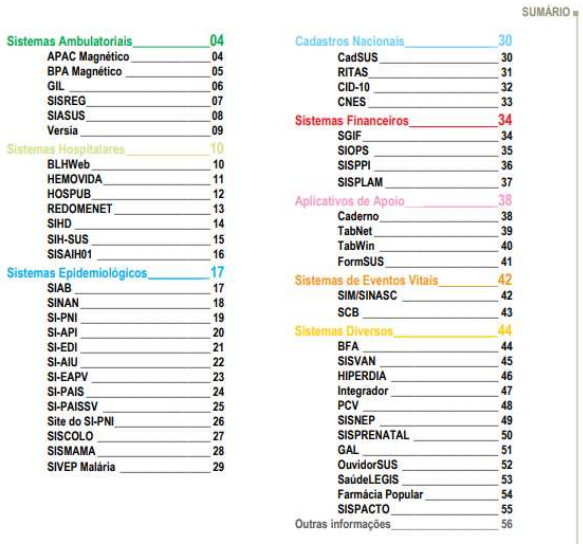
Mas não vamos tão longe, vamos pensar no nosso País. No Brasil temos vários exemplos. Nos Estados mais desenvolvidos o estilo de vida "corrido" das pessoas as fazem escolher uma alimentação que seja rápida e prática, não há tempo para a atividade física, o estresse do dia-a-dia causa cansaço mental e as pessoas adoecem, e vejam só, as doenças são: câncer, obesidade, problemas cardíacos, diabetes etc. Pensa agora nas pessoas que moram nas periferias, até mesmos das grandes cidades, essas pessoas adoecem, por causa da falta de saneamento básico, desemprego, péssimas condições de moradia etc. E no norte do País? Malária, Dengue, Chikungunya, leishmaniose, doenças de chagas etc. São tantos cenários diferentes em um único país, não é? Sem contar que até uma situação de desemprego pode afetar a saúde. Por quê? Desemprego gera um estresse, uma preocupação, e sem emprego não há recurso financeiro para ter o mínimo para uma vida em equilíbrio.

Pois é, mas o que eu quero que você perceba é que as doenças estão diretamente relacionadas a vários fatores, ao estilo de vida, as condições de saneamento básico, moradia, trabalhado, lazer, alimentação, água potável etc. Isso são os determinantes de saúde, isso que vai interferir na vida das pessoas, seja individualmente ou coletivamente, dando a elas qualidade de vida (saúde) ou favorecendo o "surgimento" de doenças.

Sistema de Informação em Saúde (SIS)

Os Sistemas de Informação em Saúde são instrumentos padronizados de monitoramento e coleta de dados, que tem o objetivo de fornecer informações para análise e para melhorar a compreensão de importantes problemas de saúde da população, auxiliando na tomada de decisão nos níveis municipal, estadual e federal.

A lista de sistema de informação em saúde é enorme. Veja a foto do sumário de um manual do Ministério da Saúde que fala sobre todos esses sistemas.



SUMÁRIO

Sistemas Ambulatoriais 04
APAC Magnético 04
BPA Magnético 05
GIL 06
SISREG 07
SIASUS 08
Versia 09
Sistemas Hospitalares 10
BLHWeb 10
HEMOVIDA 11
HOSPUB 12
REDOMENET 13
SIHD 14
SIH-SUS 15
SISAIH01 16
Sistemas Epidemiológicos 17
SIAB 17
SINAN 18
SI-PNI 19
SI-API 20
SI-EDI 21
SI-AIU 22
SI-EAPV 23
SI-PAIS 24
SI-PAISSV 25
Site do SI-PNI 26
SISCOLO 27
SISMAMA 28
SIVEP Malária 29
Cadastros Nacionais 30
CadSUS 30
RITAS 31
CID-10 32
CNES 33
Sistemas Financeiros 34
SGIF 34
SIOPS 35
SISPPI 36
SISPLAM 37
Aplicativos de Apoio 38
Caderno 38
TabNet 39
TabWin 40
FormSUS 41
Sistemas de Eventos Vitais 42
SIM/SINASC 42
SCB 43
Sistemas Diversos 44
BFA 44
SISVAN 45
HIPERDIA 46
Integrador 47
PCV 48
SISNEP 49
SISPRENATAL 50
GAL 51
OuvidorSUS 52
SaúdeLEGIS 53
Farmácia Popular 54
SISPACTO 55
Outras informações 56

Vamos falar dos principais sistemas, o que são e para que serve. Falaremos sobre: SIASUS, SIHD, SIH-SUS, SISAIH01, SIAB, SINAN, CNES e SIM/SINASC, TabNet, TabWin e SIVAN. Todas as informações a seguir foram tiradas do manual do Ministério da Saúde: Cartilha de sistemas e aplicações desenvolvidas no Departamento de Informática do SUS, de 2007.

SIASUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

É o sistema de informações que gerencia os atendimentos ambulatoriais. Realiza captação, controle e pagamento dos procedimentos prestados no atendimento ao cidadão pelas unidades ambulatoriais credenciadas pelo Sistema Único de Saúde - SUS. Com processamento descentralizado, o SIASUS possui cinco submódulos: Importação do Cadastro, Orçamento, Produção, Crédito, e Geração de Banco de Dados.

Benefícios: disponibiliza aos gestores de saúde, pesquisadores e entidades da sociedade, informações sobre capacidade operacional dos prestadores de serviço (públicos e privados), orçamento e controle dos repasses dos recursos financeiros, custeio das Unidades Ambulatoriais e administração das atividades ambulatoriais a nível nacional.

Funcionalidades: coleta, processa e valida os dados apresentados pelas Unidades Prestadoras de Serviço; gera informações gerenciais às Secretarias de Saúde Municipais e Estaduais; calcula o valor da produção aprovada para cada Unidade Prestadora de Serviço; auxilia o pagamento em função da programação físico financeira; gera mensalmente informações para o crédito bancário; atualiza o banco de dados nacional do SUS (BD Nacional);

produz relatórios com informações detalhadas que auxiliam os processos de Controle, Avaliação e Auditoria; gera os arquivos compatíveis com diversos aplicativos como TABNet e TABWin.

Abrangência Federal, Estadual e Municipal

SIHD – Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado

O sistema é como uma ferramenta de gerenciamento dos atendimentos hospitalares, utilizada pelas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, seus distritos e regionais. Foi desenvolvido para realizar o controle e cálculo dos valores brutos dos atendimentos prestados ao cidadão durante seu período de internação , além de oferece aos gestores locais autonomia para fazerem o processamento e a gestão das informações de internação. Possui seis submódulos que são atualizados mensalmente: Configuração, Manutenção, Produção, Controle/Avaliação, Processamento e Relatórios.

Benefícios: é uma fonte de informação para tomada de decisão de gestores, que auxilia no planejamento de ações de saúde e atuação da Vigilância Sanitária e Epidemiologia; produz relatórios detalhados, com grande abrangência de utilização pela equipe de controle do processamento e pela equipe de gestão do atendimento (controle, avaliação e auditoria).

Funcionalidades: é um programa o orçamento para cada estabelecimento, inclusive separando média e alta complexidade por especialidade; facilita a análise das duplicidades, permitindo várias agregações, visualizando os motivos de bloqueio e o responsável pela ação; possibilita aos auditores o bloqueio, o cancelamento e a liberação das Autorizações de Internação Hospitalar - AIH no próprio sistema; atualiza, mensalmente, o Banco de Dados Nacional do SUS (BD Nacional); e gera os arquivos compatíveis com diversos aplicativos como TABNet e TABWin.

Abrangência Federal, Estadual e Municipal

SIH-SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS

Contém informações sobre o pagamento dos serviços hospitalares prestados pelo Sistema Único de Saúde, por meio da captação de dados das Autorizações de Internação Hospitalar - AIH. Suas informações facilitam as atividades de controle, avaliação e vigilância epidemiológica, em âmbito nacional, e estão disponíveis para consulta, por meio de outros sistemas desenvolvidos pelo Departamento de Informática do SUS - DATASUS gerados a partir do processamento da AIH: BDAIH, VALAIH, CDROM, MS-BBS – todos disponibilizados via Internet.

Benefícios: é uma fonte de informação para tomada de decisão assim como o Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado - SIHD.

Funcionalidades: possibilita a avaliação do desempenho e condições sanitárias, por meio das taxas de óbito e de infecção hospitalar informadas no sistema; e fornece informações para a programação do orçamento dos estabelecimentos

Abrangência Federal, Estadual e Municipal

SISAIH01 - Sistema Gerador do Movimento das Unidades Hospitalares

É um sistema descentralizado e utilizado, mensalmente, pelas unidades hospitalares para transcrição dos dados das Autorizações de Internações Hospitalares - AIH e envio dos dados às secretarias de saúde. Os dados transcritos no sistema são importados para o Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado - SIHD, no qual são processados e validados.

Benefícios: otimiza a digitação e remessa de dados.

Funcionalidade: emite relatórios gerenciais; e possibilita auditoria nas internações indevidas antes do efetivo pagamento.

Abrangência Federal, Estadual e Municipal

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

Esse sistema foi implantado para acompanhar as ações e os resultados das atividades realizadas pelas equipes do Programa Saúde da Família (PSF) . O SIAB foi desenvolvido como instrumento gerencial dos Sistemas Locais de Saúde e incorporou em sua formulação conceitos como o território, problema e responsabilidade sanitária. Por meio dele obtêm-se informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde. É o principal instrumento de monitoramento das ações do Programa Saúde da Família, tem sua gestão na Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS).

Benefícios: é uma micro espacialização de problemas de saúde e de avaliação de intervenções; utilização mais ágil e oportuna da informação; produção de indicadores capazes de cobrir todo o ciclo de organização das ações de saúde; consolidação progressiva da informação partindo de níveis menos agregados para mais agregados.

Funcionalidades: cadastros de famílias; condições de moradia e saneamento; situação de saúde; produção e marcadores; composição das Equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde.

Abrangência Federal, Estadual e Municipal

SINAN - Sistema de Informações de Agravos de Notificação

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN tem como objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, por meio de uma rede informatizada, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória, contribuindo desta forma para a tomada de decisão por parte dos gestores do Sistema Único de Saude - SUS.

Benefícios: realiza diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população; monitora a saúde da população; prevê a ocorrência de eventos; fornece subsídios para explicações causais; indica riscos aos quais as pessoas estão sujeitas; auxilia o planejamento da saúde; define prioridades de intervenção; avalia o impacto das intervenções.

Funcionalidades: possibilita a entrada de dados de notificações e investigações para os agravos de notificação compulsória; e permite a inclusão de notificações com ou sem conclusão do caso para agravos de interesse nacional.

Abrangência Federal, Estadual e Municipal

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

O CNES é a base operacional e gerencial dos dados de estabelecimentos e de profissionais da saúde do Sistema Único de Saúde - SUS. O cadastro constitui ponto fundamental para a elaboração da programação, controle e avaliação da assistência hospitalar e ambulatorial no país, garantindo a correspondência entre a capacidade operacional das entidades vinculadas ao SUS e o pagamento pelos serviços prestados. Também disponibiliza informações das atuais condições de infraestrutura de funcionamento dos estabelecimentos de saúde em todas as esferas, Federal, Estadual e Municipal.

Benefícios: auxilia o planejamento em saúde, em todos os níveis do governo; disponibiliza informações de infraestrutura, tipo de atendimento prestado, serviços especializados, leitos e profissionais de saúde existentes nos estabelecimentos de saúde.

Funcionalidades: seu cadastro atua como base para os seguintes sistemas: Sistema de Informação Ambulatorial - SIASUS; Sistema de Informação Hospitalar - SIHSUS; Cartão Nacional de Saúde; Sistema de Informação de Regulação - SISREG III; Sistema de Informação da Programação Pactuada e Integrada - SISPPI; Sistema de Informações da Agência de Vigilância Sanitária - Anvisa; Sistema de Informações da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS; Gerenciador de Informações Locais - GIL.

Abrangência Federal, Estadual e Municipal

TabNet - Tabulação via Internet/Intranet

Ferramenta que realiza tabulações rápidas sobre os dados dos sistemas de informação do Sistema Único de Saúde - SUS, diretamente na Internet ou em Intranets. Permite ao usuário, por exemplo, delinear o perfil de morbimortalidade da população assistida pelo SUS, possibilitando assim a visualização da informação de forma imediata.

Benefícios: apoia ações de saúde, na construção dos índices e indicadores de produção de serviços, de características epidemiológicas (incidência de doenças e mortalidade) e dos aspectos demográficos de interesse (educação, saneamento, renda etc.) - por estado e município. auxilia o planejamento e a programação de serviços, avaliação e tomada de decisões relativas à alocação e distribuição de recursos; proporciona maior transparência nas informações em saúde, para gestores, pesquisadores e para o controle social, à medida que Estados e Municípios podem disponibilizar seus dados, com maior grau de detalhamento, nos seus próprios sítios.

Funcionalidades: oferece interface simples de interação com o usuário; requer somente a conexão com a internet e o navegador, dispensando download de arquivos ou maior capacidade de processamento; concatena logicamente arquivos de anos ou meses diferentes produzindo séries históricas dos dados; exporta dados para planilhas de cálculo ou para o TabWin.

TabWin - Tabulação para Windows

O TabWin é um tabulador de uso geral, bastante utilizado para realizar tabulações com dados provenientes dos sistemas de informações do Sistema Único de Saúde – SUS. Desenvolvido para atender às necessidades da área da Saúde, na obtenção de informações, o sistema também manipula dados que geram cruzamentos dando

uma visão exata da situação de saúde no território analisado. Ele permite ao usuário, por exemplo, delinear o perfil de morbimortalidade da população assistida pelo SUS, bem como associar essas tabulações às feições gráficas de uma base cartográfica, possibilitando assim, uma avaliação espacial e visualização da informação de forma imediata.

Benefícios: apoia ações de saúde, na construção dos índices e indicadores de produção de serviços, de características epidemiológicas (incidência de doenças, agravos e mortalidade) e dos aspectos demográficos de interesse (educação, saneamento, renda etc.), por estado e município; auxilia o planejamento e a programação de serviços, avaliação e tomada de decisões relativas à alocação e distribuição de recursos; permite detalhamento de dados em nível de Unidade de Saúde.

Funcionalidades: permite a inclusão de novas definições de arquivos e de tabelas de conversão de variáveis sem alterar o programa, de maneira a permitir que, no campo, as equipes técnicas das secretarias de saúde o utilizem para realizar tabulações de outros tipos de banco de dados (DBF, CSV, SDF, XML); possibilita a produção de séries históricas dos dados com arquivos de anos ou meses diferentes; integram em uma mesma planilha dados de bases diferentes e cálculos de indicadores, além de produzir gráficos e mapas; permite associação das tabelas geradas a mapas e gráficos, possibilitando análises gerenciais e espaciais; permite a visualização de fluxos de atendimentos realizados entre estados e entre municípios, apoiando o processo de regionalização da assistência à saúde; possibilita tabulações a partir de bancos de dados relacionais (TabWin SQL), aumentando a capacidade de geração de consultas e relatórios por usuários locais.

SIM / SINASC - Sistemas de Informações sobre Mortalidade e Nascidos Vivos

Os sistemas SIM e o SINASC foram desenvolvidos para a obtenção regular de dados sobre mortalidade de forma abrangente e confiável, e de dados sobre nascidos vivos, por meio de documento legal de registro (Declaração de Óbito e Declaração de Nascido Vivo). A partir dessas informações, produzem estatísticas e indicadores de saúde, que permitem estudos não apenas do ponto de vista estatístico e epidemiológico, como também sociodemográfico.

Benefícios: agiliza a coleta, a transmissão e a análise de informações sobre mortalidade e nascidos vivos; gera estatísticas e relatórios gerenciais que contribuem, de forma definitiva, para a adoção de estratégias que ajudem no controle dos casos de óbitos e no controle da natalidade; atende às necessidades da Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS, estando em conformidade com sua área técnica; acelera o processo de consolidação dos dados na esfera Federal.

Funcionalidades: registra informações sobre mortalidade e natalidade; valida as informações auxiliando na melhoria da qualidade dos dados; controla a distribuição de documentos legal de registro, Declaração de Óbito e Declaração de Nascido Vivo; transmite informações em arquivos padronizados, mantendo a informação atualizada automaticamente após o envio no nível municipal, estadual e federal; gera estatística e relatórios gerenciais.

Abrangência Federal, Estadual, Regional e Municipal

SCB - Sistema de Causa Básica

Foi desenvolvido para identificar a causa básica de morte do atestado de óbito informado pelo médico por meio da Declaração de Óbito. Opera com as regras de negócio contidas no Volume III da CID 10 e de acordo com as decisões sobre codificações publicadas no Boletim Informativo do CBCD, adotando integralmente a Tabela de Decisões CDC, modificada para Tabela Brasileira de Decisões.

Benefícios: atualização das decisões sobre as causalidades feitas pela equipe técnica responsável; facilidade de interligação entre outros softwares por ser desenvolvido no padrão DLL.

Funcionalidades: fácil interação com o usuário; acesso via rede sem necessidade de instalação em todos os pontos de acesso; a alteração do atestado pode ser realizada a qualquer momento; exibição das regras utilizadas pelo sistema para identificar a causa básica.

Abrangência Federal, Estadual, Regional e Municipal

SISVAN - Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional

O SISVAN foi criado para o acompanhamento das condições de nutrição e alimentação de toda a população, inclusive dos beneficiários do programa Bolsa Família. O objetivo é subsidiar o planejamento e a avaliação de políticas, programas e intervenções, para tornar possível a melhora dos padrões de consumo alimentar e o estado nutricional da população.

Benefícios: permite avaliação nutricional de todas as fases do ciclo de vida (criança, adolescente, adulto, gestante e idoso); contribui para a análise das causas e fatores associados à determinada situação, permitindo seleção de medidas preventivas; descreve de maneira contínua tendências e determinantes (na área alimentar e nutricional), caracterizando áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco; facilita a tomada de decisão por parte dos governos, em relação à prioridade e disponibilidade de recursos necessários ao desenvolvimento normal e emergencial de cada região;

Funcionalidades: importa dados de usuários dos cadastros nacionais CadSus e Cadunico; permite a vinculação dos usuários às micro áreas do Programa de Agentes Comunitários de Saúde / Programa de Saúde da Família - PACS/PSF; permite a impressão de mapas de acompanhamento por micro área e/ou bairro; registra os dados informados dos estados nutricionais da população atendida no município; possibilita o monitoramento dos programas nutricionais e avalia sua efetividade com base nas informações apresentadas; apresenta dados consolidados das informações coletadas nos municípios nos três níveis de gestão – Federal, Estadual e Municipal.

RDC 63, de 25 de novembro de 2011

O Estudo de uma resolução é bem "chatinha", pois você vai encontrar muitas definições e "regras" a serem seguidas em determinado ramo. Por exemplo, na resolução em estudo iremos ver definições e "regras" de boas práticas para os serviços assistenciais de saúde. Como você pode estudar de forma mais eficaz e prática? Lendo várias vezes a resolução, não é para decorar, mas você precisa ter um conhecimento básico. O que a banca pode fazer é colocar uma definição e nas alternativas palavras relacionada a definição do enunciado. Então, aqui na aula vou colocar os pontos mais importantes, mas você deve ler a resolução e nas revisões reler.

Quem elabora a RDC é a Diretoria Colegiada da Anvisa. Nesta RDC 63 trata do regulamento técnico sobre os requisitos de Boas Práticas para Funcionamento de Serviços de Saúde. O objetivo é estabelecer requisitos de Boas

Práticas para funcionamento de serviços de saúde, fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão, e na redução e controle de riscos aos usuários e meio ambiente, e se aplica a todos os serviços de saúde no país, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.

Vamos ver algumas definições que a resolução traz.

I – garantia da qualidade: totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos, para os fins a que se propõem;

II - gerenciamento de tecnologias: procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de garantir a rastreabilidade, qualidade, eficácia, efetividade, segurança e em alguns casos o desempenho das tecnologias de saúde utilizadas na prestação de serviços de saúde;

III - humanização da atenção e gestão da saúde: valorização da dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão da saúde, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas, garantindo o acesso dos usuários às informações sobre saúde;

IV – licença atualizada: documento emitido pelo órgão sanitário competente dos Estados, Distrito Federal ou dos Municípios, contendo permissão para o funcionamento dos estabelecimentos que exerçam atividades sob regime de vigilância sanitária;

V - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS): documento que aponta e descreve as ações relativas ao manejo dos resíduos sólidos, observadas suas características e riscos, no âmbito dos estabelecimentos de saúde;

VI - política de qualidade: refere-se às intenções e diretrizes globais relativas à qualidade, formalmente expressa e autorizada pela direção do serviço de saúde;

VII - profissional legalmente habilitado: profissional com formação superior ou técnica com suas competências atribuídas por lei;

VIII - prontuário do paciente: documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registrados, gerados a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada;

IX - relatório de transferência: documento que deve acompanhar o paciente em caso de remoção para outro serviço, contendo minimamente dados de identificação, resumo clínico com dados que justifiquem a transferência e descrição ou cópia de laudos de exames realizados, quando existentes;

X - responsável técnico - RT: profissional de nível superior legalmente habilitado, que assume perante a vigilância sanitária a responsabilidade técnica pelo serviço de saúde, conforme legislação vigente;

XI - segurança do Paciente: conjunto de ações voltadas à proteção do paciente contra riscos, eventos adversos e danos desnecessários durante a atenção prestada nos serviços de saúde.

XII - serviço de saúde: estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência à população na prevenção de doenças, no tratamento, recuperação e na reabilitação de pacientes.

Gerenciamento da Qualidade

Os serviços de saúde devem desenvolver ações no sentido de estabelecer uma política de qualidade envolvendo estrutura, processo e resultado na sua gestão dos serviços, além de usar a Garantia da Qualidade como ferramenta de gerenciamento.

Através das Boas Práticas de Funcionamento (BPF) que a Garantia da Qualidade assegura que os serviços sejam ofertados com padrões de qualidade adequados. As BPF são utilizadas para reduzir os riscos inerentes a prestação de serviço de saúde. Vamos ver o que determina as Boas Práticas de funcionamento:

I. o serviço de saúde deve ser capaz de ofertar serviços dentro dos padrões de qualidade exigidos, atendendo aos requisitos das legislações e regulamentos vigentes.

II - o serviço de saúde deve fornecer todos os recursos necessários, incluindo:

a) quadro de pessoal qualificado, devidamente treinado e identificado;

b) ambientes identificados;

c) equipamentos, materiais e suporte logístico; e

d) procedimentos e instruções aprovados e vigentes.

III - as reclamações sobre os serviços oferecidos devem ser examinadas, registradas e as causas dos desvios da qualidade, investigadas e documentadas, devendo ser tomadas medidas com relação aos serviços com desvio da qualidade e adotadas as providências no sentido de prevenir reincidências.

Segurança do paciente

Estratégias para garantir a segurança do paciente nos serviços assistenciais de saúde:

I. Mecanismos de identificação do paciente;

II. Orientações para a higienização das mãos;

III. Ações de prevenção e controle de eventos adversos relacionada à assistência à saúde;

IV. Mecanismos para garantir segurança cirúrgica;

V. Orientações para administração segura de medicamentos, sangue e hemocomponentes;

VI. Mecanismos para prevenção de quedas dos pacientes;

VII. Mecanismos para a prevenção de úlceras por pressão;

VIII. Orientações para estimular a participação do paciente na assistência prestada.

Condições Organizacionais

Deve possuir regimento interno ou documento equivalente, atualizado, com a definição e a descrição de todas as suas atividades técnicas, administrativas e assistenciais, responsabilidades e competências, licença

atualizada de acordo com a legislação sanitária local, afixada em local visível ao público. Os estabelecimentos integrantes da Administração Pública ou por ela instituídos independem da licença para funcionamento, ficando sujeitos às exigências pertinentes às instalações, aos equipamentos e à aparelhagem adequada e à assistência e responsabilidade técnicas. Os serviços e atividades terceirizadas pelos estabelecimentos de saúde devem possuir contrato de prestação de serviços, além da informação sobre a sua habilitação para atender serviços de saúde, quando couber. O serviço de saúde deve estar inscrito e manter seus dados atualizados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, possuir um responsável técnico (RT) e um substituto, e ser sempre notificado que houver alteração de responsável técnico ou de seu substituto.

O serviço de saúde deve prover infraestrutura física, recursos humanos, equipamentos, insumos e materiais necessários à operacionalização do serviço de acordo com a demanda, modalidade de assistência prestada e a legislação vigente. Também deve manter mecanismos que garantam a continuidade da atenção ao paciente quando houver necessidade de remoção ou para realização de exames que não existam no próprio serviço.

O serviço de saúde deve manter disponível, segundo o seu tipo de atividade, documentação e registro referente à:

I - Projeto Básico de Arquitetura (PBA) aprovado pela vigilância sanitária competente.

II - controle de saúde ocupacional;

III - educação permanente;

IV - comissões, comitês e programas;

V - contratos de serviços terceirizados;

VI - controle de qualidade da água;

VII - manutenção preventiva e corretiva da edificação e instalações;

VIII - controle de vetores e pragas urbanas;

IX - manutenção corretiva e preventiva dos equipamentos e instrumentos;

X - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;

XI - nascimentos;

XII - óbitos;

XIII - admissão e alta;

XIV - eventos adversos e queixas técnicas associadas a produtos ou serviços;

XV - monitoramento e relatórios específicos de controle de infecção;

XVI - doenças de Notificação Compulsória;

XVII - indicadores previstos nas legislações vigentes;

XVIII - normas, rotinas e procedimentos;

XIX - demais documentos exigidos por legislações específicas dos estados, Distrito Federal e municípios.

Prontuário do Paciente

É responsabilidade do profissional que fez o atendimento realizar o preenchimento do formulário do paciente, e a guarda do documento é de responsabilidade do serviço de saúde. Os prontuários devem ser mantidos em locais seguros, em boas condições de conservação e organização e de fácil acesso sempre que for preciso. O serviço de saúde deve garantir que o prontuário seja preenchido de forma legível por todos os profissionais envolvidos diretamente na assistência ao paciente, com aposição de assinatura e carimbo em caso de prontuário em meio físico.

Gestão de Pessoal

A equipe de saúde deve ser multiprofissional dimensionada de acordo com o perfil de demanda, além de manter o registro de formação e qualificação dos profissionais compatíveis com as funções desempenhadas. A documentação referente ao registro dos profissionais em conselhos de classe deve estar disponível nos serviços de saúde, junto com os demais documentos. As capacitações devem ser registradas contendo data, horário, carga horária, conteúdo ministrado, nome e a formação ou capacitação profissional do instrutor e dos trabalhadores envolvidos. Tais capacitação deve ser adaptada à evolução do conhecimento e a identificação de novos riscos e deve incluir:

I - os dados disponíveis sobre os riscos potenciais à saúde;

II - medidas de controle que minimizem a exposição aos agentes;

III - normas e procedimentos de higiene;

IV - utilização de equipamentos de proteção coletiva, individual e vestimentas de trabalho;

V - medidas para a prevenção de acidentes e incidentes;

VI - medidas a serem adotadas pelos trabalhadores no caso de ocorrência de acidentes e incidentes;

VII - temas específicos de acordo com a atividade desenvolvida pelo profissional.

Gestão de Infraestrutura

O serviço de saúde deve ter seu projeto básico de arquitetura atualizado, em conformidade com as atividades desenvolvidas e aprovado pela vigilância sanitária e demais órgãos competentes. As instalações prediais de água, esgoto, energia elétrica, gases, climatização, proteção e combate a incêndio, comunicação e outras existentes, devem atender às exigências dos códigos de obras e posturas locais, assim como normas técnicas pertinentes a cada uma das instalações. O serviço de saúde deve executar ações de gerenciamento dos riscos de acidentes inerentes às atividades desenvolvidas, possuir iluminação e ventilação compatíveis com o desenvolvimento das suas atividades, garantir qualidade da água necessária ao funcionamento de suas unidades, a limpeza dos reservatórios de água a cada seis meses e manter registro da capacidade e da limpeza periódica dos reservatórios de água.

Deve-se garantir a continuidade do fornecimento de água, mesmo em caso de interrupção do fornecimento pela concessionária, por meio de sistemas de energia elétrica de emergência, nos locais em que a energia elétrica é considerada insumo crítico.

Proteção à Saúde do Trabalhador

Para a proteção da saúde do trabalhador dos serviços de saúde, deve-se garantir mecanismos de orientação sobre imunização contra tétano, difteria, hepatite B e contra outros agentes biológicos a que os trabalhadores possam estar expostos, realizar avaliações periódicas em relação à saúde ocupacional mantendo registros desta avaliação. Os trabalhadores cuja função tenha risco de exposição a agentes biológicos, físicos ou químicos devem utilizar vestimenta adequada para o trabalho, incluindo calçados, compatíveis com o risco e em condições de conforto, fornecidas pelo serviço de saúde.

O fornecimento e o processamento das vestimentas utilizadas nos centros cirúrgicos e obstétricos, nas unidades de tratamento intensivo, nas unidades de isolamento e centrais de material esterilizado são de responsabilidade do estabelecimento de saúde. Os trabalhadores não devem deixar o local de trabalho com os equipamentos de proteção individual.

O Serviço de Saúde deve manter disponível a todos os trabalhadores:

I - Normas e condutas de segurança biológica, química, física, ocupacional e ambiental;

II - Instruções para uso dos Equipamentos de Proteção Individual – EPI;

III - Procedimentos em caso de incêndios e acidentes;

IV - Orientação para manuseio e transporte de produtos para saúde contaminados.

Gestão de Tecnologias e Processos

Em relação a gestão de tecnologias e processos, o serviço de saúde deve dispor de:

- normas, procedimentos e rotinas técnicas escritas e atualizadas.
- ambientes limpos, livres de resíduos e odores incompatíveis com a atividade
- disponibilidade dos equipamentos, materiais, insumos e medicamentos de acordo com a complexidade do serviço e necessários ao atendimento da demanda.
- realização do gerenciamento de suas tecnologias de forma a atender as necessidades do serviço mantendo as condições de seleção, aquisição, armazenamento, instalação, funcionamento, distribuição, descarte e rastreabilidade.
- garantir a qualidade dos processos de desinfecção e esterilização de equipamentos e materiais.
- garantir que todos os usuários recebam suporte imediato a vida quando necessário
- prestar assistência nutricional ou forneça refeições deve garantir a qualidade nutricional e a segurança dos alimentos.

Controle Integrado de Vetores e Pragas Urbanas

O controle químico, quando for necessário, deve ser realizado por empresa habilitada e possuidora de licença sanitária e ambiental e com produtos desinfetantes regularizados pela Anvisa. Não é permitido comer ou guardar alimentos nos postos de trabalho destinados à execução de procedimentos de saúde. O estabelecimento de saúde de garantir ações eficazes e contínuas de controle de vetores e pragas urbanas, com o objetivo de impedir a atração, o abrigo, o acesso e ou proliferação dos mesmos.

RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013

Esta resolução tem o objetivo de instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.

Definições

I - boas práticas de funcionamento do serviço de saúde: componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados;

II - cultura da segurança: conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde;

III - dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;

IV - evento adverso: incidente que resulta em danos à saúde;

V - garantia da qualidade: totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem;

VI - gestão de risco: aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional;

VII - incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde;

VIII - núcleo de segurança do paciente (NSP): instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente;

IX - plano de segurança do paciente em serviços de saúde: documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde;

X - segurança do paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde;

XI - serviço de saúde: estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, qualquer que seja o seu nível de complexidade, em regime de internação ou não, incluindo a atenção realizada em consultórios, domicílios e unidades móveis;

XII - tecnologias em saúde: conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infraestrutura e a organização do serviço de saúde.

Essas definições servem para "padronizar" o conceito desses termos usados no setor da saúde. Quando a resolução falar, por exemplo, em DANO você vai saber qual o conceito que a Anvisa (esta resolução) utiliza/aceita. Resoluções são como "manual de regras" onde está descrito procedimentos, boas práticas e condutas que devem

ser seguidas dentro de um estabelecimento de saúde, seja ele público ou privado. Quem faz a fiscalização para garantir o cumprimento da resolução é a Vigilância Sanitária.

Criação do Núcleo de Segurança do Paciente

O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) executará as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde e pode utilizar a estrutura de comitês, comissões, gerências, coordenações ou núcleos já existentes para o desempenho das atribuições do NSP.

Para o funcionamento sistemático e contínuo do NSP a direção do serviço de saúde deve disponibilizar:

I - recursos humanos, financeiros, equipamentos, insumos e materiais;

II - um profissional responsável pelo NSP com participação nas instâncias deliberativas do serviço de saúde.

Princípios e diretrizes do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP):

I - A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;

II - A disseminação sistemática da cultura de segurança;

III - A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;

IV - A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

Competências do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP):

I - promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;

II - desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;

III - promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;

IV - elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

V - acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

VI - implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;

VII - estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;

VIII - desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;

IX - analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

X - compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XI - notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XII- manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;

XIII - acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde

O Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP) serve para estabelecer as estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde para:

I - identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;

II - integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde; III - implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saude;

IV - identificação do paciente;

V - higiene das mãos;

VI - segurança cirúrgica;

VII - segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;

VIII - segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;

IX - segurança no uso de equipamentos e materiais;

X - manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;

XI - prevenção de quedas dos pacientes;

XII - prevenção de úlceras por pressão;

XIII - prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;

XIV- segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;

XV - comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;

XVI - estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.

XVII - promoção do ambiente seguro.

Monitoramento e notificação de eventos adversos

O monitoramento é feito pelo Núcleo de Segurança do Paciente, e a notificação de eventos adversos é realizada mensalmente pelo NSP, até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela Anvisa. Os eventos que evoluam (resultem) em morte do paciente, deverão ser notificados em até 72 (setenta e duas) horas a partir do momento do ocorrido.

A Anvisa tem a competência de:

I - monitorar os dados sobre eventos adversos notificados pelos serviços de saúde;

II - divulgar relatório anual sobre eventos adversos com a análise das notificações realizadas pelos serviços de saúde;

III - acompanhar, junto às vigilâncias sanitárias distrital, estadual e municipal as investigações sobre os eventos adversos que evoluíram para óbito.

Resolução Nº 553, de 9 de Agosto de 2017

O essencial é você ler a resolução inteira, porque ela possui mais conceitos. Farei da seguinte forma, aqui colocarei alguns pontos importantes da resolução. Não irei colocar todas as legislações, resoluções e decretos porque senão o material vai virar um livro e meu objetivo aqui é apontar o caminho para você caminhar sozinho. ok ? Vamos iniciar a resolução agora.

Primeira diretriz

Toda pessoa tem direito, em tempo hábil, ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde.

I - Cada pessoa possui direito de ser acolhida quando chegar ao serviço e conforme sua necessidade de saúde e especificidade, independentemente de senhas ou procedimentos burocráticos, respeitando as prioridades garantidas em Lei.

II - A promoção e a proteção da saúde devem estar relacionadas com as condições sociais, culturais e econômicas das pessoas, incluídos aspectos como:

a) segurança alimentar e nutricional;

b) saneamento básico e ambiental;

c) tratamento às doenças negligenciadas conforme cada região do País;

d) iniciativas de combate às endemias e doenças transmissíveis;

e) combate a todas as formas de violência e discriminação;

f) educação baseada nos princípios dos Direitos Humanos;

g) trabalho digno; e

h) acesso à moradia, transporte, lazer, segurança pública e previdência social.

Segunda diretriz

Toda pessoa tem direito ao atendimento integral, aos procedimentos adequados e em tempo hábil a resolver o seu problema de saúde, de forma ética e humanizada. É direito da pessoa ter atendimento adequado, inclusivo e acessível, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento, e para isso deve ser assegurado:

I - atendimento ágil, com estratégias para evitar o agravamento, com tecnologia apropriada, por equipe multiprofissional capacitada e com condições adequadas de atendimento;

II - disponibilidade contínua e acesso a bens e serviços de imunização conforme calendário e especificidades regionais;

III - que toda pessoa tem o direito de decidir se seus familiares e acompanhantes deverão ser informados sobre seu estado de saúde;

IV - o registro atualizado e legível no prontuário.

V - o acesso à anestesia em todas as situações em que for indicada, bem como a medicações e procedimentos que possam aliviar a dor e o sofrimento;

VI - o recebimento das receitas e prescrições terapêuticas;

VII- espaços de diálogo entre usuários e profissionais da saúde, gestores e defensoria pública sobre diferentes formas de tratamentos possíveis.

VIII - informações sobre o seu estado de saúde, de forma objetiva, respeitosa, compreensível, e em linguagem adequada a atender a necessidade da usuária e do usuário.

IX - a garantia do acesso à continuidade da atenção no domicílio, quando pertinente, com estímulo e orientação ao autocuidado que fortaleça sua autonomia e a garantia de acompanhamento em qualquer serviço que for necessário, extensivo à rede de apoio;

X - o encaminhamento para outros serviços de saúde deve ser por meio de um documento;

XI - o recebimento dos medicamentos, quando prescritos, que compõem a farmácia básica e, nos casos de necessidade de medicamentos de alto custo, deve ser garantido o acesso conforme protocolos e normas do Ministério da Saúde;

Terceira diretriz

Toda pessoa tem direito ao atendimento inclusivo, humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível. É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, garantindo-lhe:

I - identificação pelo nome e sobrenome civil, devendo existir em todo documento do usuário e usuária um campo para se registrar o nome social, independente do registro civil, sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas;

II - a identificação dos profissionais, por crachás visíveis, legíveis e por outras formas de identificação de fácil percepção;

III - nas consultas, nos procedimentos diagnósticos, preventivos, cirúrgicos, terapêuticos e internações;

IV - o atendimento agendado nos serviços de saúde, preferencialmente com hora marcada;

V - o direito a acompanhante, pessoa de sua livre escolha, nas consultas e exames;

VI - o direito a acompanhante, nos casos de internação, nas situações previstas em lei, assim como naqueles em que a autonomia da pessoa estiver comprometida, com oferta de orientação específica e adequada para os acompanhantes;

VII - o direito a visita diária não inferior a duas horas, preferencialmente, abertas em todas as unidades de internação, ressalvadas as situações técnicas não indicadas;

VIII - a continuidade das atividades escolares, bem como o estímulo à recreação, em casos de internação de criança ou adolescente;

IX - a informação a respeito de diferentes possibilidades terapêuticas de acordo com sua condição clínica, baseado em evidências e a relação custo-benefício da escolha de tratamentos, com direito à recusa, atestado pelo usuário ou acompanhante;

X - a escolha do local de morte;

XI - o direito à escolha de tratamento, quando houver, inclusive as práticas integrativas e complementares de saúde, e à consideração da recusa de tratamento proposto;

XII - o recebimento de visita, quando internado, de outros profissionais de saúde que não pertençam àquela unidade hospitalar sendo facultado a esse profissional o acesso ao prontuário;

XIII - a opção de marcação de atendimento pessoalmente, por telefone e outros meios tecnológicos disponíveis e acessíveis;

XIV - o recebimento de visita de religiosos de qualquer credo, sem que isso acarrete mudança da rotina de tratamento e do estabelecimento e ameaça à segurança ou perturbações a si ou aos outros;

XV - a não-limitação de acesso aos serviços de saúde por barreiras físicas, tecnológicas e de comunicação;

XVI - a espera por atendimento em lugares protegidos, limpos e ventilados, tendo a sua disposição água potável e sanitários, e devendo os serviços de saúde se organizarem de tal forma que seja evitada a demora nas filas;

XVII - soluções para que não haja acomodação de usuários em condições e locais inadequados.

Quarta diretriz

toda pessoa deve ter seus valores, cultura e direitos respeitados na relação com os serviços de saúde, sendo esses direitos garantidos por meio de:

I - escolha do tipo de plano de saúde que melhor lhe convier, de acordo com as exigências mínimas constantes da legislação e a informação pela operadora sobre a cobertura, custos e condições do plano que está adquirindo;

II - sigilo e a confidencialidade de todas as informações pessoais, mesmo após a morte, salvo nos casos de risco à saúde pública;

III - acesso da pessoa ao conteúdo do seu prontuário ou de pessoa por ele autorizada e a garantia de envio e fornecimento de cópia, em caso de encaminhamento a outro serviço ou mudança de domicílio;

IV - obtenção de laudo, relatório e atestado sempre que justificado por sua situação de saúde;

V - consentimento livre, voluntário e esclarecido, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo nos casos que acarretem risco à saúde pública, considerando que o consentimento anteriormente dado poderá ser revogado a qualquer instante, por decisão livre e esclarecida, sem que sejam imputadas à pessoa sanções morais, financeiras ou legais;

VI - pleno conhecimento de todo e qualquer exame de saúde admissional, periódico, de retorno ao trabalho, de mudança de função, ou demissional realizado e seus resultados;

VII - a indicação de sua livre escolha, a quem confiará a tomada de decisões para a eventualidade de tornar-se incapaz de exercer sua autonomia;

VIII - o recebimento ou a recusa à assistência religiosa, espiritual, psicológica e social;

IX - a liberdade, em qualquer fase do tratamento, de procurar segunda opinião ou parecer de outro profissional ou serviço sobre seu estado de saúde ou sobre procedimentos recomendados;

X - a não-participação em pesquisa que envolva ou não tratamento experimental sem que tenha garantias claras da sua liberdade de escolha e, no caso de recusa em participar ou continuar na pesquisa, não poderá sofrer constrangimentos, punições ou sanções pelos serviços de saúde;

XI - o direito de se expressar e ser ouvido nas suas queixas, denúncias, necessidades, sugestões e outras manifestações por meio das ouvidorias, urnas e qualquer outro mecanismo existente, sendo sempre respeitado na privacidade, no sigilo e na confidencialidade; e

XII - a participação nos processos de indicação e eleição de seus representantes nas Conferências, nos Conselhos de Saúde e nos Conselhos Gestores da Rede SUS.

Quinta diretriz

Toda pessoa tem responsabilidade e direitos para que seu tratamento e recuperação sejam adequados e sem interrupção, para isso deverão:

I - prestar informações apropriadas nos atendimentos, nas consultas e nas internações;

II - expressar se compreendeu as informações e orientações recebidas e, caso ainda tenha dúvidas, solicitar esclarecimento sobre elas;

III - seguir o plano de tratamento proposto pelo profissional ou pela equipe de saúde responsável pelo seu cuidado, que deve ser compreendido e aceito pela pessoa que também é responsável pelo seu tratamento;

IV - informar ao profissional de saúde ou à equipe responsável sobre qualquer fato que ocorra em relação a sua condição de saúde;

V - assumir a responsabilidade formal pela recusa a procedimentos, exames ou tratamentos recomendados e pelo descumprimento das orientações do profissional ou da equipe de saúde;

VI - contribuir para o bem-estar de todas e todos nos serviços de saúde, evitar ruídos, uso de fumo e derivados do tabaco e bebidas alcoólicas, colaborar com a segurança e a limpeza do ambiente;

VII - adotar comportamento respeitoso e cordial com as demais pessoas que usam ou que trabalham no estabelecimento de saúde;

VIII - realizar exames solicitados, buscar os resultados e apresentá-los aos profissionais dos serviços de saúde;

IX - ter em mão seus documentos e, quando solicitados, os resultados de exames que estejam em seu poder;

X - cumprir as normas dos serviços de saúde que devem resguardar todos os princípios desta Resolução;

XI - adotar medidas preventivas para situações de sua vida cotidiana que coloquem em risco a sua saúde e da comunidade;

XII - comunicar aos serviços de saúde, às ouvidorias ou à vigilância sanitária irregularidades relacionadas ao uso e à oferta de produtos e serviços que afetem a saúde em ambientes públicos e privados;

XIII - desenvolver hábitos, práticas e atividades que melhorem a sua saúde e qualidade de vida;

XIV - comunicar à autoridade sanitária local a ocorrência de caso de doença transmissível, quando a situação requerer o isolamento ou quarentena da pessoa ou quando a doença constar da relação do Ministério da Saúde; e

XV - não dificultar a aplicação de medidas sanitárias, bem como as ações de fiscalização sanitária.

Sexta diretriz

Toda pessoa tem direito à informação sobre os serviços de saúde e aos diversos mecanismos de participação, isso inclui a informação, com linguagem e meios de comunicação adequados sobre:

I - o direito à saúde, o funcionamento dos serviços de saúde e o SUS;

II - os mecanismos de participação da sociedade na formulação, acompanhamento e fiscalização das políticas e da gestão do SUS;

III - as ações de vigilância à saúde coletiva compreendendo a vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental;

IV - a interferência das relações e das condições sociais, econômicas, culturais, e ambientais na situação da saúde das pessoas e da coletividade.

Sétima diretriz

Toda pessoa tem direito a participar dos Conselhos e Conferências de Saúde e de exigir que os gestores cumpram os princípios anteriores. Os gestores do SUS, das três esferas de governo, para observância dessas diretrizes, comprometem-se a:

I - promover o respeito e o cumprimento desses direitos e deveres, com a adoção de medidas progressivas, para sua efetivação;

II - adotar as providências necessárias para subsidiar a divulgação desta Resolução, inserindo em suas ações as diretrizes relativas aos direitos e deveres das pessoas;

III - incentivar e implementar formas de participação dos trabalhadores e usuários nas instâncias e participação de controle social do SUS;

IV - promover atualizações necessárias nos regimentos e estatutos dos serviços de saúde, adequando-os a esta Resolução;

V - adotar estratégias para o cumprimento efetivo da legislação e das normatizações do SUS;

VI - promover melhorias contínuas, na rede SUS, como a informatização para implantar o Cartão SUS e o Prontuário Eletrônico;

Oitava diretriz

Os direitos e deveres dispostos nesta Resolução constituem a Carta dos Direitos Usuária da Saúde. A Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde será disponibilizada nos serviços do SUS e conselhos de saúde por meios acessíveis e na internet.

Diretrizes da Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde

- **Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.**
- **Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.**
- **Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.**
- **Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.**
- **Todo cidadão também tem responsabilidade para que seu tratamento aconteça da forma adequada.**

Resolução Nº 453, de 10 de Maio de 2012

- Conselho de Saúde Primeira Diretriz : o Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei no 8.142/90.

O processo bem-sucedido de descentralização da saúde promoveu o surgimento de Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. Assim, os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde.

Segunda Diretriz: a instituição dos Conselhos de Saúde é estabelecida por lei federal, estadual, do Distrito Federal e municipal, obedecida a Lei no 8.142/90.

Organização dos Conselhos de Saúde: a participação da sociedade organizada, garantida na legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. A legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde será composto por representantes de entidades, instituições e

movimentos representativos de usuários, de entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, do governo e de entidades representativas de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária. Nos Municípios onde não existem entidades, instituições e movimentos organizados em número suficiente para compor o Conselho, a eleição da representação será realizada em plenária no Município, promovida pelo Conselho Municipal de maneira ampla e democrática.

I - O número de conselheiros será definido pelos Conselhos de Saúde e constituído em lei.

II - As Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma:

a)50% de entidades e movimentos representativos de usuários;

b)25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde;

c)25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

III - A participação de órgãos, entidades e movimentos sociais terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto da sociedade, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde. De acordo com as especificidades locais, aplicando o princípio da paridade;

IV - As entidades, movimentos e instituições eleitas no Conselho de Saúde terão os conselheiros indicados, por escrito, conforme processos estabelecidos pelas respectivas entidades, movimentos e instituições e de acordo com a sua organização, com a recomendação de que ocorra renovação de seus representantes;

V - Recomenda-se que, a cada eleição, os segmentos de representações de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços, ao seu critério, promovam a renovação de, no mínimo, 30% de suas entidades representativas.

VI - A representação nos segmentos deve ser distinta e autônoma em relação aos demais segmentos que compõem o Conselho, por isso, um profissional com cargo de direção ou de confiança na gestão do SUS, ou como prestador de serviços de saúde não pode ser representante dos(as) Usuários(as) ou de Trabalhadores(as).

VII - A ocupação de funções na área da saúde que interfiram na autonomia representativa do Conselheiro(a) deve ser avaliada como possível impedimento da representação de Usuário(a) e Trabalhador(a), e, a juízo da entidade, indicativo de substituição do Conselheiro(a).

VIII - A participação dos membros eleitos do Poder Legislativo, representação do Poder Judiciário e do Ministério Público, como conselheiros, não é permitida nos Conselhos de Saúde.

IX - Quando não houver Conselho de Saúde constituído ou em atividade no Município, caberá ao Conselho Estadual de Saúde assumir, junto ao executivo municipal, a convocação e realização da Conferência Municipal de Saúde, que terá como um de seus objetivos a estruturação e composição do Conselho Municipal. O mesmo será atribuído ao Conselho Nacional de Saúde, quando não houver Conselho Estadual de Saúde constituído ou em funcionamento.

X - As funções, como membro do Conselho de Saúde, não serão remuneradas, considerando-se o seu exercício de relevância pública e, portanto, garante a dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro. Para fins de justificativa junto aos órgãos, entidades competentes e instituições, o Conselho de Saúde emitirá

declaração de participação de seus membros durante o período das reuniões, representações, capacitações e outras atividades específicas.

XI - O conselheiro, no exercício de sua função, responde pelos seus atos conforme legislação vigente.

Estrutura e Funcionamento: as três esferas de Governo garantirão autonomia administrativa para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, autonomia financeira e organização da secretaria-executiva com a necessária infraestrutura e apoio técnico:

I - cabe ao Conselho de Saúde deliberar em relação à sua estrutura administrativa e o quadro de pessoal;

II - o Conselho de Saúde contará com uma secretaria-executiva coordenada por pessoa preparada para a função, para o suporte técnico e administrativo, subordinada ao Plenário do Conselho de Saúde, que definirá sua estrutura e dimensão;

III - o Conselho de Saúde decide sobre o seu orçamento;

IV - o Plenário do Conselho de Saúde se reunirá, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário, e terá como base o seu Regimento Interno. A pauta e o material de apoio às reuniões devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência mínima de 10 (dez) dias;

V - as reuniões plenárias dos Conselhos de Saúde são abertas ao público e deverão acontecer em espaços e horários que possibilitem a participação da sociedade;

VI - o Conselho de Saúde exerce suas atribuições mediante o funcionamento do Plenário, que, além das comissões intersetoriais, estabelecidas na Lei no 8.080/90, instalará outras comissões intersetoriais e grupos de trabalho de conselheiros para ações transitórias. As comissões poderão contar com integrantes não conselheiros;

VII - o Conselho de Saúde constituirá uma Mesa Diretora eleita em Plenário, respeitando a paridade expressa nesta Resolução;

VIII - as decisões do Conselho de Saúde serão adotadas mediante quórum mínimo (metade mais um) dos seus integrantes, ressalvados os casos regimentais nos quais se exija quórum especial, ou maioria qualificada de votos;

IX - qualquer alteração na organização dos Conselhos de Saúde preservará o que está garantido em lei e deve ser proposta pelo próprio Conselho e votada em reunião plenária, com quórum qualificado, para depois ser alterada em seu Regimento Interno e homologada pelo gestor da esfera correspondente;

X - a cada três meses, deverá constar dos itens da pauta o pronunciamento do gestor, das respectivas esferas de governo, para que faça a prestação de contas, em relatório detalhado, sobre andamento do plano de saúde, agenda da saúde pactuada, relatório de gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias iniciadas e concluídas no período, bem como a produção e a oferta de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada, de acordo com o art. 12 da Lei no 8.689/93 e com a Lei Complementar no 141/2012;

XI - os Conselhos de Saúde, com a devida justificativa, buscarão auditorias externas e independentes sobre as contas e atividades do Gestor do SUS; e

XII - o Pleno do Conselho de Saúde deverá manifestar-se por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos.

As resoluções serão obrigatoriamente homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo, em um prazo de 30 (trinta) dias, dando-se lhes publicidade oficial. Decorrido o prazo mencionado e não sendo homologada a resolução e nem enviada justificativa pelo gestor ao Conselho de Saúde com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na reunião seguinte, as entidades que integram o Conselho de Saúde podem buscar a validação das resoluções, recorrendo à justiça e ao Ministério Público, quando necessário.

Aqui finalizamos nossa aula! Foi bastante coisa né? Mas eu me preocupei em trazer as informações mais importantes e relevantes para a sua preparação. Fique à vontade para ler outros textos e aprofundar seu estudo. Agora chegou a hora de praticar!! Preparado? As questões foram selecionadas de acordo com a banca do concurso e também de outras bancas. As questões de outras bancas têm o objetivo de treinar o assunto, então, não se preocupe com a banca que está descrita no exercício, preocupe-se com o conteúdo e em acertar a questão.

Questões comentadas

1) (IBFC - 2013 - SEPLAG-MG – Psicologia) Com base nos preceitos constitucionais, a construção do SUS-Sistema Único de Saúde foi norteada pelos princípios da:

a) Universalidade que dá garantia de atenção à saúde mental ao usuário do serviço que necessitar;

b) Equidade apontando que todo usuário do serviço de saúde deve ser tratado diferencialmente perante o SUS;

c) Indivisibilidade das unidades de prestação de serviços que formam um todo capaz de prestar atenção básica a saúde;

d) Integralidade que demonstra que a atenção a saúde deve considerar as necessidades específicas da pessoa e grupos, ainda que minoritário em relação ao total da população.

Comentário:

Para respondermos essa questão, iremos analisar cada alternativa pois assim já revisamos o assunto.

a) A universalidade é o princípio que trata do acesso a toda a população sem qualquer discriminação ou preconceitos. Errado

b) Equidade é o princípio relacionado ao atendimento de acordo com a necessidade de cada uma, é tratar desiguais de forma desigual e os iguais de forma igual. Errado

c) Unidades de prestação de serviço que formam um todo é rede de atenção à saúde. Errado

d) A integralidade vê a saúde como um todo, dessa forma demonstra que a atenção à saúde deve considerar as necessidades específicas da pessoa e grupos. Certo

Gabarito: "d"

---

2) (IBFC - 2016 - EBSERH - Enfermeiro (HUAP-UFF) Considerando o texto da lei 8080/90, a assistência sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie corresponde a um dos princípios do SUS, que é a (o):

a) Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.

b) Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral

c) Integralidade de assistência.

d) Igualdade da assistência à saúde.

e) Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde.

Comentário:

Questãozinha fácil de responder. Quando eu falo de assistência sem preconceitos u privilégios de qualquer espécie, eu estou querendo dizer que todos serão tratados de forma "igual". O respeito, a dignidade da pessoa humana, e a oferta dos serviços públicos de saúde serão prestados e oferecidos de forma igual para todos, sem depender de qualquer condição ou fator sociocultural. Dessa forma, o enunciado está se referindo ao princípio da igualdade. Quer conferir ? Leia o artigo 7 da lei 8.080/90.

Gabarito: "d"

---

3) (IBFC - 2013 - ILSL - Auxiliar de Saúde) Entre os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, ***não*** se inclui:

a) Igualdade da assistência à saúde.

b) Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral.

c) Distribuição de renda

d) Descentralização político-administrativa.

Comentário:

O SUS rege-se pelos seguintes princípios e diretrizes: atenção integral, descentralização, participação da comunidade, universalização, equidade, integralidade etc. Na nossa questão, a única alternativa que não é um princípio nem uma diretriz do SUS é a letra C – distribuição de renda.

A "b" está correta, pois está falando do princípio da integralidade, a pessoa ser tratada como um todo.

Gabarito: "c"

---

4) (IBFC - 2016 - EBSERH - Enfermeiro (HUPEST-UFSC) A universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência é um dos princípios do SUS. O decreto presidencial 7.508 de 2011 expressa que: o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia:

a) Necessariamente pela Atenção Primária, pelas Unidades de Saúde da Família

b) Necessariamente pela Atenção Primária, pelas Unidades de Saúde da Família ou Unidades Básicas de Saúde

c) Pela Atenção Primária ou pelas Unidades de Urgência ou Emergência apenas

d) Pelas Portas de Entrada do Sistemas, nelas incluídos os serviços de Atenção psicossocial

e) Pela Atenção Primária apenas, ou excepcionalmente pelos serviços especiais de acesso aberto

Comentário:

Apesar de muitos acreditarem que o acesso o acesso aos serviços de saúde inicia-se pela atenção primária, na verdade, de acordo com o decreto 7.508/2011, o acesso aos serviços se inicia-se pelas portas de Entrada do Sistemas que não é só a atenção primária, mas qualquer nível de atenção, inclusive a atenção psicossocial também pode ser uma porta de entrada.

Com isso, o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde inicia-se pelas portas de entradas do sistema, nelas incluídos os serviços de atenção psicossocial.

Gabarito: "d"

5) (IBFC - 2013 - HEMOMINAS - Auxiliar Administrativo) Um dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde-SUS, de:

a) Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral.

b) Humanização da Assistência, em todos os níveis.

c) Saúde da família, como estratégia de organização da Atenção básica.

d) Gratuidade

Comentário:

O enunciado está pedindo a alternativa que é um princípio. A Humanização refere-se a uma política do SUS e a Saúde da Família refere-se a um programa criado pelo Ministério da Saúde com o objetivo de promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como falta de atividade física, má alimentação, uso de tabaco, dentre outros.

A gratuidade não é um princípio expresso, sabemos que o acesso aos serviços públicos de saúde é gratuito por causa do princípio da universalidade, mas gratuidade em si não é um princípio. Portanto, a único que alternativa que corresponde a um princípio do SUS é a Preservação da autonomia da pessoa na defesa de sua integridade física e moral.

*"**ART.7º** AS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE E OS SERVIÇOS PRIVADOS CONTRATADOS OU CONVENIADOS QUE INTEGRAM O SUS, SÃO DESENVOLVIDOS DE ACORDO COM AS DIRETRIZES PREVISTAS NO ART. 198 DA CF, OBEDECENDO AINDA AOS SEGUINTES PRINCÍPIOS:*

***III - PRESERVAÇÃO DA AUTONOMIA DAS PESSOAS** NA DEFESA DE SUA INTEGRIDADE FÍSICA E MORAL;"*

Gabarito: "a"

6) (IBFC - 2013 - HEMOMINAS - Técnico de Enfermagem) Os transplantes de medula óssea são procedimentos de alta complexidade e custo e que consomem importante montante dos recursos do SUS, beneficiando um número relativamente pequeno de pessoas. Ao assumir o financiamento desses procedimentos o setor público age de acordo com um princípio do SUS , que é a:

a) Integralidade.

b) Universalidade.

c) Equidade.

d) Hierarquização.

Comentário:

Vamos lá. Os transplantes de medula óssea são procedimentos realizados em qualquer usuário ou somente para aqueles que realmente precisam ? São realizados somente para os que precisam, ou seja, nessa situação o SUS está beneficiando apenas uma parcela pequena de pessoas, as que realmente precisam. Mas isso traz prejuízo para as outras pessoas ? Não, pois o SUS está tratando os desiguais de forma desigual, está oferecendo o

atendimento de acordo com a necessidade de cada um, de acordo com aquilo que a pessoa precisa para continuar viva.

Com isso, os transplantes de medula óssea respeitam o princípio da **Equidade**.

Gabarito: "c"

---

7) (IBFC - 2013 - HEMOMINAS - Psicólogo Clínico) O Sistema único de Saúde (SUS), criado pela Lei 8.080 de 1990, disponibilizou a partir de sua criação, atendimento em saúde para todo e qualquer cidadão brasileiro. Com relação ao SUS, considere as afirmações abaixo e responda:

I. Está incluída no campo de atuação do SUS a execução de ações de vigilância sanitária. II. O princípio da universalidade é entendido como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. III. As ações e serviços de saúde executados pelo SUS são organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente. IV. A iniciativa privada pode participar do Sistema Único de Saúde - SUS, em caráter complementar.

a) Todas as afirmações estão incorretas.

b) Estão incorretas as afirmações II e III.

c) Estão corretas apenas as afirmações I, III e IV.

d) Estão corretas as afirmações I, II, III e IV.

Comentário:

Vamos analisar cada afirmativa e depois marcaremos a alternativa que traz as corretas.

I – Correto. As ações da vigilância sanitária fazem parte do Sistema Único de Saúde.

II – Errado. Quando se fala em articulação em todos os níveis de complexidade do sistema, está referindo-se à integralidade e não a universalidade.

III – Certo. O serviço público de saúde é organizado de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente (atenção básica – média – alta complexidade).

IV - Certo. A iniciativa privada participa do SUS em caráter **complementar**.

Estão corretas as afirmativas: **I, III e IV.**

Gabarito: "c"

---

8) (IBFC - 2013 - HEMOMINAS - Assistente Social) A lei 8080/90 define os princípios e diretrizes do SUS (Sistema Único de Saúde). A esse respeito é incorreto afirmar que:

a) Devem-se organizar os serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

b) Deve-se dar ênfase na descentralização dos serviços para os municípios.

c) O direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde, é um dos princípios do SUS.

d) A universalidade de acesso é entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

Comentário:

Quando o SUS organiza os serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada ele está evitando a duplicidade nos serviços de saúde. A descentralização é um princípio muito importante, pois através dela os serviços públicos de saúde conseguem chegar até os municípios. Todo usuário/cidadão que é atendido no SUS tem o direito À informação sobre o estado de sua saúde, todos tem o direito de saber como estão.

A única alternativa que não é um princípio do SUS é a alternativa "d", porque a universalidade não é a articulação integrada entre os níveis de complexidade crescente, isso é integralidade.

Gabarito: "d"

---

9) (IBFC - 2017 - EBSERH - Advogado (HUGG-UNIRIO) Um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) determina que todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer tipo de discriminação, têm direito ao acesso às ações e serviços de saúde. Assinale a alternativa que corresponde a esse princípio.

a) Integralidade

b) Igualdade

c) Universalidade

d) Equidade

e) Autonomia

Comentário:

Quando fala-se em todos os cidadãos brasileiros terem acesso aos serviços de saúde sem qualquer discriminação, estamos falando do princípio da igualdade. Igualdade é todos terem acesso ao mesmo serviço, terem o mesmo respeito, todos serem tratados de forma igual (sempre respeitando as particularidades de cada um). No atendimento geral, todos são tratados iguais.

Gabarito: "b"

---

10) (IBFC - 2017 - EBSERH - Enfermeiro - (HUGG-UNIRIO) A Constituição de 1988 incorpora um conceito mais abrangente de saúde. Assinale a alternativa correta que contempla um exemplo de fator determinante e condicionante de saúde relacionado ao meio físico.

a) Educação

b) Ocupação

c) Água

d) idade

e) Sexo

Comentário:

Lembra dos fatores determinantes e condicionantes ? Educação, moradia, lazer, trabalho, renda, saneamento básico, transporte etc.

Mas o enunciado quer saber qual das alternativas corresponde a um fator determinante e condicionante relacionado ao meio físico. A água é um determinante da saúde relacionado ao meio físico.

Gabarito: "c"

---

11) (IBFC - 2013 - SEPLAG-MG – Psicologia) No art. 3º da Lei Federal nº 8080/90, a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, acesso das pessoas as seguintes condições: I. alimentação, moradia e saneamento básico. II. níveis regulares de saúde, trabalho e renda. III. educação, transporte e lazer. IV. bens e serviços essenciais a capacitação profissional.

Estão corretos os itens:

a) Os itens I e II, apenas.

b) Os itens I e III, apenas.

c) Os itens II e III, apenas.

d) Os itens II e IV, apenas.

Comentário:

I - Correto, são determinantes de saúde a alimentação, moradia e saneamento básico.

II – Errado, os níveis regulares de saúde não são determinantes de saúde.

III – Correto, são determinantes de saúde a educação, transporte e lazer.

IV - Errado, bens e serviços não estão entre os determinantes e condicionantes expressos na lei federal n 8.080/90.

Com isso, estão corretos apenas as afirmativas: I e III.

Gabarito: "b"

---

12) (IBFC - 2016 - EBSERH - Técnico em Enfermagem (HU-FURG) A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990) expressa os objetivos e ações no campo de atuação do Sistema Único de Saúde-SUS. Assinale a alternativa que contém um objetivo e ações que não é contemplado nessa lei.

a) Identificação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde.

b) Participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos radioativos.

c) Formulação da política de equipamentos e medicamentos de interesse para a saúde e a participação na sua produção.

d) Formulação de políticas de inclusão social.

e) Vigilância nutricional e orientação alimentar.

Comentário:

A formulação de políticas de inclusão social não é nem objetivo, nem atuação, nem responsabilidade do Sistema Único de Saúde. Agora, identificar os fatores determinantes e condicionantes, participar no controle e fiscalização de produtos, formular políticas de equipamentos e medicamentos e a vigilância nutricional e orientação alimentar estão dentro dos objetivos e das ações no campo de atuação do Sistema Único de Saúde – SUS.

Gabarito: "d"

---

13) (IBFC - 2013 - SEPLAG-MG – Psicologia) A Lei 8080/90 define como:

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

b) saúde do trabalhador como o conjunto de ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, voltada ao atendimento dos agravos da saúde dos trabalhadores, visando sua reabilitação.

c) assistência às pessoas somente o conjunto das ações de prevenção e promoção da saúde realizada pelos equipamentos médicos de saúde.

d) vigilância sanitária o conjunto de ações capaz de prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente.

Comentário:

Vamos aproveitar a questão é fazer uma rápida revisão.

a) Correto, a vigilância epidemiológica é o conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos.

b) Errado, a saúde do trabalhador está voltada para prevenção de acidentes de trabalho ou doença de trabalho e não para a reabilitação.

c) Errado, a assistência às pessoas inclui todo os serviços oferecidos pelo sistema de saúde e não apenas os atendimentos/procedimentos realizados por equipamentos médicos.

d) Errado, 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 da circulação e bens e serviços.

Gabarito: "a"

---

14) (VUNESP - 2019 - Prefeitura de Itapevi - SP - Agente Comunitário de Saúde) A saúde deve ser entendida de uma forma positiva, dando especial realce aos recursos pessoais e sociais de cada indivíduo. Portanto, a responsabilidade da promoção da saúde

a) é exclusivamente do setor saúde.

b) cabe ao setor meio ambiente e saúde.

c) é de cada indivíduo e da comunidade onde vive.

d) é resultado de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, coletivos e individuais.

e) depende da área econômica de cada município para disponibilizar os recursos para as ações sanitárias.

Comentário:

A promoção da saúde envolve vários campos, tais como os fatores sociais, econômicos, político e cultural, coletivo e individual. A promoção da saúde não é algo isolado (exclusivamente do setor saúde), nem uma ação do setor de saneamento básico.

Gabarito: "d"

---

15) (VUNESP - 2013 - ITESP - Analista de Desenvolvimento Agrário - Serviço Social – RH) O Sistema Único de Saúde – SUS, instituído pela Constituição Federal de 1988, contempla os determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado. O serviço público que organiza a rede assistencial e de reinserção da pessoa com transtorno mental é o

a) Centro de Atenção Psicossocial.

b) Centro de Referência de Serviço social.

c) Conselho Estadual de Saúde.

d) Serviço de Proteção Mental.

e) Benefício de Prestação Continuada.

Comentário:

A pessoa que possui qualquer tipo de transtorno mental receberá atendimento no centro de atenção psicossocial, local separado que oferecer esse tipo de atendimento especial.

Gabarito: "a"

---

16) (VUNESP – 2018 – Prefeitura de Buritizal – SP – Agente Comunitário de Saúde) Quando o profissional de saúde realiza ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como a coletiva dos problemas de saúde, pode-se afirmar que está sendo realizado (a)

a) atendimento direcionado.

b) diagnóstico de saúde.

c) vigilância em saúde

d) controle sanitário.

e) ação terapêutica.

Comentário:

A Vigilância em Saúde é responsável por ações de vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis, pela vigilância de fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, saúde ambiental e do trabalhador e também pela análise de situação de saúde da população brasileira. Quando o profissional de saúde controla os determinantes, riscos e danos à saúde da população, ele está realizando a vigilância em saúde.

Gabarito: "c"

---

17) (VUNESP - 2019 - Prefeitura de Valinhos - SP – Procurador) É o conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. Esse é o conceito dado pela Lei n 8.080/90 para

a) vigilância epidemiológica

b) vigilância sanitária

c) assistência terapêutica integral

d) saúde do trabalhador

e) avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde.

Comentário:

Proporcionar o conhecimento, detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes de saúde e recomendar medidas de prevenção e controle, refere-se ao conceito de **vigilância epidemiológica**.

Gabarito: "a"

---

18) (VUNESP – 2018 – Prefeitua de Serrada - SP – Agente de Controle de Endemias) O baixo nível de escolaridade e o alto índice de desemprego contribuem significativamente para o estabelecimento de moradias precárias como "favelas" e "cortiços". A falta de informação e de educação sanitária da população e o baixo poder aquisitivo dificultam o acesso aos sistemas de saneamento, distribuição de água potável, tratamento de esgotos e coleta adequada do lixo produzido. O crescimento desordenado das cidades, a ocupação inadequada do solo, a falta de estrutura sanitária para atender a demanda, juntamente com os hábitos e costumes da sociedade em relação à geração e ao destino do lixo propiciaram um excedente de resíduos orgânicos, possibilitando um aumento nas populações de animais sinantrópicos, muitos dos quais com grande impacto com grande impacto na Saúde Pública (Papini, 2012). O texto refere-se à necessidade

a) do controle social dos recursos públicos.

b) de aumentar a arrecadação de impostos

c) de maior participação dos funcionários públicos concursados nas decisões.

d) de o poder público resolver as questões referentes ao saneamento básico.

e) de educação ambiental formal e não formal dos cidadãos.

Comentário:

Apesar de termos um texto enorme, repare que o texto falou de "**falta de informação e de educação sanitária da população",** com isso fica fácil responder à pergunta. Qual é a necessidade implícita no texto ? A educação ambiental formal e não formal dos cidadãos.

Gabarito: "e"

---

19) (VUNESP – 2013 – PROCON-SP – Especialista em Proteção e Defesa do Consumidor I) Compete à União, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária,

a) exercer a vigilância sanitária de portos, rodoviárias, aeroportos e fronteiras.

b) normatizar, controlar e fiscalizar produtos, substâncias e serviços de interesse para a saúde.

c) manter sistema de informações em vigilância sanitária, subordinando aos Estados, o Distrito Federal e os Municípios.

d) atuar em circunstâncias ordinárias de risco à saúde.

e) prestar cooperação exclusivamente técnica aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios.

Comentário:

Das alternativas, a única que fala de uma competência do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária é a normatização, controle e fiscalizar produtos, substâncias e serviços de interesse para a saúde.

"Sistema Nacional de Vigilância Sanitária Lei 9.782/1999

Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências.

Compete à União no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária:

I - definir a política nacional de vigilância sanitária;

II - definir o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;

III - normatizar, controlar e fiscalizar produtos, substâncias e serviços de interesse para a saúde; (...)"

Gabarito: "b"

---

20) (VUNESP – 2019 – Prefeitura de Valinhos – SP – Agente de Combate às Endemias – SS) A notificação compulsória

a) será realizada somente diante da confirmação de doença ou agravo.

b) é facultativa aos responsáveis por estabelecimentos educacionais públicos ou privados.

c) será feita à Secretaria de Saúde do Município do local de atendimento do paciente.

d) é obrigatória apenas para profissionais de saúde com formação médica.

e) poderá ser registrada em sistema de informação a critério do agente notificador.

Comentário:

A notificação compulsória é obrigatória para a suspeita ou confirmação de qualquer doença de notificação compulsória, e é responsabilidade do estabelecimento de saúde comunicar à Secretaria Municipal de Saúde sobre qualquer suspeita ou confirmação. Quem recebe a notificação é a Secretaria Municipal do local de atendimento do paciente.

Gabarito: "c"

---

21)(IBFC - 2016 - EBSERH - Técnico em Enfermagem (HUAP-UFF) De acordo com decreto presidencial 7508 de 28 de junho de 2011, o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde, corresponde à (ao):

a) Rede de Atenção à Saúde

b) Porta de Entrada do Sistema de Saúde

c) Mapa da Saúde

d) Região de Saúde

e) Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

Comentário:

Se o enunciado está falando de conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade para garantir a integralidade, está se referindo a Rede de Atenção à Saúde.

Gabarito: "a"

---

22) (IBFC - 2016 - EBSERH - Técnico em Enfermagem (HU-FURG) De acordo com o Decreto Presidencial no 7.508, de 28 de junho de 2011, a(s) instância(s) de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS é (são):

a) O CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde.

b) O CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.

c) As comissões intergestoras.

d) Os consórcios de saúde.

e) As conferências de saúde.

Comentário:

Falou de pactuação entre os entes federativos para definir regras de gestão compartilhado, está falando de quem ? Qual instância que participa apenas os entes federativos ? Isso mesmo, as comissões Intergestores bipartite e tripartite. No caso da questão quer saber apenas qual é a instância, então comissões Intergestores.

Gabarito: "c"

---

23) (IBFC - 2016 - EBSERH - Analista de Tecnologia da Informação - Processos (HUAP-UFF) Considerando o decreto presidencial 7508 de 28 de junho de 2011, analise as afirmativas abaixo e assinale a alternativa correta:

I. O Ministério da Saúde é o órgão competente para dispor sobre a RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional.

II. O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica não pressupõe estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS.

III. 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.

a) I, II e III são corretas.

b) Apenas III é correta.

c) Apenas II é correta.

d) As sentenças I, II e III são incorretas.

e) Apenas I e III são corretas.

Comentário:

I – Certo, O RENAME e os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas são responsabilidade do Ministério da Saúde.

II – Errado, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe que o usuário seja atendido por ações e serviços de saúde do **SUS**.

III – Certo, o mapa de saúde traz as informações importantes para que sejam estabelecidas as metas de saúde.

Estão corretas: I e III.

Gabarito: "e"

---

24) (IBFC - 2017 - EBSERH - Assistente Administrativo (HUGG-UNIRIO) O sistema de informação do SUS que permite a geração do Cartão Nacional de Saúde, que facilita a gestão do Sistema Único de Saúde e contribui para o aumento da eficiência no atendimento direto ao usuário é o:

a) CADSUS - Sistema de Cadastramento de usuários do SUS

b) CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

c) SIPNASS - Sistema do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde

d) SIASUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

e) GIL - Gerenciamento de Informações Locais

Comentário:

Apesar de não termos visto sobre o sistema de geração do cartão do SUS, sabemos que os próprios nomes dos sistemas são intuitivos, ou seja, eles já falam o que aquele sistema faz.

Para que um cidadão tenha o cartão do SUS, ele precisa estar cadastrado no sistema. Dessa forma, usa-se o **Sistema de Cadastramento de usuários do SUS – CADSUS.**

Veja que as demais alternativas trazem sistemas que não tem nada a ver com cadastramento de usuários. Esta é uma questão que exige mais do que a decoreba, exige raciocínio e habilidade de pensar.

Gabarito: "a"

---

25) (IBFC - 2016 - EBSERH - Técnico em Análises Clínicas - (HUPEST-UFSC) Segundo o decreto presidencial 7508/2011 a instância de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS é:

a) A Conferência de Saúde

b) A Comissão Intergestores

c) A Região de Saúde

d) O Conselho de Saúde

e) O Ministério ou as secretarias de saúde, conforme o caso.

Comentário:

A questão não é exatamente repetida, mas traz a mesma pergunta e a mesma resposta de outra já respondida.

Gabarito: "b"

---

26) (IBFC - 2013 - EBSERH - Advogado) Segundo o Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011, a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a c aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema é a definição de

a) Pactuação Integrada em Saúde.

b) Rede hierarquizada em Saúde.

c) Rede de Atenção à Saúde.

d) Mapa da Saúde.

Comentário:

Vamos lá: distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS, capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho ... coloquei tudo isso bem descrito, detalhando tudo... estou fazendo o meu Mapa da Saúde.

A definição trazida pelo enunciado refere-se ao Mapa da Saúde.

Gabarito: "d"

---

27) (IDECAN – 2017 – INCA) Na era Vargas (1930 – 1945), a assistência médica prestada no país através por meio dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) era voltada:

a) A toda população brasileira.

b) Apenas aos trabalhadores das forças armadas.

c) A todos os trabalhadores brasileiros, independentemente da atividade exercida.

d) Apenas aos trabalhadores que exerciam atividades de determinada categoria profissionais.

Comentário:

Antes de irmos para as alternativas, podemos debater um pouco sobre o assunto. Preste atenção na data que o enunciado trouxe, 1930-1945. Na Era Vargas a assistência médica era oferecida pelo IAPs (Instituto de Aposentadoria e Pensões) e atendia a categorias de profissionais que tinha os benefícios assegurados. A partir disso, podemos observar as alternativas.

a) Está errada. A população só teve acesso aos serviços, de forma integral, após o SUS e na data mencionada (1930-1945) não existia SUS, e se você lembrar, os serviços de saúde eram para poucos.

b) Está errada. Os trabalhadores das forças armadas também estavam inseridos no grupo que recebia atendimento médico, mas não eram os únicos.

C) Está errada. Bom, na era Vargas não era bem assim. Na verdade existia sim classes de profissionais que recebiam os benefícios.

D) Está Correta. Como vimos no início, na Era Vargas os serviços de saúde eram oferecidos pelo IAPs, organizado por classes de profissionais que recebiam o benefício.

Gabarito: "d"

---

28) (FGV - 2010 - FIOCRUZ - Tecnologista em Saúde - Informação Científica e Imagem em Saúde) A década de 1980 pode ser considerada um "divisor de águas" na trajetória da política de saúde no país. Nesse período, é possível detectar transformações não apenas na política de saúde como também na política nacional de informação em saúde. Em relação a este momento histórico, avalie as afirmativas a seguir.

I – A redução da informação a meras estatísticas foi substituída por uma abordagem que destacava seu potencial para a tomada de decisões.

II – Como as liberdades democráticas começavam a ser reconquistadas, os debates sobre política de saúde foram favorecidos.

III – Apesar de haver um claro processo de evolução política em torno da informação sobre saúde, mantinha-se ainda, um modelo de gestão "emissor-receptor".

Assinale:

a) se nenhuma afirmativa estiver correta.

b) se todas as afirmativas estiverem corretas.

c) se apenas a afirmativa I estiver correta.

d) se apenas a afirmativa II estiver correta.

e) se apenas a afirmativa III estiver correta.

Comentário:

a) Está errada pois de acordo com a história, a década de 80 foi um divisor de águas e trouxe todos as ações descritas nas assertivas.

b) Certo, como vimos na história da saúde pública, na década de 80 trouxe grandes feitos para a saúde pública no Brasil.

c) Errado. Temos todas as assertivas como certa e aqui está considerando apenas uma.

d) Errado. Todas estão corretas e não só a II

e) Todas as assertivas estão certas, e por isso devem ser consideradas. Essa alternativa está errada.

Gabarito: "b"

---

29) (AOCP - 2018 - Prefeitura de Juiz de Fora - MG - Enfermeiro) No início do século XX, o sanitarismo campanhista visava, principalmente,

a) sanear os espaços de circulação das mercadorias exportáveis.

b) organizar os serviços públicos e descentralizar as ações de saúde coletiva.

c) implantar redes temáticas de atenção em saúde.

d) intensificar ações voltadas para a saúde do trabalhador.

e) monitorar a qualidade de bens de consumo de interesse à saúde.

Comentário:

O nascimento da saúde pública no Brasil deu-se na transição do século XIX para o século XX, no período compreendido entre o fim da monarquia e o início da "República Velha". Configurou-se em um processo de elaboração de normas e organizações sanitárias e de mudança nas práticas dominantes até então. Ficou conhecido como "sanitarismo campanhista", foi marcante nos estados de Rio de Janeiro e São Paulo, visou principalmente sanear os espaços de circulação das mercadorias exportáveis e predominou até meados dos anos 60.

a) A ideia da reforma sanitária não estava em sanear os espaços de circulação de mercadoria.

b) A reforma sanitária surgiu com o intuito de organizar os serviços de públicos e descentralizar as ações de saúde coletiva. Certo

c) A luta da reforma sanitária não tinha como objetivo implantar redes temáticas de atenção à saúde.

d) A época da reforma sanitária, o objetivo era combater ao radicalismo implantado pelo regime militar e lutar por direitos de acesso aos serviços de saúde de forma universal.

e) Monitorar a qualidade de bens é uma competência da vigilância sanitária, e esta nasceu muito depois da reforma sanitária. A reforma sanitária não tinha esse objetivo.

Gabarito: "b"

---

30) (FJG - RIO - 2008 - COMLURB - Técnico - Segurança do Trabalho) De acordo com o texto do artigo 200 da Constituição Federal de 1988, além de outras atribuições, compete ao Sistema Único de Saúde:

a) "promover a educação ambiental em todos os níveis de ensino e a conscientização pública para a preservação do meio ambiente"

b) "colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho"

c) "proteger o meio ambiente e combater a poluição em qualquer de suas formas"

d) "recuperar o meio ambiente degradado, de acordo com solução técnica exigida pelo órgão público competente"

Comentário:

a) A CF não traz como competência do SUS a promoção da educação ambiental.

b) A colaboração da proteção do meio ambiente, de acordo com a CF/88 é uma das competências do SUS.

c) Proteger o meio ambiente não é competência do SUS, nem de acordo com a CF/88 nem com a lei orgânica da saúde.

d) O SUS não tem "poder" nem competência para fazer ações capazes de recuperar o meio ambiente que foi degradado.

Gabarito: "b"

31) (CESGRANRIO - 2014 - Petrobras - Técnico(a) de Segurança Júnior) Nos termos da Constituição Federal, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede e constituem um sistema único, organizado de acordo com a seguinte diretriz

a) centralismo democrático

b) financiamento privado

c) separação das atividades educacionais

d) prioridade para atendimentos especiais

e) participação da comunidade

Comentário:

a) A questão quer uma das diretrizes do SUS. Sabemos que a descentralização é uma diretriz, então a centralização está errada.

b) O financiamento do SUS é feito de acordo com o orçamento da seguridade social. Errado.

c) Em nenhum momento da legislação, aparece separação das atividades educacionais como diretriz. Errado.

d) A prioridade é para os serviços de prevenção, não excluindo os atendimentos essenciais.

e) A Participação da comunidade é uma diretriz e uma conquista da população, garantindo pela lei nº 8.080/90

Gabarito: "e"

32) (VUNESP - 2013 - FUNDUNESP - Engenheiro de Segurança) De acordo com a Lei Orgânica da Saúde,

a) a revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho deverá contar, em sua elaboração, com a colaboração das entidades sindicais.

b) as ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária para a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores incluem permitir que estes possam interromper suas atividades em situação de risco.

c) os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, sejam municipais ou regionais, são polos irradiadores da cultura especializada na relação entre o processo de trabalho e o processo saúde/doença.

d) a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador deve ter como princípio a busca de permanente cooperação com o Ministério do Trabalho e Emprego.

e) a avaliação do impacto que as novas tecnologias podem representar para a segurança e saúde dos trabalhadores deve considerar as manifestações regulamentares da CIPA.

Comentário:

a) Correto. A listagem oficial de doenças conta com a colaboração das entidades sindicais.

b) Os trabalhadores não podem interromper suas atividades, apenas a vigilância sanitária tem poder para isso em casa de situação de risco.

c) Os centros de referência em Saúde do Trabalhador não consistem em um polo transmissor da cultura especializada.

d) O Ministério do Trabalho e Emprego atuam de forma diferenciada da área da saúde. SUS e Ministério do Trabalhado atuam separadamente e cada um com sua responsabilidade.

e) Isso não está previsto na lei orgânica da saúde, e por não estar na lei, não é preciso ficar "batendo cabeça".

Gabarito: "a"

---

33) (IBGP - 2017 - CISSUL - MG - Técnico de Segurança do Trabalho) De acordo com título VIII, capítulo II, que dispõe sobre a Seguridade Social, os artigos 196 e 200, respectivamente, afirmam que 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. E ao Sistema Único de Saúde (SUS) competem atribuições, nos termos da lei. Assinale a alternativa que se refere CORRETAMENTE às competências/atribuições do SUS.

a) Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador.

b) Controlar e fiscalizar a formação de recursos humanos na área de saúde; Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico.

c) Incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento tecnológico exclusivamente; Fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano.

d) Delegar o controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; Colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Comentário:

a) Já damos de cara com a resposta certa. O SUS tem como competência de controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador.

b) Como já sabemos qual é a correta, vamos ser prático e ver o que está errado. Essa não é a definição trazida pela CF /88 sobre o SUS.

c) Essa é uma das competências do SUS que a lei nº 8.080 vai estabelecer, mas a questão quer de acordo com a CF/88

d) O SUS não pode delegar o controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos. Isso é uma competência exclusiva do SUS.

Gabarito: "a"

34) (CS-UFG - 2017 - UFG - Técnico em Enfermagem) De acordo com a Lei nº. 8080/1990, as ações e os serviços de saúde públicos e privados contratados ou conveniados, que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), deverão se desenvolver considerando os princípios estabelecidos na legislação. O direito ao acesso a estes serviços, em todos os níveis de atenção, refere-se ao princípio da:

a) integralidade.

b) universalidade.

c) igualdade.

d) utilidade.

Comentário:

a) Errado. Este princípio enxerga as pessoas como um todo, e por isso busca atender todas as suas necessidades. Para que isso ocorra é preciso uma articulação entre as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação.

b) Certo. Trata da saúde como direito de todos e dever do Estado e por isso todos tem o direito ao acesso de todos os serviços, em todos os níveis de atenção.

c) Errado. A igualdade não é princípio do SUS. O princípio correto é equidade.

d) Errado. Utilidade? Isso nem está no rol de princípios. Não fique quebrando a cabeça com isso. Você sabe quais são os princípios, então, bateu o olho e viu que não é... já pode considerar errado.

Gabarito: "b"

35) (CONSULPLAN - 2018 - Câmara de Belo Horizonte - MG - Técnico de Segurança do Trabalho) De acordo com a Constituição Federal de 1988 no Título VIII, Capítulo II, 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.

Estão corretas apenas as afirmativas

a) I e II.

b) I e IV.

c) I, II e III.

d) I, II, III e IV.

Comentário:

Se lermos com atenção, podemos perceber que todas as opções estão de acordo com a CF/88. Portanto, todas as assertivas estão corretas. Não vou ficar copiando e colando, repetindo o que já está no enunciado. Uma leitura atenta já é o suficiente para perceber se estão corretas ou erradas.

a) Errado. Pois sabemos que todas as assertivas estão certas e não apenas a I e II.

b) Errado. Temos a assertiva II e III como certas.

C) Errado. A assertiva IV também está correta.

d) Certo. Todas as assertivas estão corretas. Todas são atribuições do SUS.

Gabarito: "d"

---

36) (FUNDEP (Gestão de Concursos) - 2019 - Prefeitura de Teixeiras - MG - Orientador Social) Sobre o conceito de saúde na perspectiva do SUS assinale a alternativa incorreta.

a) A saúde é a ausência de doença.

b) A saúde é um direito fundamental do ser humano.

c) A saúde é importante para identificar a organização social e econômica de um país.

d) A saúde é um dever do Estado, das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Comentário:

a) O Conceito de saúde vai muito mais além do que simplesmente a ausência de doença.

b) Exatamente. Após a CF/88 a saúde foi definida como um direito de todos e com a lei 8.080 a saúde passou a ser um direito fundamental.

c) Isso mesmo. Quando maior o índice de mortalidade de um país maior a probabilidade dele é considerado subdesenvolvido. A saúde é sim importante na identificar a organização social e econômica.

d) A saúde passou a ser um direito de todos e dever do Estado, mas isso não exclui o dever das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Gabarito: "a"

---

37) (FUNDEP (Gestão de Concursos) - 2019 - Prefeitura de Teixeiras - MG - Orientador Social) A política de saúde brasileira tem como característica central o controle social e a participação, legitimados por meio da Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Tendo em vista o controle social, analise o trecho a seguir. As (os) _____ são encontros entre trabalhadores, gestores e _____ que se reúnem a cada _____ para _____ a situação de saúde e propor _____ para a formulação de políticas de saúde.

Assinale a alternativa que completa corretamente e respectivamente as lacunas anteriores.

a) Conselhos de saúde / Vereadores / Semana / Investigar / Programas

b) Conferências de saúde / Usuários / Quatro anos / Avaliar / Diretrizes

c) Comissões locais / Usuários / Ano / Avaliar / Estratégias

d) Reuniões de equipe / Famílias / Dia / Desenhar / Mudanças

Comentário:

As (os) **Conferências de Saúde** são encontros entre trabalhadores, gestores e **usuários** que se reúnem a cada **quatro anos** para **avaliar** a situação de saúde e propor **diretrizes** para a formulação de políticas de saúde.

a) Errado. Os vereadores não participam das conferências; a reunião acontece a 4 anos; e tem por objetivo avaliar e propor diretrizes.

b) Correto. As palavras completam corretamente as lacunas, de acordo com o que vimos no início do comentário.

c) Errado. Não é comissão local, isso nem existe; a reunião não ocorre de forma anual; e não são propostas estratégias e sim diretrizes.

d) Errado. Não é reunião de equipe; as famílias não participam das conferências, quem tem participação é a comunidade; as reuniões não são feitas diariamente; e não tem como proposito desenhar a situação da saúde, muito menos fazer mudanças, são propostas diretrizes para formulação de políticas de saúde.

Gabarito: "b"

---

38) (FUNDEP (Gestão de Concursos) - 2019 - Prefeitura de Teixeiras - MG - Orientador Social) O Sistema Único de Saúde, criado por meio da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, tem como objetivo garantir acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas. Assinale a alternativa que apresenta corretamente os princípios do SUS.

a) Coordenação do cuidado, trabalho em equipe e gestão participativa.

b) Economia de escala, longitudinalidade e equipe multiprofissional.

c) Universalidade, Integralidade e Participação da Comunidade.

d) Igualdade, fraternidade e humanização.

Comentário:

A questão quer que você encontre a alternativa que possui os princípios do SUS.

a) Errado. Sabemos que nenhum desses é princípio do SUS. Os princípios são universalidade, integralidade e participação social

b) Errado. Nenhum desses tem a ver com os princípios do SUS, de acordo com a lei nº 8.080/90.

c) Certo. São princípios do Sistema Único de Saúde a Universalidade, integralidade e a participação da comunidade.

d) Errado. Isso aqui é quase o lema da revolução francesa rsrs né? Sabemos que nenhum desse constitui princípio do SUS.

Gabarito: "c"

---

39) (IESES - 2019 - Prefeitura de São José - SC - Médico) De acordo com a Lei Federal nº 8080 de 19/09/90 a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros:

I. Alimentação.

II. Moradia.

III. Saneamento básico.

IV. Educação.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta:

a) Apenas a assertiva I está correta.

b) Apenas as assertivas I e II estão corretas.

c) Apenas as assertivas I, II e III estão corretas.

d) As assertivas I, II, III e IV estão corretas.

Comentário:

A legislação vai dizer que os fatores condicionantes e determinante da saúde são alimentação, moradia, saneamento básico e educação. Diante disso, concluímos que todas estão corretas.

a) Errado. Não é só a I que está correto, todas estão corretas.

b) Errado. Todas as assertivas estão corretas.

c) Errado. As assertivas, I,II,III e IV estão corretas.

d) Certo. Todas as assertivas I,II,III e IV estão corretas.

Gabarito: "d"

---

40) (CESPE - 2013 - UNIPAMPA - Assistente Social)

A respeito da política de saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS), julgue o item que se segue.

Os fatores condicionantes e determinantes da saúde marcam o caráter intersetorial da política de saúde, uma vez que são objeto de intervenção de outras políticas setoriais.

Comentário:

Os fatores condicionantes e determinantes não estão situados em apenas um setor da política de saúde, mas possuem caráter intersetorial, ou seja, estão presentes em vários setores.

Gabarito: certo

---

41) (FUNCAB - 2013 - SESACRE - Técnico em Enfermagem) Analise as alternativas abaixo e marque a opção que corresponde a uma ação específica do campo de atuação da Vigilância Sanitária.

a) Desenvolver ações de promoção, prevenção e controle das doenças transmissíveis.

b) Elaborar informes epidemiológicos sobre a mortalidade infantil e seus determinantes.

c) Autorizar o funcionamento dos laboratórios farmacêuticos e demais empresas da cadeia farmacêutica.

d) Elaborar boletins periódicos para análise da situação de saúde de uma determinada população.

e) Institucionalizar a política de monitoramento e avaliação de indicadores de saúde.

Comentário:

a) Desenvolver ações de promoção, prevenção e controle é uma ação da epidemiologia. Errado

b) Os informes sobre mortalidade são feitos pela vigilância epidemiológica. Errado

c) A vigilância sanitária tem como, uma de suas ações, autorizar o funcionamento de laboratórios farmacêuticos. Certo

d) A vigilância epidemiológica, como resultado das suas ações, elabora boletins periódicos sobre a situação de saúde da uma população.

e) O Ministério da Saúde que tem institucionaliza a política de monitoramento e avaliação de indicadores de saúde. Errado

Gabarito: "c"

---

42) (AOCP - 2010 - FESF-BA - Enfermeiro - 2 - azul) De acordo com a Lei 8080/90, entende-se por vigilância sanitária

a) um conjunto de ações capaz de eliminar, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

b) 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.

c) um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

d) 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.

e) um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, 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.

Comentário:

a) Errado. A vigilância não é um conjunto de ações capazes de detectar e prevenir qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes. Isso é vigilância epidemiológica.

b) Certo. De acordo com a lei nº 8.080 a vigilância sanitária é definida 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.

c) Errado. Essa é a definição de vigilância trazida pela lei de criação do SUS.

d) Errado. Pelo que a lei 8.080 traz, 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 é a definição de saúde do trabalhador.

e) Errado. Isso não é definição de nada, apenas foi misturado o conceito de vigilância sanitária com saúde do trabalhador.

Gabarito: "b"

---

43) (AOCP - 2018 - Prefeitura de Juiz de Fora - MG - Enfermeiro) O que é vigilância epidemiológica?

a) 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.

b) Um conjunto de atividades que se destina à promoção e proteção da saúde, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

c) Um conjunto de ações que proporciona a detecção ou prevenção de qualquer mudança da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de avaliar o impacto que as tecnologias provocam à saúde.

d) Um conjunto de atividades que se destina ao controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde.

e) Um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

Comentário:

a) Errado. De acordo com a lei nº 8.080/90, este é a definição de vigilância sanitária e não de epidemiologia.

b) Errado. A alternativa trouxe umas das ações da saúde do trabalhador. Isso não é a definição de epidemiologia.

c) Errado. Aqui temos a definição de Sistema único de saúde, de acordo com a lei nº 8.080/90

d) Errado. O conjunto de atividades que se destina ao controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde é uma das ações da vigilância sanitária, definido pela lei nº 8.080/90

e) Certo. A epidemiologia é definida como Um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

Gabarito: "e"

---

44) (FGV - 2010 - FIOCRUZ - Tecnologista em Saúde - Informação Científica e Imagem em Saúde) Um sistema de informação em saúde colhe, processa e analisa dados com o objetivo de, entre outras coisas, organizar e avaliar os serviços do setor. Para isso, há a necessidade de operar com subsistemas que produzem informações setoriais.
Em relação a estes subsistemas, assinale a afirmativa que apresenta, corretamente, a sigla e as atribuições.

a) SINASC- permite o acompanhamento de epidemias, indicando riscos aos quais a população está sujeita e contribuindo para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica.

b) SINAN- aporte de dados sobre nascidos vivos, com informações importantes como sexo, local de nascimento, tipo de parto e peso ao nascer.

c) SIM- a partir da coleta de declarações de óbito, oferece informações importantes para a definição de prioridades nos programas de prevenção e controle de doenças.

d) SIAB- planeja, acompanha e avalia programas sociais de alimentação e nutrição, com o objetivo de fornecer dados estatísticos para a formulação de políticas públicas.

e) SISVAN- disponibiliza informações quantitativas sobre os procedimentos dos atendimentos ambulatoriais.

Comentário:

Bom, basicamente as alternativas estão numa "sala de fruta". As siglas e as funções estão trocadas. Iremos colocar as siglas e funções corretamente.

a) Errado. O SINASC é o aporte de dados sobre nascidos vivos, com informações importantes como sexo, local de nascimento, tipo de parto e peso ao nascer.

b) Errado. O SINAN é permite o acompanhamento de epidemias, indicando riscos aos quais a população está sujeita e contribuindo para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica.

c) Certo. O SIM coleta informações sobre óbitos e oferece informações necessárias para a programas de prevenção e controle de doenças.

d) Errado. O SIAB disponibiliza informações quantitativas sobre os procedimentos dos atendimentos ambulatoriais.

e) Errado. O SISVAN planeja, acompanha e avalia programas sociais de alimentação e nutrição, com o objetivo de fornecer dados estatísticos para a formulação de políticas públicas.

Gabarito: "c"

---

45) (FGV - 2010 - FIOCRUZ - Técnico em Saúde Pública - Vigilância em Saúde) O Sistema de Informação em Saúde que permite calcular a mortalidade proporcional segundo a causa do óbito é o:

a) Sistema de Informações Hospitalares.

b) Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

c) Sistema de Informação sobre Mortalidade.

d) Sistema de Informações da Atenção Básica.

e) Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos.

Comentário:

A questão quer a alternativa relacionada a definição trazida.

a) Errado. De forma resumida, esse sistema contêm as informações sobre internações.

b) Errado. Esse sistema tem como objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo.

c) Certo. O SIM foi desenvolvido para a obtenção regular de dados sobre mortalidade de forma abrangente e confiável.

d) Errado. O SIAB acompanha as ações e os resultados das atividades realizadas pelas equipes do Programa Saúde da Família (PSF) .

e) Errado. O SINASC foi desenvolvido para a obtenção regular e de dados sobre nascidos vivos, por meio de documento legal de registro.

Gabarito: "c"

---

46) (IESES - 2019 - Prefeitura de São José - SC - Médico) 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 **EXCETO**:

a) Exclusão da participação da comunidade para garantia da qualidade dos serviços prestados.

b) Descentralização, com direção única em cada esfera de governo.

c) Participação da comunidade.

d) Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

Comentário:

Outra questão que quer a alternativa errada.

a) Errado. A população participa do SUS para garantir a qualidade dos serviços. Participação da comunidade é uma das diretrizes do SUS.

b) Certo. A Lei Orgânica da Saúde vai trazer como uma das diretrizes a descentralização, com direção única em cada esfera de governo.

c) Certo. A população ganhou o direito de participar do SUS a partir da criação do Sistema único de saúde, o qual trouxe entre suas diretrizes, a participação da comunidade.

d) Certo. A segunda diretriz do SUS é o atendimento integral com prioridade para as ações de prevenção.

Gabarito: "a"

---

47) (ADM&TEC - 2016 - Prefeitura de Buíque - PE - Assistente Social) Leia as afirmativas a seguir e marque a opção **INCORRETA**:

a) O atendimento integral, no SUS, dá prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

b) São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo à iniciativa privada 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.

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

d) O SUS é organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

e) A descentralização, no SUS, possui direção única em cada esfera de governo.

Comentário:

Vamos direto as alternativas. O enunciado quer a alternativa errada

a) Certo. O atendimento integral tem como prioridade a prevenção, mas não exclui os serviços essenciais.

b) Errado. O único erro está em "cabendo à iniciativa privada dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle", pois quem faz isso é o Poder Público e não a iniciativa privada.

c) Certo. Como já vimos, a iniciativa priva pode participar do SUS, porém de forma complementar e deve estar credenciada mediante contrato ou convênio.

d) Certo. Descentralização com direção única; atendimento integral priorizando a prevenção; e a participação da comunidade no SUS através dos conselhos de saúde e conferências.

e) Certo. A descentralização é definida pela direção única em cada esfera de governo.

Gabarito: "b"

48) (CESPE - 2013 - UNIPAMPA - Assistente Social) A respeito da política de saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS), julgue o item que se segue.

A criação do SUS, embora tenha proporcionado avanços na área da saúde, não aumentou a consciência sanitária em relação ao direito à saúde, devido a compreensão estar reduzida à atenção médica curativa e à judicialização da saúde.

Comentário:

Muito pelo contrário!!! Após a criação do SUS houve um aumento na consciência sanitária em relação ao direito à saúde, a saúde passou a ser um direito fundamental!! E a atenção voltou-se para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Gabarito: errado

49) (CESPE - 2013 - UNIPAMPA - Assistente Social) A respeito da política de saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS), julgue o item que se segue.

As políticas de atenção à saúde foram reorganizadas por meio de mecanismos de participação social, representados pelos conselhos de saúde, de mecanismos de formação da vontade política, efetivados por meio das conferências de saúde, e de mecanismos de gestão compartilhada, negociação e pactuação entre os entes governamentais envolvidos em um sistema descentralizado de saúde.

Comentário:

Após a criação do SUS a população teve direito de participar do SUS através dos conselhos de saúde, os mecanismos de formulação das políticas passaram a ser feitas nas conferências de saúde e a gestão agora é compartilhada, negociada e pactuada entre os entes federativos, tudo isso formando um sistema descentralizado de saúde.

Gabarito: certo

50) (CESPE - 2014 - Câmara dos Deputados - Analista Legislativo - Consultor Legislativo Área XVI) Acerca dos sistemas de informações em saúde no Brasil, julgue o item que se segue.

O Sistema de Informações Hospitalares do SUS dispõe de informações sobre as unidades hospitalares públicas pertencentes aos níveis federal, estadual e municipal, dele não constando dados relacionados à rede privada.

Comentário:

Os serviços de saúde podem ser ofertados por pessoa física, ou jurídica de direito público e privado. E por causa disso, no sistema de informações hospitalares do SUS, deve contar os dados relacionados das redes de atenção privada!!

Gabarito: errado

51) (CESPE - 2010 - INCA - Tecnologista Júnior – Programas Educacionais em Saúde) Texto associado:

O conceito de educação em saúde está ancorado no conceito de promoção da saúde, que, por sua vez, está embasada em um conceito de saúde considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físicos e mentais (ausência de doença), ambientais, pessoais e sociais.

M.F.A.S. Machado et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. In: Ciências Saúde Coletiva, 2007, v.12, nº 2, p. 335-42.

No que se refere à educação em saúde no contexto do SUS, julgue o item a seguir.

Porque o comportamento e o estilo de vida dos indivíduos e grupos sociais são, em alguma medida, determinados pelo ambiente, a difusão de conhecimento é suficiente para gerar mudanças sustentáveis no estilo de vida e nos hábitos da população.

Comentário:

Pera aí, se o comportamento e o estilo de vida dos indivíduos são determinados pelo ambiente, concorda que se o conhecimento é passado, mas as condições do ambiente não mudam as pessoas continuarão adoecendo? Pois é, só transmitir conhecimento não faz com que as condições ambientais mudem.

Então, está errada! Só conhecimento não é suficiente para gerar mudanças. Porque se eu moro numa comunidade que não tem saneamento básico, água potável, alimento de qualidade e alguém chega para mim e passa o conhecimento (fala sobre saúde, doença, os determinante), eu vou só ouvir pois no ambiente em que estou não me permite fazer nenhuma mudança significativa que melhore a qualidade de vida, seja individual ou de toda a comunidade.

Gabarito: errado

---

52) (CESPE - 2016 - TCE-PA - Auditor de Controle Externo - Área Administrativa - Enfermagem) A respeito das formas de organização dos serviços e do planejamento no SUS, julgue o item que se segue.

O mapa da saúde é um instrumento utilizado no planejamento em saúde para a identificação das necessidades e a orientação do planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo assim para o estabelecimento de metas.

Comentário:

O mapa da saúde é um instrumento de descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde oferecidos pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema. Portanto, auxilia os gestores no planejamento integrado dos entes federativos já que apresenta todas as informações necessárias sobre o território.

Gabarito: certo

---

53) (CESPE - 2016 - TCE-PA - Auditor de Controle Externo - Área Administrativa - Enfermagem) As informações em saúde devem contribuir de maneira eficiente para a orientação e o planejamento do processo de regionalização em saúde. No que concerne a esse assunto, julgue o item subsequente.

Uma região de saúde deve ser organizada de forma a ofertar à população de determinado conjunto de municípios limítrofes ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência e atenção psicossocial, ficando a atenção ambulatorial especializada e hospitalar a cargo do estado.

Comentário:

O decreto nº 7.508/2011 fala que uma região de saúde é um 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.

A região de saúde deve garantir as condições adequadas para que sua população tenha o acesso necessário de acordo com cada caso.

Gabarito: errado

---

54)(CESPE - 2017 - SEDF - Professor de Educação Básica - Enfermagem) À luz do Decreto n.º 7.508/2011, que regulamenta alguns dispositivos da Lei Orgânica do SUS e trata da gestão e da organização desse sistema, julgue o item que se segue, relativo a políticas públicas em saúde.

O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde inicia-se pelas portas de entrada do SUS, a saber: serviços de atenção primária, de urgência e emergência, de atenção psicossocial; especiais de acesso aberto e de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados.

Comentário:

A definição de portas de entrada é trazida pelo decreto 7.508/2011, e de acordo com este, as Portas de entrada: serviços de atendimento inicial à saúde dos usuários do SUS. Não há definição de quais serviços são ou não as portas de entrada (de acordo com o decreto!!!).

Não deixe sua mente te enganar. O Enunciado quer saber "de acordo com o decreto nº 7.508/2011.

Gabarito: errado

---

55)(CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) Com base no disposto no Decreto n.º 7.508/2011, julgue o item a seguir.

As transferências de recursos serão realizadas pelos entes estaduais responsáveis por cada município, independentemente de região de saúde.

Comentário:

As transferências serão feitas, respeitando cada região de saúde. A banca quis te pegar, mas você não caiu na "armadilha". Você sabe que para a transferências de recursos as regiões de saúde serão respeitadas separadamente.

Gabarito: errado

---

56) (CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) Com base no disposto no Decreto n.º 7.508/2011, julgue o item a seguir.

O município poderá compor mais de uma região de saúde interestadual, conforme as regiões de saúde dos estados vizinhos.

Comentário:

De acordo com o decreto, os municípios poderão compor apenas uma Região de Saúde. Não existe isso que mais de uma região de saúde para municípios vizinhos.

"Art. 2º As Regiões de Saúde serão instituídas pelos Estados em articulação com os Municípios, nos termos do disposto no Decreto Nº 7.508, de 2011, e conforme o disposto nesta Resolução.

§ 3º Cada Município poderá compor apenas uma única Região de Saúde."

Gabarito: errado

---

57) (CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) Com base no disposto no Decreto n.º 7.508/2011, julgue o item a seguir.

Para a instituição de uma região de saúde, é suficiente que o local possua: atenção primária, urgência e emergência, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde.

Comentário:

Para ser considerado uma região de saúde, o local deve possua, além da atenção primária, urgência e emergência, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde, a atenção psicossocial também. A assertiva ficou errada pela falta de um item.

Gabarito: errado

---

58) (CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) Com base no disposto no Decreto n.º 7.508/2011, julgue o item a seguir.

Atualmente os estudos das iniquidades em saúde focam a relação de causa e efeito entre a pobreza e a saúde; esses estudos têm demonstrado que a relação é uma relação direta.

Comentário:

O foco não é entre a pobreza e a saúde, mas entre os fatores que causam a doença. Sabemos que a doenças tem multicausalidade e por isso os estudos buscam alternativas para evitar o dano à saúde, achar soluções para acabar/minimizar com as injustiças causadas por fatores que são considerados evitáveis.

Gabarito: errado

---

59) (CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) De acordo com o que dispõe a Lei n.º 8.080/1990, julgue o item subsequente.

Os determinantes sociais da saúde têm por base as iniquidades em saúde, ou seja, as desigualdades que, além de relevantes e sistemáticas, são consideradas evitáveis, injustas e desnecessárias.

Comentário:

Os determinantes de saúde você lembra quais são, né? Lembra também que estão diretamente relacionados ao estilo de vida e as condições em que cada indivíduo está inserido, certo? E mais, são situações que podem ser evitáveis, mas que, infelizmente, são injustas e desnecessárias.

Gabarito: certo

---

60) (CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) De acordo com o que dispõe a Lei n.º 8.080/1990, julgue o item subsequente.

A decisão dos aspectos operacionais entre gestores ocorre por meio de pactuações entre gestores e das comissões Intergestores bipartite e tripartite.

Comentário:

Isso, resumindo está falando das comissões Intergestores Bipartite e Tripartite. Falou de aspectos operacionais, entre gestores, pactuação... já lembra das comissões Intergestores! Não fica procurando pelo em casca de ovo. Você sabe o assunto, estudou, leu as legislações e não tem medo de responder questão Cespe!

Gabarito: certo

---

61) (CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) De acordo com o que dispõe a Lei n.º 8.080/1990, julgue o item subsequente.

A hierarquização — um princípio do SUS — está associada à progressão nos níveis de complexidade conforme o avanço do grau tecnológico das ações em saúde.

Comentário:

Lembra da imagem da pirâmide? É isso mesmo! Se aquela imagem estiver em sua mente, todas as vezes que você ouvir falar em "hierarquização" você lembra dela, e já associa que isso representa a progressão nos níveis de complexidade de acordo com cada necessidade. Um usuário pode "entrar" pela atenção básica e ser encaminhado diretamente para a Alta complexidade, caso necessário. Isso é hierarquização.

Gabarito: certo

---

62) (CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) De acordo com o que dispõe a Lei n.º 8.080/1990, julgue o item subsequente.

A participação da iniciativa privada no SUS poderá ocorrer mediante contrato ou convênio, desde que em caráter complementar e após a aprovação no Conselho Nacional de Saúde, conforme critérios estabelecidos pela direção nacional do SUS.

Comentário:

Falou tudo!! Rsrs Corretíssimo! A iniciativa privada pode fazer parte do SUS, de forma complementar (auxiliando o SUS) e tem que estar credenciada por meio de contrato ou convênio, além de tudo isso, o Conselho Nacional de Saúde tem que aprovar tal participação.

Gabarito: certo

---

63) (CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) Com relação aos sistemas de informações em saúde, julgue o item seguinte.

O Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde proporciona aos gestores informações relacionadas aos recursos físicos e humanos disponíveis.

Comentário:

Vimos isso na aula!! Falamos sobre o CNES. Esse sistema auxilia os gestores por conter as informações sobre recursos físicos e humanos disponíveis nos estabelecimentos de saúde. Quando terminar de estudar, entra no site do CNES e dá uma "vasculhada", assim a gente também aprende. Eu já fiz muito isso rsrs, entrava no CNES e começava a buscar informações sobre recursos físicos e humanos em várias unidades de saúde de todo o Brasil.

Gabarito: certo

---

64) (CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) Com relação aos sistemas de informações em saúde, julgue o item seguinte.

Denominam-se sistemas de informações estatístico-epidemiológicas aqueles que incluem o conhecimento da mortalidade e suas causas determinantes, do padrão de morbidade da população ou da demanda atendida pelos serviços, dos aspectos demográficos, sociais e econômicos e suas relações com a saúde da população.

Comentário:

Uma dica: repare na palavra "epidemiológica". Por quê? Epidemiologia é o conhecimento dos fatores e condicionantes de mortalidade, estuda as causas das enfermidades, estuda o padrão de morbidade da população. Agora você lê a assertiva. Sistema de informação estatístico-epidemiológicas... e termina a leitura. Dúvidas? Não!! A assertiva está completamente certa!! Os sistemas de informações estatístico-epidemiológicas incluem o conhecimento da mortalidade e suas causas determinantes, do padrão de morbidade da população ou da demanda atendida pelos serviços, dos aspectos demográficos, sociais e econômicos e suas relações com a saúde da população.

Gabarito: certo

---

65) (CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) Com base no disposto no Decreto n.º 7.508/2011, julgue o item a seguir.

Observadas as diretrizes pactuadas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), o Ministério da Saúde disporá sobre a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e sobre a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas, devendo consolidar e publicar as atualizações da RENASES e da RENAME a cada dois anos.

Comentário:

Está corretíssima! A RENASES e RENAME, os protocolos e diretrizes terapêuticas são formuladas e publicadas pelo Ministério da Saúde, após negociação na CIT. Quer uma dica? Quando uma questão estiver certa, não pensa demais, mas usa a informação como revisão. Faz seu cérebro pensar que essa informação é importante, pois na prova pode vir uma igual e aí você já tem essa informação armazenada no cérebro.

Gabarito: certo

---

66) (CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) Com base no disposto no Decreto n.º 7.508/2011, julgue o item a seguir.

Compete à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) pactuar as etapas do processo e os prazos do planejamento municipal em consonância com os planejamentos estadual e nacional.

Comentário:

Bom, sabemos que a CIT é um centro de negociação e pactuação entre os gestores federais, estaduais e municipais. Tratam de assuntos relacionados aos operacionais do SUS. As negociações pactuadas não estão relacionadas aos planejamentos estadual e municipal, mas trata-se de assuntos operacionais do SUS.

Gabarito: errado

---

67) (CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) Acerca da evolução das conferências nacionais de saúde no Brasil, julgue o item que se segue.

Atualmente as conferências de saúde ocorrem em caráter ordinário a cada quatro anos, podendo extraordinariamente ser convocadas pelo Conselho de Saúde ou pelo Poder Executivo.

Comentário:

Em regra, as conferências ocorrem a cada 4 anos, mas podem ser convocadas de forma extraordinária caso o Conselho de Saúde ou até mesmo o Poder Executivo, convocar tão reunião.

Nossa resposta está correta. Poderá ser realizadas conferências extraordinariamente em caso de convocação do Poder Executivo ou do Conselho de Saúde.

Gabarito: certo

---

68) (CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) Em relação à evolução histórica da saúde no Brasil, julgue o item a seguir.

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira foi, inicialmente, um movimento da intelectualidade universitária e dos profissionais de saúde; os setores sindicais e os movimentos populares se incorporaram ao movimento posteriormente.

Comentário:

A reforma sanitária nasceu no meio universitário e dos profissionais de saúde como forma de se opor as opressões do regime militar. Após o início da reforma, outros grupos, como os setores sindicais e os movimentos populares, aderiram a luta pela reforma sanitária.

Gabarito: certo

---

69) (CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) Em relação à evolução histórica da saúde no Brasil, julgue o item a seguir.

O plano de descentralização da saúde do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária, de 1982, resultou da adoção das ações integradas de saúde (AIS) para fortalecer o atendimento previdenciário da época.

Comentário:

Em 1982, o atendimento previdenciário estava quase sendo extinto. A descentralização da saúde, na verdade, enfraqueceu o atendimento previdenciário pois a saúde estava cada vez mais próxima de se tornar universal.

Gabarito: errado

---

70) (CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) Em relação à evolução histórica da saúde no Brasil, julgue o item a seguir.

O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde implementou no Brasil a concepção de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos.

Comentário:

O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde nasceu após a 8° Conferência Nacional de Saúde, momento em que a saúde começou a ganhar "espaço". Era o "embrião" do SUS. Uma das coisas que o SUDS trouxe para a saúde no Brasil, foi a ideia de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento da política de recursos humanos. Depois daqui o SUS finalmente "nasceu".

Gabarito: certo

---

71) (CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) Em relação à evolução histórica da saúde no Brasil, julgue o item a seguir.

Com as ações integradas de saúde, instituídas em meados da década de 80 do século passado, tornou-se ainda mais marcante o assistencialismo exclusivista e hegemônico da época, o que impulsionou o descontentamento da classe médica.

Comentário:

Não! Não! Não! Você lembra o que estava acontecendo na década de 80? Na década de 80 o Brasil já estava passando pela reforma sanitária, e a época o assistencialismo exclusivista (exclusivo de uma parcela da população) começou a ser desfeito. A população estava começando a conquistar o direito à saúde de forma integral... começando, estava caminhando na direta certa.

Gabarito: errado

---

72) (CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) Em relação à evolução histórica da saúde no Brasil, julgue o item a seguir.

Antes da implantação do SUS, as ações predominantes do Ministério da Saúde eram de promoção da saúde e prevenção de doenças, voltadas para campanhas de vacinação e controle de endemias.

Comentário:

Preste atenção!! A assertiva está falando sobre as ações do Ministério da Saúde antes do SUS. Lembre-se, o Ministério da Saúde foi criado em 1953 e o SUS em 1990. Em 1953, as ações de saúde começaram a se separar da previdência e começaram a ser responsabilidade do MS.

Bom, antes do SUS, as ações do Ministério da Saúde eram voltadas para as campanhas de vacinação e controle de endemias e os atendimentos médicos ainda estavam fora do rol de ações do MS. Portanto, resposta correta.

Gabarito: certo

---

73) (CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) No que se refere ao controle social do Sistema Único de Saúde (SUS) e ao disposto na Resolução n.º 453/2012 do Conselho Nacional da Saúde, julgue o item a seguir.

Os conselhos de saúde devem configurar-se como espaços de discussão social de conflitos de interesse, o que significa que devem não só assumir papel de gestão, mas também apontar direções e alternativas aos problemas de saúde.

Comentário:

Correto!!! O Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do SUS, e mesmo sendo um espaço usado para discutir os conflitos existentes, também é um espaço para discutir e direcionar para as alternativas sobre os problemas de saúde existente.

Gabarito: certo

---

74) (CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) No que se refere ao controle social do Sistema Único de Saúde (SUS) e ao disposto na Resolução n.º 453/2012 do Conselho Nacional da Saúde, julgue o item a seguir.

Cabe aos conselhos de saúde controlar a atuação do setor privado credenciado mediante contrato ou convênio na área de saúde.

Comentário:

Está correto! A iniciativa priva pode participar do SUS, desde que seja em caráter complementar e estava credenciada por meio de contrato ou convênio na área de Saúde. O responsável por controlar a atuação da iniciativa privada no SUS é o Conselho de Saúde, pois este administra a saúde.

Gabarito: certo

---

75) (CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) No que se refere ao controle social do Sistema Único de Saúde (SUS) e ao disposto na Resolução n.º 453/2012 do Conselho Nacional da Saúde, julgue o item a seguir.

A forma institucionalizada da participação da comunidade no SUS se dá em cada esfera de governo por meio de duas instâncias colegiadas, as comissões Intergestores e os conselhos de saúde.

Comentário:

E aí, o que você acha? Certo ou errado?

A assertiva está errada!! As comissões Intergestores não tem a participação da comunidade, e por aqui já poderíamos marcar como errada. A participação da comunidade no SUS se dá nos Conselhos de Saúde e nas Conferências Nacionais de Saúde. Fácil né?

Relembrando: Comissões Intergestores são reuniões de pactuação entre a União, os Estados e os Município, a população não participa disso.

Gabarito: errado

---

76) (CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) No que se refere ao controle social do Sistema Único de Saúde (SUS) e ao disposto na Resolução n.º 453/2012 do Conselho Nacional da Saúde, julgue o item a seguir.

O exercício de membro do conselho de saúde, considerado de relevância pública, é não remunerado.

Comentário:

Vamos lá!! A resolução nº 453/2012 fala sobre os conselhos de Saúde, sua estrutura, composição entre outros aspectos. De acordo com o inciso X da organização dos conselhos de saúde, as funções, como membro do Conselho de Saúde, não serão remuneradas, considerando-se o seu exercício de relevância pública, e, portanto, garante a dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro. Agora que vimos essa introdução podemos responder a assertiva.

Está correto!! De acordo com que acabamos de ver, os conselheiros não são remunerados pois sua função é de importância púbica. Aliás, o Conselho de Saúde emite uma declaração de participação dos seus membros durante o período de reuniões, representações, capacitações e qualquer outra atividade, para que ele não tenha prejuízos.

Gabarito: certo

Lista de questões

1) (IBFC - 2013 - SEPLAG-MG – Psicologia) Com base nos preceitos constitucionais, a construção do SUS-Sistema Único de Saúde foi norteada pelos princípios da:

a) Universalidade que dá garantia de atenção à saúde mental ao usuário do serviço que necessitar;

b) Equidade apontando que todo usuário do serviço de saúde deve ser tratado diferencialmente perante o SUS;

c) Indivisibilidade das unidades de prestação de serviços que formam um todo capaz de prestar atenção básica a saúde;

d) Integralidade que demonstra que a atenção a saúde deve considerar as necessidades específicas da pessoa e grupos, ainda que minoritário em relação ao total da população.

2) (IBFC - 2016 - EBSERH - Enfermeiro (HUAP-UFF) Considerando o texto da lei 8080/90, a assistência sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie corresponde a um dos princípios do SUS, que é a (o):

a) Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.

b) Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral

c) Integralidade de assistência.

d) Igualdade da assistência à saúde.

e) Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde.

3) (IBFC - 2013 - ILSL - Auxiliar de Saúde) Entre os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, ***não*** se inclui:

a) Igualdade da assistência à saúde.

b) Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral.

c) Distribuição de renda

d) Descentralização político-administrativa.

4) (IBFC - 2016 - EBSERH - Enfermeiro (HUPEST-UFSC) A universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência é um dos princípios do SUS. O decreto presidencial 7508 de 2011 expressa que: o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia:

a) Necessariamente pela Atenção Primária, pelas Unidades de Saúde da Família

b) Necessariamente pela Atenção Primária, pelas Unidades de Saúde da Família ou Unidades Básicas de Saúde

c) Pela Atenção Primária ou pelas Unidades de Urgência ou Emergência apenas

d) Pelas Portas de Entrada do Sistemas, nelas incluídos os serviços de Atenção psicossocial

e) Pela Atenção Primária apenas, ou excepcionalmente pelos serviços especiais de acesso aberto

5) (IBFC - 2013 - HEMOMINAS - Auxiliar Administrativo) Um dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde-SUS, de:

a) Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral.

b) Humanização da Assistência, em todos os níveis.

c) Saúde da família, como estratégia de organização da Atenção básica.

d) Gratuidade

6) (IBFC - 2013 - HEMOMINAS - Técnico de Enfermagem) Os transplantes de medula óssea são procedimentos de alta complexidade e custo e que consomem importante montante dos recursos do SUS, beneficiando um número relativamente pequeno de pessoas. Ao assumir o financiamento desses procedimentos o setor público age de acordo com um princípio do SUS , que é a:

a) Integralidade.

b) Universalidade.

c) Equidade.

d) Hierarquização.

7) (IBFC - 2013 - HEMOMINAS - Psicólogo Clínico) O Sistema único de Saúde (SUS), criado pela Lei 8.080 de 1990, disponibilizou a partir de sua criação, atendimento em saúde para todo e qualquer cidadão brasileiro. Com relação ao SUS, considere as afirmações abaixo e responda:

I. Está incluída no campo de atuação do SUS a execução de ações de vigilância sanitária. II. O princípio da universalidade é

entendido como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. III. As ações e serviços de saúde executados pelo SUS são organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente. IV. A iniciativa privada pode participar do Sistema Único de Saúde - SUS, em caráter complementar.

a) Todas as afirmações estão incorretas.

b) Estão incorretas as afirmações II e III.

c) Estão corretas apenas as afirmações I,III e IV.

d) Estão corretas as afirmações I,II,III e IV.

8) (IBFC - 2013 - HEMOMINAS - Assistente Social) A lei 8080/90 define os princípios e diretrizes do SUS (Sistema Único de Saúde). A esse respeito é incorreto afirmar que:

a) Devem-se organizar os serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

b) Deve-se dar ênfase na descentralização dos serviços para os municípios.

c) O direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde, é um dos princípios do SUS.

d) A universalidade de acesso é entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

9) (IBFC - 2017 - EBSERH - Advogado (HUGG-UNIRIO) Um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) determina que todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer tipo de discriminação, têm direito ao acesso às ações e serviços de saúde. Assinale a alternativa que corresponde a esse princípio.

a) Integralidade

b) Igualdade

c) Universalidade

d) Equidade

e) Autonomia

10) (IBFC - 2017 - EBSERH - Enfermeiro - (HUGG-UNIRIO) A Constituição de 1988 incorpora um conceito mais abrangente de saúde. Assinale a alternativa correta que contempla um exemplo de fator determinante e condicionante de saúde relacionado ao meio físico.

a) Educação

b) Ocupação

c) Água

d) idade

e) Sexo

11) (IBFC - 2013 - SEPLAG-MG – Psicologia) No art. 3º da Lei Federal nº 8080/90, a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, acesso das pessoas as seguintes condições: I. alimentação, moradia e saneamento básico. II. níveis regulares de saúde, trabalho e renda. III. educação, transporte e lazer. IV. bens e serviços essenciais a capacitação profissional.

Estão corretos os itens:

a) Os itens I e II, apenas.

b) Os itens I e III, apenas.

c) Os itens II e III, apenas.

d) Os itens II e IV, apenas.

12) (IBFC - 2016 - EBSERH - Técnico em Enfermagem (HU-FURG) A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990) expressa os objetivos e ações no campo de atuação do Sistema Único de Saúde-SUS. Assinale a alternativa que contém um objetivo e ações que não é contemplado nessa lei.

a) Identificação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde.

b) Participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos radioativos.

c) Formulação da política de equipamentos e medicamentos de interesse para a saúde e a participação na sua produção.

d) Formulação de políticas de inclusão social.

e) Vigilância nutricional e orientação alimentar.

13) (IBFC - 2013 - SEPLAG-MG – Psicologia) A Lei 8080/90 define como:

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

b) saúde do trabalhador como o conjunto de ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, voltada ao atendimento dos agravos da saúde dos trabalhadores, visando sua reabilitação.

c) assistência às pessoas somente o conjunto das ações de prevenção e promoção da saúde realizada pelos equipamentos médicos de saúde.

d) vigilância sanitária o conjunto de ações capaz de prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente.

14) (VUNESP - 2019 - Prefeitura de Itapevi - SP - Agente Comunitário de Saúde) A saúde deve ser entendida de uma forma positiva, dando especial realce aos recursos pessoais e sociais de cada indivíduo. Portanto, a responsabilidade da promoção da saúde

a) é exclusivamente do setor saúde.

b) cabe ao setor meio ambiente e saúde.

c) é de cada indivíduo e da comunidade onde vive.

d) é resultado de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, coletivos e individuais.

e) depende da área econômica de cada município para disponibilizar os recursos para as ações sanitárias.

15) (VUNESP - 2013 - ITESP - Analista de Desenvolvimento Agrário - Serviço Social – RH) O Sistema Único de Saúde – SUS, instituído pela Constituição Federal de 1988, contempla os determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado. O serviço público que organiza a rede assistencial e de reinserção da pessoa com transtorno mental é o

a) Centro de Atenção Psicossocial.

b) Centro de Referência de Serviço social.

c) Conselho Estadual de Saúde.

d) Serviço de Proteção Mental.

e) Benefício de Prestação Continuada.

16) (VUNESP – 2018 – Prefeitura de Buritizal – SP – Agente Comunitário de Saúde) Quando o profissional de saúde realiza ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como a coletiva dos problemas de saúde, pode-se afirmar que está sendo realizado (a)

a) atendimento direcionado.

b) diagnóstico de saúde.

c) vigilância em saúde

d) controle sanitário.

e) ação terapêutica.

17) (VUNESP - 2019 - Prefeitura de Valinhos - SP – Procurador) É o conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. Esse é o conceito dado pela Lei n 8.080/90 para

a) vigilância epidemiológica

b) vigilância sanitária

c) assistência terapêutica integral

d) saúde do trabalhador

e) avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde.

18) (VUNESP – 2018 – Prefeitura de Serrada - SP – Agente de Controle de Endemias) O baixo nível de escolaridade e o alto índice de desemprego contribuem significativamente para o estabelecimento de moradias precárias como "favelas" e "cortiços". A falta de informação e de educação sanitária da população e o baixo poder aquisitivo dificultam o acesso aos sistemas de saneamento, distribuição de água potável, tratamento de esgotos e coleta adequada do lixo produzido. O crescimento desordenado das cidades, a ocupação inadequada do solo, a falta de estrutura sanitária para atender a demanda, juntamente com os hábitos e costumes da sociedade em relação à geração e ao destino do lixo propiciaram um excedente de resíduos orgânicos, possibilitando um aumento nas populações de animais sinantrópicos, muitos dos quais com grande impacto com grande impacto na Saúde Pública (Papini, 2012). O texto refere-se à necessidade

a) do controle social dos recursos públicos.

b) de aumentar a arrecadação de impostos

c) de maior participação dos funcionários públicos concursados nas decisões.

d) de o poder público resolver as questões referentes ao saneamento básico.

e) de educação ambiental formal e não formal dos cidadãos.

19) (VUNESP – 2013 – PROCON-SP – Especialista em Proteção e Defesa do Consumidor I) Compete à União, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária,

a) exercer a vigilância sanitária de portos, rodoviárias, aeroportos e fronteiras.

b) normatizar, controlar e fiscalizar produtos, substâncias e serviços de interesse para a saúde.

c) manter sistema de informações em vigilância sanitária, subordinando aos Estados, o Distrito Federal e os Municípios.

d) atuar em circunstâncias ordinárias de risco à saúde.

e) prestar cooperação exclusivamente técnica aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios.

20) (VUNESP – 2019 – Prefeitura de Valinhos – SP – Agente de Combate às Endemias – SS) A notificação compulsória

a) será realizada somente diante da confirmação de doença ou agravo.

b) é facultativa aos responsáveis por estabelecimentos educacionais públicos ou privados.

c) será feita à Secretaria de Saúde do Município do local de atendimento do paciente.

d) é obrigatória apenas para profissionais de saúde com formação médica.

e) poderá ser registrada em sistema de informação a critério do agente notificador.

21)(IBFC - 2016 - EBSERH - Técnico em Enfermagem (HUAP-UFF) De acordo com decreto presidencial 7508 de 28 de junho de 2011, o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde, corresponde à (ao):

a) Rede de Atenção à Saúde

b) Porta de Entrada do Sistema de Saúde

c) Mapa da Saúde

d) Região de Saúde

e) Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

22) (IBFC - 2016 - EBSERH - Técnico em Enfermagem (HU-FURG) De acordo com o Decreto Presidencial no 7.508, de 28 de junho de 2011, a(s) instância(s) de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS é (são):

a) O CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde.

b) O CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.

c) As comissões intergestoras.

d) Os consórcios de saúde.

e) As conferências de saúde.

23) (IBFC - 2016 - EBSERH - Analista de Tecnologia da Informação - Processos (HUAP-UFF) Considerando o decreto presidencial 7508 de 28 de junho de 2011, analise as afirmativas abaixo e assinale a alternativa correta:

I. O Ministério da Saúde é o órgão competente para dispor sobre a RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional.

II. O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica não pressupõe estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS.

III. 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.

a) I, II e III são corretas.

b) Apenas III é correta.

c) Apenas II é correta.

d) As sentenças I, II e III são incorretas.

e) Apenas I e III são corretas.

24) (IBFC - 2017 - EBSERH - Assistente Administrativo (HUGG-UNIRIO) O sistema de informação do SUS que permite a geração do Cartão Nacional de Saúde, que facilita a gestão do Sistema Único de Saúde e contribui para o aumento da eficiência no atendimento direto ao usuário é o:

a) CADSUS - Sistema de Cadastramento de usuários do SUS

b) CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

c) SIPNASS - Sistema do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde

d) SIASUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

e) GIL - Gerenciamento de Informações Locais

25) (IBFC - 2016 - EBSERH - Técnico em Análises Clínicas - (HUPEST-UFSC) Segundo o decreto presidencial 7508/2011 a instância de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS é:

a) A Conferência de Saúde

b) A Comissão Intergestores

c) A Região de Saúde

d) O Conselho de Saúde

e) O Ministério ou as secretarias de saúde, conforme o caso

26) (IBFC - 2013 - EBSERH - Advogado) Segundo o Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011, a 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 é a definição de

a) Pactuação Integrada em Saúde.

b) Rede hierarquizada em Saúde.

c) Rede de Atenção à Saúde.

d) Mapa da Saúde.

27) (IDECAN – 2017 – INCA) Na era Vargas (1930 – 1945), a assistência médica prestada no país através por meio dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) era voltada:

a) A toda população brasileira.

b) Apenas aos trabalhadores das forças armadas.

c) A todos os trabalhadores brasileiros, independentemente da atividade exercida.

d) Apenas aos trabalhadores que exerciam atividades de determinada categoria profissionais.

28) (FGV - 2010 - FIOCRUZ - Tecnologista em Saúde - Informação Científica e Imagem em Saúde) A década de 1980 pode ser considerada um "divisor de águas" na trajetória da política de saúde no país. Nesse período, é possível detectar transformações não apenas na política de saúde como também na política nacional de informação em saúde. Em relação a este momento histórico, avalie as afirmativas a seguir.

I – A redução da informação a meras estatísticas foi substituída por uma abordagem que destacava seu potencial para a tomada de decisões.

II – Como as liberdades democráticas começavam a ser reconquistadas, os debates sobre política de saúde foram favorecidos.

III – Apesar de haver um claro processo de evolução política em torno da informação sobre saúde, mantinha-se ainda, um modelo de gestão "emissor-receptor".

Assinale:

a) se nenhuma afirmativa estiver correta.

b) se todas as afirmativas estiverem corretas.

c) se apenas a afirmativa I estiver correta.

d) se apenas a afirmativa II estiver correta.

e) se apenas a afirmativa III estiver correta.

29) (AOCP - 2018 - Prefeitura de Juiz de Fora - MG - Enfermeiro) No início do século XX, o sanitarismo campanhista visava, principalmente,

a) sanear os espaços de circulação das mercadorias exportáveis.

b) organizar os serviços públicos e descentralizar as ações de saúde coletiva.

c) implantar redes temáticas de atenção em saúde.

d) intensificar ações voltadas para a saúde do trabalhador.

e) monitorar a qualidade de bens de consumo de interesse à saúde.

30) (FJG - RIO - 2008 - COMLURB - Técnico - Segurança do Trabalho) De acordo com o texto do artigo 200 da Constituição Federal de 1988, além de outras atribuições, compete ao Sistema Único de Saúde:

a) "promover a educação ambiental em todos os níveis de ensino e a conscientização pública para a preservação do meio ambiente"

b) "colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho"

c) "proteger o meio ambiente e combater a poluição em qualquer de suas formas"

d) "recuperar o meio ambiente degradado, de acordo com solução técnica exigida pelo órgão público competente"

31) (CESGRANRIO - 2014 - Petrobras - Técnico(a) de Segurança Júnior) Nos termos da Constituição Federal, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede e constituem um sistema único, organizado de acordo com a seguinte diretriz

a) centralismo democrático

b) financiamento privado

c) separação das atividades educacionais

d) prioridade para atendimentos especiais

e) participação da comunidade

32) (VUNESP - 2013 - FUNDUNESP - Engenheiro de Segurança) De acordo com a Lei Orgânica da Saúde,

a) a revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho deverá contar, em sua elaboração, com a colaboração das entidades sindicais.

b) as ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária para a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores incluem permitir que estes possam interromper suas atividades em situação de risco.

c) os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, sejam municipais ou regionais, são polos irradiadores da cultura especializada na relação entre o processo de trabalho e o processo saúde/doença.

d) a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador deve ter como princípio a busca de permanente cooperação com o Ministério do Trabalho e Emprego.

e) a avaliação do impacto que as novas tecnologias podem representar para a segurança e saúde dos trabalhadores deve considerar as manifestações regulamentares da CIPA.

33) (IBGP - 2017 - CISSUL - MG - Técnico de Segurança do Trabalho) De acordo com título VIII, capítulo II, que dispõe sobre a Seguridade Social, os artigos 196 e 200, respectivamente, afirmam que 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. E ao Sistema Único de Saúde (SUS) competem atribuições, nos termos da lei. Assinale a alternativa que se refere CORRETAMENTE às competências/atribuições do SUS.

a) Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador.

b) Controlar e fiscalizar a formação de recursos humanos na área de saúde; Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico.

c) Incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento tecnológico exclusivamente; Fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano.

d) Delegar o controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; Colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

34) (CS-UFG - 2017 - UFG - Técnico em Enfermagem) De acordo com a Lei n. 8080/1990, as ações e os serviços de saúde públicos e privados contratados ou conveniados, que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), deverão se desenvolver considerando os princípios estabelecidos na legislação. O direito ao acesso a estes serviços, em todos os níveis de atenção, refere-se ao princípio da:

a) integralidade.

b) universalidade.

c) igualdade.

d) utilidade.

35) (CONSULPLAN - 2018 - Câmara de Belo Horizonte - MG - Técnico de Segurança do Trabalho) De acordo com a Constituição Federal de 1988 no Título VIII, Capítulo II, 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.

Estão corretas apenas as afirmativas

a) I e II.

b) I e IV.

c) I, II e III.

d) I, II, III e IV.

36) (FUNDEP (Gestão de Concursos) - 2019 - Prefeitura de Teixeiras - MG - Orientador Social) Sobre o conceito de saúde na perspectiva do SUS assinale a alternativa incorreta.

a) A saúde é a ausência de doença.

b) A saúde é um direito fundamental do ser humano.

c) A saúde é importante para identificar a organização social e econômica de um país.

d) A saúde é um dever do Estado, das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

37) (FUNDEP (Gestão de Concursos) - 2019 - Prefeitura de Teixeiras - MG - Orientador Social) A política de saúde brasileira tem como característica central o controle social e a participação, legitimados por meio da Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Tendo em vista o controle social, analise o trecho a seguir. As (os) _____ são encontros entre trabalhadores, gestores e _____ que se reúnem a cada _____ para _____ a situação de saúde e propor _____ para a formulação de políticas de saúde.

Assinale a alternativa que completa corretamente e respectivamente as lacunas anteriores.

a) Conselhos de saúde / Vereadores / Semana / Investigar / Programas

b) Conferências de saúde / Usuários / Quatro anos / Avaliar / Diretrizes

c) Comissões locais / Usuários / Ano / Avaliar / Estratégias

d) Reuniões de equipe / Famílias / Dia / Desenhar / Mudanças

38) (FUNDEP (Gestão de Concursos) - 2019 - Prefeitura de Teixeiras - MG - Orientador Social) O Sistema Único de Saúde, criado por meio da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, tem como objetivo garantir acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas. Assinale a alternativa que apresenta corretamente os princípios do SUS.

a) Coordenação do cuidado, trabalho em equipe e gestão participativa.

b) Economia de escala, longitudinalidade e equipe multiprofissional.

c) Universalidade, Integralidade e Participação da Comunidade.

d) Igualdade, fraternidade e humanização.

39) (IESES - 2019 - Prefeitura de São José - SC - Médico) De acordo com a Lei Federal nº 8080 de 19/09/90 a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros:

I. Alimentação.

II. Moradia.

III. Saneamento básico.

IV. Educação.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta:

a) Apenas a assertiva I está correta.

b) Apenas as assertivas I e II estão corretas.

c) Apenas as assertivas I, II e III estão corretas.

d) As assertivas I, II, III e IV estão corretas.

40) (CESPE - 2013 - UNIPAMPA - Assistente Social)

A respeito da política de saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS), julgue o item que se segue.

Os fatores condicionantes e determinantes da saúde marcam o caráter intersetorial da política de saúde, uma vez que são objeto de intervenção de outras políticas setoriais.

41) (FUNCAB - 2013 - SESACRE - Técnico em Enfermagem) Analise as alternativas abaixo e marque a opção que corresponde a uma ação específica do campo de atuação da Vigilância Sanitária.

a) Desenvolver ações de promoção, prevenção e controle das doenças transmissíveis.

b) Elaborar informes epidemiológicos sobre a mortalidade infantil e seus determinantes.

c) Autorizar o funcionamento dos laboratórios farmacêuticos e demais empresas da cadeia farmacêutica.

d) Elaborar boletins periódicos para análise da situação de saúde de uma determinada população.

e) Institucionalizar a política de monitoramento e avaliação de indicadores de saúde.

42) (AOCP - 2010 - FESF-BA - Enfermeiro - 2 - azul) De acordo com a Lei 8080/90, entende-se por vigilância sanitária

a) um conjunto de ações capaz de eliminar, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

b) 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.

c) um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

d) 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.

e) um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, 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.

43) (AOCP - 2018 - Prefeitura de Juiz de Fora - MG - Enfermeiro) O que é vigilância epidemiológica?

a) 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.

b) Um conjunto de atividades que se destina à promoção e proteção da saúde, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

c) Um conjunto de ações que proporciona a detecção ou prevenção de qualquer mudança da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de avaliar o impacto que as tecnologias provocam à saúde.

d) Um conjunto de atividades que se destina ao controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde.

e) Um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

44) (FGV - 2010 - FIOCRUZ - Tecnologista em Saúde - Informação Científica e Imagem em Saúde) Um sistema de informação em saúde colhe, processa e analisa dados com o objetivo de, entre outras coisas, organizar e avaliar os serviços do setor. Para isso, há a necessidade de operar com subsistemas que produzem informações setoriais.
Em relação a estes subsistemas, assinale a afirmativa que apresenta, corretamente, a sigla e as atribuições.

a) SINASC- permite o acompanhamento de epidemias, indicando riscos aos quais a população está sujeita e contribuindo para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica.

b) SINAN- aporte de dados sobre nascidos vivos, com informações importantes como sexo, local de nascimento, tipo de parto e peso ao nascer.

c) SIM- a partir da coleta de declarações de óbito, oferece informações importantes para a definição de prioridades nos programas de prevenção e controle de doenças.

d) SIAB- planeja, acompanha e avalia programas sociais de alimentação e nutrição, com o objetivo de fornecer dados estatísticos para a formulação de políticas públicas.

e) SISVAN- disponibiliza informações quantitativas sobre os procedimentos dos atendimentos ambulatoriais.

45) (FGV - 2010 - FIOCRUZ - Técnico em Saúde Pública - Vigilância em Saúde) O Sistema de Informação em Saúde que permite calcular a mortalidade proporcional segundo a causa do óbito é o:

a) Sistema de Informações Hospitalares.

b) Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

c) Sistema de Informação sobre Mortalidade.

d) Sistema de Informações da Atenção Básica.

e) Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos.

46) (IESES - 2019 - Prefeitura de São José - SC - Médico) 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 **EXCETO**:

a) Exclusão da participação da comunidade para garantia da qualidade dos serviços prestados.

b) Descentralização, com direção única em cada esfera de governo.

c) Participação da comunidade.

d) Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

47) (ADM&TEC - 2016 - Prefeitura de Buíque - PE - Assistente Social) Leia as afirmativas a seguir e marque a opção **INCORRETA**:

a) O atendimento integral, no SUS, dá prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

b) São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo à iniciativa privada 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.

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

d) O SUS é organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

e) A descentralização, no SUS, possui direção única em cada esfera de governo.

48) (CESPE - 2013 - UNIPAMPA - Assistente Social) A respeito da política de saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS), julgue o item que se segue.

A criação do SUS, embora tenha proporcionado avanços na área da saúde, não aumentou a consciência sanitária em relação ao direito à saúde, devido a compreensão estar reduzida à atenção médica curativa e à judicialização da saúde.

49) (CESPE - 2013 - UNIPAMPA - Assistente Social) A respeito da política de saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS), julgue o item que se segue.

As políticas de atenção à saúde foram reorganizadas por meio de mecanismos de participação social, representados pelos conselhos de saúde, de mecanismos de formação da vontade política, efetivados por meio das conferências de saúde, e de mecanismos de gestão compartilhada, negociação e pactuação entre os entes governamentais envolvidos em um sistema descentralizado de saúde.

50) (CESPE - 2014 - Câmara dos Deputados - Analista Legislativo - Consultor Legislativo Área XVI)
Acerca dos sistemas de informações em saúde no Brasil, julgue o item que se segue.

O Sistema de Informações Hospitalares do SUS dispõe de informações sobre as unidades hospitalares públicas pertencentes aos níveis federal, estadual e municipal, dele não constando dados relacionados à rede privada.

51) (CESPE - 2010 - INCA - Tecnologista Júnior – Programas Educacionais em Saúde)
Texto associado:

O conceito de educação em saúde está ancorado no conceito de promoção da saúde, que, por sua vez, está embasada em um conceito de saúde considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físicos e mentais (ausência de doença), ambientais, pessoais e sociais.

M.F.A.S. Machado et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. In: Ciências Saúde Coletiva, 2007, v.12, nº 2, p. 335-42.

No que se refere à educação em saúde no contexto do SUS, julgue o item a seguir.

Porque o comportamento e o estilo de vida dos indivíduos e grupos sociais são, em alguma medida, determinados pelo ambiente, a difusão de conhecimento é suficiente para gerar mudanças sustentáveis no estilo de vida e nos hábitos da população.

52) (CESPE - 2016 - TCE-PA - Auditor de Controle Externo - Área Administrativa - Enfermagem) A respeito das formas de organização dos serviços e do planejamento no SUS, julgue o item que se segue.

O mapa da saúde é um instrumento utilizado no planejamento em saúde para a identificação das necessidades e a orientação do planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo assim para o estabelecimento de metas.

53) (CESPE - 2016 - TCE-PA - Auditor de Controle Externo - Área Administrativa - Enfermagem) As informações em saúde devem contribuir de maneira eficiente para a orientação e o planejamento do processo de regionalização em saúde. No que concerne a esse assunto, julgue o item subsequente.

Uma região de saúde deve ser organizada de forma a ofertar à população de determinado conjunto de municípios limítrofes ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência e atenção psicossocial, ficando a atenção ambulatorial especializada e hospitalar a cargo do estado.

54)(CESPE - 2017 - SEDF - Professor de Educação Básica - Enfermagem) À luz do Decreto n.º 7.508/2011, que regulamenta alguns dispositivos da Lei Orgânica do SUS e trata da gestão e da organização desse sistema, julgue o item que se segue, relativo a políticas públicas em saúde.

O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde inicia-se pelas portas de entrada do SUS, a saber: serviços de atenção primária, de urgência e emergência, de atenção psicossocial; especiais de acesso aberto e de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados.

55)(CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) Com base no disposto no Decreto n.º 7.508/2011, julgue o item a seguir.

As transferências de recursos serão realizadas pelos entes estaduais responsáveis por cada município, independentemente de região de saúde.

56) (CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) Com base no disposto no Decreto n.º 7.508/2011, julgue o item a seguir.

O município poderá compor mais de uma região de saúde interestadual, conforme as regiões de saúde dos estados vizinhos.

57) (CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) Com base no disposto no Decreto n.º 7.508/2011, julgue o item a seguir.

Para a instituição de uma região de saúde, é suficiente que o local possua: atenção primária, urgência e emergência, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde.

58) (CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) Com base no disposto no Decreto n.º 7.508/2011, julgue o item a seguir.

Atualmente os estudos das iniquidades em saúde focam a relação de causa e efeito entre a pobreza e a saúde; esses estudos têm demonstrado que a relação é uma relação direta.

59) (CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) De acordo com o que dispõe a Lei n.º 8.080/1990, julgue o item subsequente.

Os determinantes sociais da saúde têm por base as iniquidades em saúde, ou seja, as desigualdades que, além de relevantes e sistemáticas, são consideradas evitáveis, injustas e desnecessárias.

60) (CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) De acordo com o que dispõe a Lei n.º 8.080/1990, julgue o item subsequente.

A decisão dos aspectos operacionais entre gestores ocorre por meio de pactuações entre gestores e das comissões Intergestores bipartite e tripartite.

61) (CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) De acordo com o que dispõe a Lei n.º 8.080/1990, julgue o item subsequente.

A hierarquização — um princípio do SUS — está associada à progressão nos níveis de complexidade conforme o avanço do grau tecnológico das ações em saúde.

62) (CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) De acordo com o que dispõe a Lei n.º 8.080/1990, julgue o item subsequente.

A participação da iniciativa privada no SUS poderá ocorrer mediante contrato ou convênio, desde que em caráter complementar e após a aprovação no Conselho Nacional de Saúde, conforme critérios estabelecidos pela direção nacional do SUS.

63) (CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) Com relação aos sistemas de informações em saúde, julgue o item seguinte.

O Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde proporciona aos gestores informações relacionadas aos recursos físicos e humanos disponíveis.

64) (CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) Com relação aos sistemas de informações em saúde, julgue o item seguinte.

Denominam-se sistemas de informações estatístico-epidemiológicas aqueles que incluem o conhecimento da mortalidade e suas causas determinantes, do padrão de morbidade da população ou da demanda atendida pelos serviços, dos aspectos demográficos, sociais e econômicos e suas relações com a saúde da população.

65) (CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) Com base no disposto no Decreto n.º 7.508/2011, julgue o item a seguir.

Observadas as diretrizes pactuadas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), o Ministério da Saúde disporá sobre a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e sobre a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas, devendo consolidar e publicar as atualizações da RENASES e da RENAME a cada dois anos.

66) (CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) Com base no disposto no Decreto n.º 7.508/2011, julgue o item a seguir.

Compete à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) pactuar as etapas do processo e os prazos do planejamento municipal em consonância com os planejamentos estadual e nacional.

67) (CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) Acerca da evolução das conferências nacionais de saúde no Brasil, julgue o item que se segue.

Atualmente as conferências de saúde ocorrem em caráter ordinário a cada quatro anos, podendo extraordinariamente ser convocadas pelo Conselho de Saúde ou pelo Poder Executivo.

68) (CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) Em relação à evolução histórica da saúde no Brasil, julgue o item a seguir.

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira foi, inicialmente, um movimento da intelectualidade universitária e dos profissionais de saúde; os setores sindicais e os movimentos populares se incorporaram ao movimento posteriormente.

69) (CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) Em relação à evolução histórica da saúde no Brasil, julgue o item a seguir.

O plano de descentralização da saúde do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária, de 1982, resultou da adoção das ações integradas de saúde (AIS) para fortalecer o atendimento previdenciário da época.

70) (CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) Em relação à evolução histórica da saúde no Brasil, julgue o item a seguir.

O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde implementou no Brasil a concepção de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos.

71) (CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) Em relação à evolução histórica da saúde no Brasil, julgue o item a seguir.

Com as ações integradas de saúde, instituídas em meados da década de 80 do século passado, tornou-se ainda mais marcante o assistencialismo exclusivista e hegemônico da época, o que impulsionou o descontentamento da classe médica.

72) (CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) Em relação à evolução histórica da saúde no Brasil, julgue o item a seguir.

Antes da implantação do SUS, as ações predominantes do Ministério da Saúde eram de promoção da saúde e prevenção de doenças, voltadas para campanhas de vacinação e controle de endemias.

73) (CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) No que se refere ao controle social do Sistema Único de Saúde (SUS) e ao disposto na Resolução n.º 453/2012 do Conselho Nacional da Saúde, julgue o item a seguir.

Os conselhos de saúde devem configurar-se como espaços de discussão social de conflitos de interesse, o que significa que devem não só assumir papel de gestão, mas também apontar direções e alternativas aos problemas de saúde.

74) (CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) No que se refere ao controle social do Sistema Único de Saúde (SUS) e ao disposto na Resolução n.º 453/2012 do Conselho Nacional da Saúde, julgue o item a seguir.

Cabe aos conselhos de saúde controlar a atuação do setor privado credenciado mediante contrato ou convênio na área de saúde.

75) (CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) No que se refere ao controle social do Sistema Único de Saúde (SUS) e ao disposto na Resolução n.º 453/2012 do Conselho Nacional da Saúde, julgue o item a seguir.

A forma institucionalizada da participação da comunidade no SUS se dá em cada esfera de governo por meio de duas instâncias colegiadas, as comissões Intergestores e os conselhos de saúde.

76) (CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior - Área Médica) No que se refere ao controle social do Sistema Único de Saúde (SUS) e ao disposto na Resolução n.º 453/2012 do Conselho Nacional da Saúde, julgue o item a seguir.

O exercício de membro do conselho de saúde, considerado de relevância pública, é não remunerado.

*****

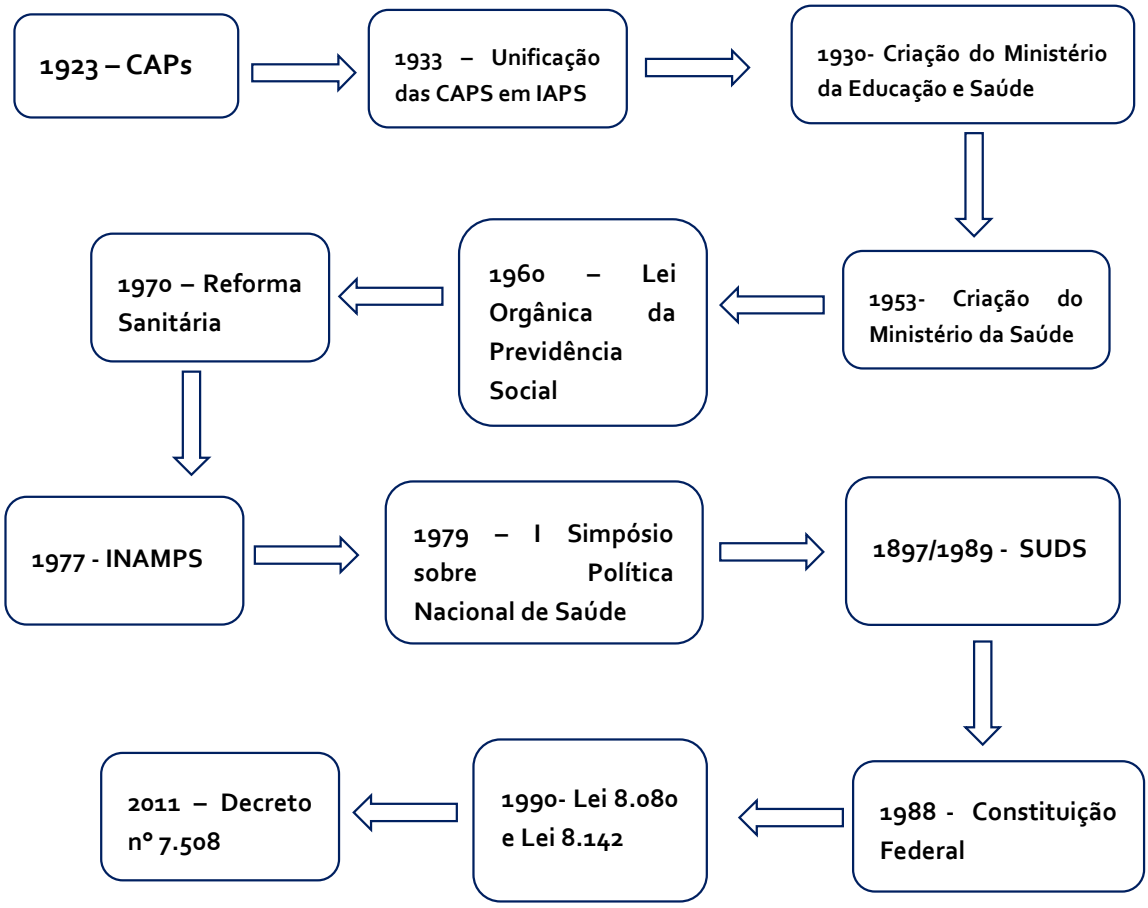
Gabarito

1. D
2. D
3. C
4. D
5. A
6. C
7. C
8. D
9. B
10. C
11. B
12. D
13. A
14. D
15. A
16. C
17. A
18. E
19. B
20. C
21. A
22. C
23. E
24. A
25. B
26. D
27. D
28. B
29. B
30. B
31. E
32. A
33. A
34. B
35. D
36. A
37. B
38. C
39. D
40. CERTO
41. C
42. B
43. E
44. C
45. C
46. A
47. B
48.
49. ERRADO
50. ERRADO
51. ERRADO
52. CERTO
53. ERRADO
54. ERRADO
55. ERRADO
56. ERRADO
57. ERRADO
58. ERRADO
59. CERTO
60. CERTO
61. CERTO
62. CERTO
63. CERTO
64. CERTO
65. CERTO
66. ERRADO
67. CERTO
68. CERTO
69. ERRADO
70. CERTO
71. ERRADO
72. CERTO
73. CERTO
74. CERTO
75. ERRADO
76. CERTO

Resumo direcionado

Este resumo aborda os pontos mais importantes da legislação, sendo dividido de acordo com os capítulos e títulos da legislação, para melhor visualização.

História da Saúde Pública no Brasil



Constituição Federal de 1988 – Artigos 196° ao 200°.

"A saúde é um direito de todos e dever do Estado..."

As ações e serviços de saúde devem estar organizadas de forma regionalizada e hierarquizada, e terem como diretrizes: a descentralização; atividades voltadas para a prevenção; e participação social. O financiamento do SUS será feito pelo orçamento da Seguridade Social.

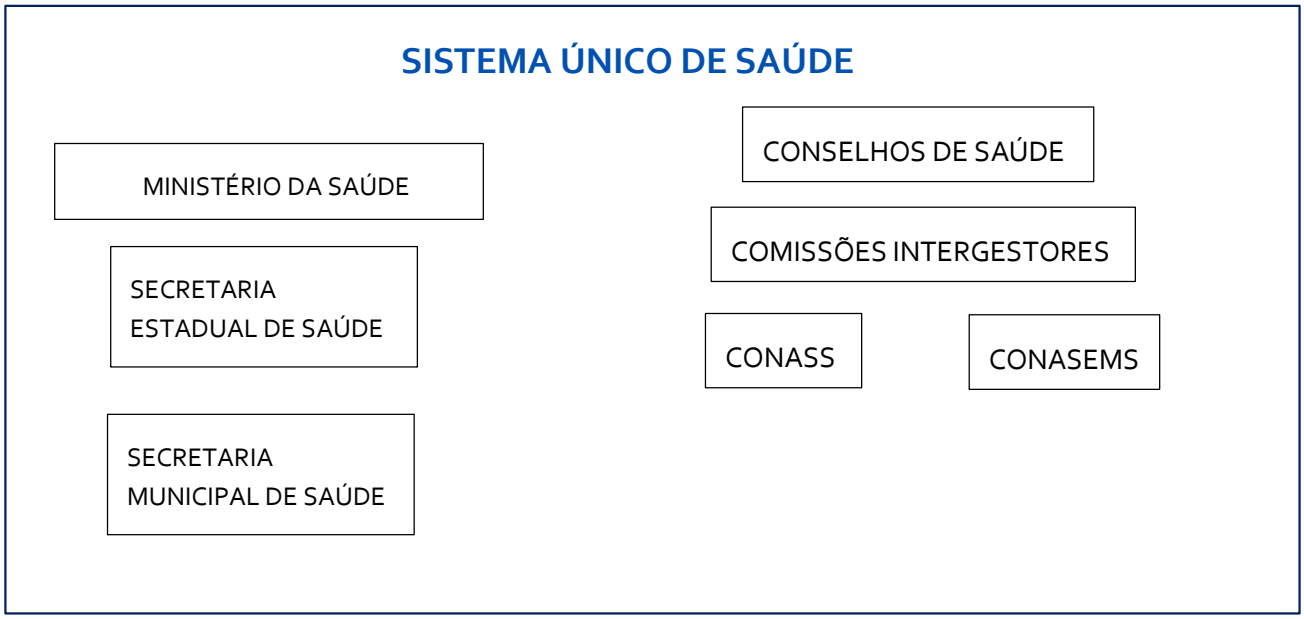
É livre a participação da iniciativa privada, desde que seja em caráter complementar e esteja formalizada através de contratos ou convênios. Tem prioridade as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Saúde Antes da CF de 1988	Saúde a partir da CF de 1988
Ações para a cura de doenças	Ações de promoção, prevenção e recuperação
Saúde era um direito apenas dos que contribuíam com a previdência	Saúde é um direito de todos, sem discriminação.
Voltada para a doença	Voltada para redução do risco de adoecer e outros agravos
Acesso restrito a população trabalhadora	Acesso Universal e igualitário

Princípios e Diretrizes do SUS:

- **Princípios:**
  Universalização: Trata da saúde como direito de todos e dever do Estado.
  Equidade: Busca diminuir as desigualdades, garantindo que todos recebam o atendimento de acordo com cada necessidade.
  Integralidade: Este princípio enxerga as pessoas como um todo, e por isso busca atender todas as suas necessidades
- **Diretrizes:**
  Descentralização: com direção única em cada esfera de governo.
  Atendimento integral: com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.
  Participação da comunidade.

Sistema Único de Saúde – SUS



O planejamento em saúde tem por objetivo atender as demandas internas e externas. O PlanejaSUS deve ser executado de forma contínua, articulada, integrada e solidária.

Carta dos direitos dos usuários do SUS

- **Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.**
- **Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.**
- **Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.**
- **Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.**
- **Todo cidadão também tem responsabilidade para que seu tratamento aconteça da forma adequada.**

Lei Orgânica da Saúde – Lei n° 8.080/1990

São objetivos do SUS: identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde; formular a política de saúde destinada a promover, nos campos econômicos e social no que diz respeito a participação da iniciativa privada no SUS; 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.

Princípios

- **Universalização**
- **Equidade**
- **Integralidade**
- **Regionalização e Hierarquização**
- **Descentralização**
- **Participação Popular**

A atuação do SUS não se limita a serviços de atendimentos médicos. Dentro desse campo, chamado SUS, estão inclusas outras ações:

I – Execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica.

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

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

I – o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e
II – o controle da prestação de serviços que se relacionam diretamente ou indiretamente com a saúde.

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

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

Decreto n° 7.508/2011

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.

Portas de entrada: serviços de atendimento inicial à saúde dos usuários do SUS.

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

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

Rede de atenção à saúde: conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente (da atenção básica para a alta complexidade), com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.

RENASES: Compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde.

RENAME: Compreende a seleção e padronização de medicamentos indicado para atendimento de doenças e agravos no âmbito do SUS.

Determinantes de Saúde

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde, os fatores determinante e condicionantes de saúde são: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o aceso aos bens e serviços essenciais para a saúde.

Sistemas de Informações em Saúde - SIS

São instrumentos padronizados de monitoramento e coleta de dados, que tem o objetivo de fornecer informações para análise e para melhorar a compreensão de importantes problemas de saúde da população, auxiliando na tomada de decisão nos níveis municipal, estadual e federal.

Alguns dos Sistemas de Informação em Saúde:

- **SIASUS**
- **SIHD**
- **SIH-SUS**
- **SISAIH01**
- **SIAB**
- **SINAN**
- **CNES**
- **TabNet**
- **TabWin**
- **SIM/SINASC**
- **SIVAN**

Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n 63:

Regulamento técnico sobre os requisitos de Boas Práticas para Funcionamento de Serviços de Saúde.

Gerenciamento da qualidade: Os serviços de saúde devem desenvolver ações no sentido de estabelecer uma política de qualidade envolvendo estrutura, processo e resultado na sua gestão dos serviços, além de usar a Garantia da Qualidade como ferramenta de gerenciamento.

Segurança do paciente: Estratégias para garantir a segurança do paciente nos serviços assistenciais de saúde

Prontuário do paciente: prontuário seja preenchido de forma legível por todos os profissionais envolvidos diretamente na assistência ao paciente, com aposição de assinatura e carimbo em caso de prontuário em meio físico.

Gestão de pessoal: A equipe de saúde deve ser multiprofissional dimensionada de acordo com o perfil de demanda, além de manter o registro de formação e qualificação dos profissionais compatíveis com as funções desempenhadas

Proteção à saúde do trabalhador: deve-se garantir mecanismos de orientação sobre imunização contra tétano, difteria, hepatite B e contra outros agentes biológicos a que os trabalhadores possam estar expostos, realizar avaliações periódicas em relação à saúde ocupacional mantendo registros desta avaliação

Controle de vetores e pragas: O controle químico, quando for necessário, deve ser realizado por empresa habilitada e possuidora de licença sanitária e ambiental e com produtos desinfetantes regularizados pela Anvisa.

Resolução da Diretoria Colegiada – RDC 36:

Institui as ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.

Resolução n 453:

Conselho de Saúde Primeira Diretriz : o Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei no 8.142/90.

Legislação referente à nossa aula

Lei Orgânica da Saúde - Lei nº 8.080/1990

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

TÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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

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

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, 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. (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013)

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

TÍTULO II

DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

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

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

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

CAPÍTULO I

Dos Objetivos e Atribuições

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

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

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

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

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

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

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

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

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

V - 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;

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

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

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

CAPÍTULO II

Dos Princípios e Diretrizes

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

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

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

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

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

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

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

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

VIII - participação da comunidade;

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

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

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

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

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

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

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

XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. (Redação dada pela Lei nº 13.427, de 2017)

CAPÍTULO III

Da Organização, da Direção e da Gestão

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

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

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

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

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

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

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

Art. 11. (Vetado).

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

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

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

I - alimentação e nutrição;

II - saneamento e meio ambiente;

III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;

IV - recursos humanos;

V - ciência e tecnologia; e

VI - saúde do trabalhador.

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

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Art. 14-A. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo: (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

I - 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; (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

II - 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; (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

III - 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. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

Art. 14-B. 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. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

§ 1º O Conass e o Conasems receberão recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Saúde, para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais, podendo ainda celebrar convênios com a União. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

§ 2º 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. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

CAPÍTULO IV

Da Competência e das Atribuições

Seção I

Das Atribuições Comuns

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

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

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

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

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

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

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

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

VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;

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

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

Seção II

Da Competência

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

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

II - participar na formulação e na implementação das políticas:

a) de controle das agressões ao meio ambiente;

b) de saneamento básico; e

c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

III - definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;

b) de rede de laboratórios de saúde pública;

c) de vigilância epidemiológica; e

d) vigilância sanitária;

IV - 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;

V - 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;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal. (Vide Decreto nº 1.651, de 1995)

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

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

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

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

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

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

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição; e

d) de saúde do trabalhador;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

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

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

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

IV - executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico; e

e) de saúde do trabalhador;

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

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

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

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

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

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

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

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

CAPÍTULO V

Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar 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. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 1º O Subsistema de que trata o *caput* deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 3º 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. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

CAPÍTULO VI

DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR
(Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares 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. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

CAPÍTULO VII

DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO
(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

§ 3º Ficam os hospitais de todo o País obrigados a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito estabelecido no **caput** deste artigo. (Incluído pela Lei nº 12.895, de 2013)

Art. 19-L. (VETADO) (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

CAPÍTULO VIII

(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

DA ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA E DA INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA EM SAÚDE"

Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea *d* do inciso I do art. 6º consiste em: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - dispensação 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 no art. 19-P; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado.

Art. 19-N. Para os efeitos do disposto no art. 19-M, são adotadas as seguintes definições:

I - produtos de interesse para a saúde: órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos;

II - 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. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-O. 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. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Parágrafo único. Em qualquer caso, os medicamentos ou produtos de que trata o caput deste artigo 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. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-P. Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - 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; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

III - 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. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-Q. 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, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

§ 1º A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento são definidos em regulamento, contará com a participação de 1 (um) representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

§ 2º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - 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; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - 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. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-R. A incorporação, a exclusão e a alteração a que se refere o art. 19-Q serão efetuadas mediante a instauração de processo administrativo, a ser concluído em prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolado o pedido, admitida a sua prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

§ 1º O processo de que trata o caput deste artigo observará, no que couber, o disposto na Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, e as seguintes determinações especiais: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - apresentação pelo interessado dos documentos e, se cabível, das amostras de produtos, na forma do regulamento, com informações necessárias para o atendimento do disposto no § 2º do art. 19-Q; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - (VETADO); (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

III - realização de consulta pública que inclua a divulgação do parecer emitido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

IV - realização de audiência pública, antes da tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

§ 2º (VETADO). (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-S. (VETADO). (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-T. São vedados, em todas as esferas de gestão do SUS: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - 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; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa."

Art. 19-U. A responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos de interesse para a saúde ou procedimentos de que trata este Capítulo será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

TÍTULO III

DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÙDE

CAPÍTULO I

Do Funcionamento

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

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

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

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

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

~~§ 2° Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.~~

Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos: (Redação dada pela Lei nº 13.097, de 2015)

I - doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos; (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

II - pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar: (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

b) ações e pesquisas de planejamento familiar; (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

III - serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

IV - demais casos previstos em legislação específica. (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

CAPÍTULO II

Da Participação Complementar

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

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

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

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

§ 1° Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

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

§ 3° (Vetado).

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

TÍTULO IV

DOS RECURSOS HUMANOS

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

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

II - (Vetado)

III - (Vetado)

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

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

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

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

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

Art. 29. (Vetado).

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

TÍTULO V

DO FINANCIAMENTO

CAPÍTULO I

Dos Recursos

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

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

I - (Vetado)

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

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

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

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

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

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

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

§ 4º (Vetado).

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

§ 6º (Vetado).

CAPÍTULO II

Da Gestão Financeira

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

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

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

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

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

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

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

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;

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

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

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

VI - previsão do plano qüinqüenal de investimentos da rede;

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

~~§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.~~ (Revogado pela Lei Complementar nº 141, de 2012) (Vide Lei nº 8.142, de 1990)

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

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º (Vetado).

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

CAPÍTULO III

Do Planejamento e do Orçamento

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

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

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

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

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

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 39. (Vetado).

§ 1º (Vetado).

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

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

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

§ 7º (Vetado).

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

Art. 40. (Vetado)

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

Art. 42. (Vetado).

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

Art. 44. (Vetado).

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

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

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

Art. 46. o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecerá mecanismos de 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. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48. (Vedado).

Art. 49. (Vedado).

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 51. (Vetado).

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

Art. 53. (Vetado).

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. (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

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

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

Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

Decreto nº 7.508/2011

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Este Decreto regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Art. 2º Para efeito deste Decreto, considera-se:

I - 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;

II - 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;

III - Portas de Entrada - serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS;

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

V - 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;

VI - 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;

VII - 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

VIII - 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.

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO DO SUS

Art. 3º 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.

Seção I

Das Regiões de Saúde

Art. 4º As Regiões de Saúde serão instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT a que se refere o inciso I do art. 30.

§ 1º Poderão ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados em articulação com os Municípios.

§ 2º A instituição de Regiões de Saúde situadas em áreas de fronteira com outros países deverá respeitar as normas que regem as relações internacionais.

Art. 5º Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de:

I - atenção primária;

II - urgência e emergência;

III - atenção psicossocial;

IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e

V - vigilância em saúde.

Parágrafo único. A instituição das Regiões de Saúde observará cronograma pactuado nas Comissões Intergestores.

Art. 6º As Regiões de Saúde serão referência para as transferências de recursos entre os entes federativos.

Art. 7º 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 .

Parágrafo único. Os entes federativos definirão os seguintes elementos em relação às Regiões de Saúde:

I - seus limites geográficos;

II - população usuária das ações e serviços;

III - rol de ações e serviços que serão ofertados; e

IV - respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços.

Seção II

Da Hierarquização

Art. 8º 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.

Art. 9º São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

I - de atenção primária;

II - de atenção de urgência e emergência;

III - de atenção psicossocial; e

IV - especiais de acesso aberto.

Parágrafo único. 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.

Art. 10. Os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica, serão referenciados pelas Portas de Entrada de que trata o art. 9º .

Art. 11. 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, conforme legislação vigente.

Parágrafo único. 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.

Art. 12. 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.

Parágrafo único. As Comissões Intergestores pactuarão as regras de continuidade do acesso às ações e aos serviços de saúde na respectiva área de atuação.

Art. 13. 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:

I - garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde;

II - orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde;

III - monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e

IV - ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde.

Art. 14. O Ministério da Saúde disporá sobre critérios, diretrizes, procedimentos e demais medidas que auxiliem os entes federativos no cumprimento das atribuições previstas no art. 13.

CAPÍTULO III

DO PLANEJAMENTO DA SAÚDE

Art. 15. O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.

§ 1º O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada.

§ 2º A compatibilização de que trata o **caput** será efetuada no âmbito dos planos de saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos entes federativos, e deverão conter metas de saúde.

§ 3º O Conselho Nacional de Saúde 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.

Art. 16. 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.

Art. 17. 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.

Art. 18. 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.

Art. 19. Compete à Comissão Intergestores Bipartite - CIB de que trata o inciso II do art. 30 pactuar as etapas do processo e os prazos do planejamento municipal em consonância com os planejamentos estadual e nacional.

CAPÍTULO IV

DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Art. 20. 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.

Seção I

Da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES

Art. 21. 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.

Art. 22. O Ministério da Saúde disporá sobre a RENASES em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT.

Parágrafo único. A cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENASES.

Art. 23. 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.

Art. 24. 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.

Seção II

Da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME

Art. 25. 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.

Parágrafo único. A RENAME será acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional - FTN que subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos.

Art. 26. O Ministério da Saúde 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.

Parágrafo único. A cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENAME, do respectivo FTN e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Art. 27. 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.

Art. 28. O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente:

I - estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;

II - ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;

III - 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

IV - ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.

§ 1º Os entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem.

§ 2º O Ministério da Saúde poderá estabelecer regras diferenciadas de acesso a medicamentos de caráter especializado.

Art. 29. 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.

CAPÍTULO V

DA ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA

Seção I

Das Comissões Intergestores

Art. 30. As Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo:

I - a CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais;

II - a CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e

III - 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.

Art. 31. Nas Comissões Intergestores, os gestores públicos de saúde poderão ser representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS e pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS.

Art. 32. As Comissões Intergestores pactuarão:

I - 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;

II - 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;

III - 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;

IV - 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

V - referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência.

Parágrafo único. Serão de competência exclusiva da CIT a pactuação:

I - das diretrizes gerais para a composição da RENASES;

II - dos critérios para o planejamento integrado das ações e serviços de saúde da Região de Saúde, em razão do compartilhamento da gestão; e

III - 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.

Seção II

Do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

Art. 33. 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.

Art. 34. 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.

Parágrafo único. 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.

Art. 35. 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.

§ 1º O Ministério da Saúde definirá 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.

§ 2º 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.

Art. 36. O Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde conterá as seguintes disposições essenciais:

I - identificação das necessidades de saúde locais e regionais;

II - oferta de ações e serviços de vigilância em saúde, promoção, proteção e recuperação da saúde em âmbito regional e inter-regional;

III - 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;

IV - indicadores e metas de saúde;

V - estratégias para a melhoria das ações e serviços de saúde;

VI - critérios de avaliação dos resultados e forma de monitoramento permanente;

VII - adequação das ações e dos serviços dos entes federativos em relação às atualizações realizadas na RENASES;

VIII - investimentos na rede de serviços e as respectivas responsabilidades; e

IX - recursos financeiros que serão disponibilizados por cada um dos partícipes para sua execução.

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

Art. 37. O Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde observará as seguintes diretrizes básicas para fins de garantia da gestão participativa:

I - estabelecimento de estratégias que incorporem a avaliação do usuário das ações e dos serviços, como ferramenta de sua melhoria;

II - apuração permanente das necessidades e interesses do usuário; e

III - 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.

Art. 38. 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.

Art. 39. As normas de elaboração e fluxos do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde serão pactuadas pelo CIT, cabendo à Secretaria de Saúde Estadual coordenar a sua implementação.

Art. 40. O Sistema Nacional de Auditoria e Avaliação do SUS, por meio de serviço especializado, fará o controle e a fiscalização do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde.

§ 1º O Relatório de Gestão a que se refere o inciso IV do art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, conterá seção específica relativa aos compromissos assumidos no âmbito do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde.

§ 2º O disposto neste artigo será implementado em conformidade com as demais formas de controle e fiscalização previstas em Lei.

Art. 41. Aos partícipes caberá monitorar e avaliar a execução do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde, em relação ao cumprimento das metas estabelecidas, ao seu desempenho e à aplicação dos recursos disponibilizados.

Parágrafo único. Os partícipes incluirão dados sobre o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde no sistema de informações em saúde organizado pelo Ministério da Saúde e os encaminhará ao respectivo Conselho de Saúde para monitoramento.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 42. Sem prejuízo das outras providências legais, o Ministério da Saúde informará aos órgãos de controle interno e externo:

I - o descumprimento injustificado de responsabilidades na prestação de ações e serviços de saúde e de outras obrigações previstas neste Decreto;

II - a não apresentação do Relatório de Gestão a que se refere o inciso IV do art. 4º da Lei no 8.142, de 1990 ;

III - a não aplicação, malversação ou desvio de recursos financeiros; e

IV - outros atos de natureza ilícita de que tiver conhecimento.

Art. 43. A primeira RENASES é a somatória de todas as ações e serviços de saúde que na data da publicação deste Decreto são ofertados pelo SUS à população, por meio dos entes federados, de forma direta ou indireta.

Art. 44. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes de que trata o § 3º do art. 15 no prazo de cento e oitenta dias a partir da publicação deste Decreto.

Art. 45. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 28 de junho de 2011; 190º da Independência e 123º da República.

Lei nº 8.142/1990

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1° O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, 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° A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro 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 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.

§ 3° 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.

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

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

Art. 2° 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, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

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

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

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

§ 1° Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1° do mesmo artigo. (Vide Lei nº 8.080, de 1990)

§ 2° Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

§ 3° 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° desta lei.

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

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto n° 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4° do art. 33 da Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

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

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

Art. 5° É o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta lei.

Art. 6° Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7° Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 28 de dezembro de 1990; 169° da Independência e 102° da República.

Resolução nº 456. De 10 de maio de 2012

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Trigésima Terceira Reunião Ordinária, realizada nos dias 9 e 10 de maio de 2012, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pelo Decreto no 5.839, de 11 de julho de 2006, e

Considerando os debates ocorridos nos Conselhos de Saúde, nas três esferas de Governo, na X Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, nas Plenárias Regionais e Estaduais de Conselhos de Saúde, nas 9a, 10a e 11a Conferências Nacionais de Saúde, e nas Conferências Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde;

Considerando a experiência acumulada do Controle Social da Saúde à necessidade de aprimoramento do Controle Social da Saúde no âmbito nacional e as reiteradas demandas dos Conselhos Estaduais e Municipais referentes às propostas de composição, organização e funcionamento, conforme o § 5o inciso II art. 1o da Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

Considerando a ampla discussão da Resolução do CNS no 333/92 realizada nos espaços de Controle Social, entre os quais se destacam as Plenárias de Conselhos de Saúde;

Considerando os objetivos de consolidar, fortalecer, ampliar e acelerar o processo de Controle Social do SUS, por intermédio dos Conselhos Nacional, Estaduais, Municipais, das Conferências de Saúde e Plenárias de Conselhos de Saúde;

Considerando que os Conselhos de Saúde, consagrados pela efetiva participação da sociedade civil organizada, representam polos de qualificação de cidadãos para o Controle Social nas esferas da ação do Estado; e

Considerando o que disciplina a Lei Complementar no 141, de 13 de janeiro de 2012, e o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentam a Lei Orgânica da Saúde, resolve:

Aprovar as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde:

DA DEFINIÇÃO DE CONSELHO DE SAÚDE Primeira Diretriz:

o Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei no 8.142/90. O processo bem-sucedido de descentralização da saúde promoveu o surgimento de Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. Assim, os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde.

Parágrafo único. Como Subsistema da Seguridade Social, o Conselho de Saúde atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

DA INSTITUIÇÃO E REFORMULAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Segunda Diretriz: a instituição dos Conselhos de Saúde é estabelecida por lei federal, estadual, do Distrito Federal e municipal, obedecida a Lei no 8.142/90.

Parágrafo único. Na instituição e reformulação dos Conselhos de Saúde o Poder Executivo, respeitando os princípios da democracia, deverá acolher as demandas da população aprovadas nas Conferências de Saúde, e em consonância com a legislação.

A ORGANIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Terceira Diretriz: a participação da sociedade organizada, garantida na legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. A legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde será composto por representantes de entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, de entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, do governo e de entidades representativas de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária. Nos Municípios onde não existem entidades, instituições e movimentos organizados em número suficiente para compor o Conselho, a eleição da representação será realizada em plenária no Município, promovida pelo Conselho Municipal de maneira ampla e democrática.

I - O número de conselheiros será definido pelos Conselhos de Saúde e constituído em lei.

II - Mantendo o que propôs as Resoluções nos 33/92 e 333/03 do CNS e consoante com as Recomendações da 10a e 11a Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma:

a)50% de entidades e movimentos representativos de usuários;

b)25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde;

c)25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

III - A participação de órgãos, entidades e movimentos sociais terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto da sociedade, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde. De acordo com as especificidades locais, aplicando o princípio da paridade, serão contempladas, dentre outras, as seguintes representações:

a)associações de pessoas com patologias;

b)associações de pessoas com deficiências;

c)entidades indígenas;

d)movimentos sociais e populares, organizados (movimento negro, LGBT...);

e)movimentos organizados de mulheres, em saúde;

f)entidades de aposentados e pensionistas;

g)entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;

h)entidades de defesa do consumidor;

i)organizações de moradores;

j)entidades ambientalistas;

k)organizações religiosas;

l)trabalhadores da área de saúde: associações, confederações, conselhos de profissões regulamentadas, federações e sindicatos, obedecendo as instâncias federativas;

m)comunidade científica;

n)entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento;

o)entidades patronais;

p)entidades dos prestadores de serviço de saúde; e

q)governo.

IV - As entidades, movimentos e instituições eleitas no Conselho de Saúde terão os conselheiros indicados, por escrito, conforme processos estabelecidos pelas respectivas entidades, movimentos e instituições e de acordo com a sua organização, com a recomendação de que ocorra renovação de seus representantes.

V - Recomenda-se que, a cada eleição, os segmentos de representações de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços, ao seu critério, promovam a renovação de, no mínimo, 30% de suas entidades representativas.

VI - A representação nos segmentos deve ser distinta e autônoma em relação aos demais segmentos que compõem o Conselho, por isso, um profissional com cargo de direção ou de confiança na gestão do SUS, ou como prestador de serviços de saúde não pode ser representante dos(as) Usuários(as) ou de Trabalhadores(as).

VII - A ocupação de funções na área da saúde que interfiram na autonomia representativa do Conselheiro(a) deve ser avaliada como possível impedimento da representação de Usuário(a) e Trabalhador(a), e, a juízo da entidade, indicativo de substituição do Conselheiro(a).

VIII - A participação dos membros eleitos do Poder Legislativo, representação do Poder Judiciário e do Ministério Público, como conselheiros, não é permitida nos Conselhos de Saúde.

IX - Quando não houver Conselho de Saúde constituído ou em atividade no Município, caberá ao Conselho Estadual de Saúde assumir, junto ao executivo municipal, a convocação e realização da Conferência Municipal de Saúde, que terá como um de seus objetivos a estruturação e composição do Conselho Municipal. O mesmo será atribuído ao Conselho Nacional de Saúde, quando não houver Conselho Estadual de Saúde constituído ou em funcionamento.

X - As funções, como membro do Conselho de Saúde, não serão remuneradas, considerando-se o seu exercício de relevância pública e, portanto, garante a dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro. Para fins de justificativa junto aos órgãos, entidades competentes e instituições, o Conselho de Saúde emitirá declaração de participação de seus membros durante o período das reuniões, representações, capacitações e outras atividades específicas.

XI - O conselheiro, no exercício de sua função, responde pelos seus atos conforme legislação vigente.

ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Quarta Diretriz: as três esferas de Governo garantirão autonomia administrativa para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, autonomia financeira e organização da secretaria-executiva com a necessária infraestrutura e apoio técnico:

I - cabe ao Conselho de Saúde deliberar em relação à sua estrutura administrativa e o quadro de pessoal;

II - o Conselho de Saúde contará com uma secretaria-executiva coordenada por pessoa preparada para a função, para o suporte técnico e administrativo, subordinada ao Plenário do Conselho de Saúde, que definirá sua estrutura e dimensão;

III - o Conselho de Saúde decide sobre o seu orçamento;

IV - o Plenário do Conselho de Saúde se reunirá, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário, e terá como base o seu Regimento Interno. A pauta e o material de apoio às reuniões devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência mínima de 10 (dez) dias;

V - as reuniões plenárias dos Conselhos de Saúde são abertas ao público e deverão acontecer em espaços e horários que possibilitem a participação da sociedade;

VI - o Conselho de Saúde exerce suas atribuições mediante o funcionamento do Plenário, que, além das comissões intersetoriais, estabelecidas na Lei no 8.080/90, instalará outras comissões intersetoriais e grupos de

trabalho de conselheiros para ações transitórias. As comissões poderão contar com integrantes não conselheiros;

VII - o Conselho de Saúde constituirá uma Mesa Diretora eleita em Plenário, respeitando a paridade expressa nesta Resolução;

VIII - as decisões do Conselho de Saúde serão adotadas mediante quórum mínimo (metade mais um) dos seus integrantes, ressalvados os casos regimentais nos quais se exija quórum especial, ou maioria qualificada de votos;

a) entende-se por maioria simples o número inteiro imediatamente superior à metade dos membros presentes;

b) entende-se por maioria absoluta o número inteiro imediatamente superior à metade de membros do Conselho;

c) entende-se por maioria qualificada 2/3 (dois terços) do total de membros do Conselho;

IX - qualquer alteração na organização dos Conselhos de Saúde preservará o que está garantido em lei e deve ser proposta pelo próprio Conselho e votada em reunião plenária, com quórum qualificado, para depois ser alterada em seu Regimento Interno e homologada pelo gestor da esfera correspondente;

X - a cada três meses, deverá constar dos itens da pauta o pronunciamento do gestor, das respectivas esferas de governo, para que faça a prestação de contas, em relatório detalhado, sobre andamento do plano de saúde, agenda da saúde pactuada, relatório de gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias iniciadas e concluídas no período, bem como a produção e a oferta de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada, de acordo com o art. 12 da Lei no 8.689/93 e com a Lei Complementar no 141/2012;

XI - os Conselhos de Saúde, com a devida justificativa, buscarão auditorias externas e independentes sobre as contas e atividades do Gestor do SUS; e

XII - o Pleno do Conselho de Saúde deverá manifestar-se por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos.

As resoluções serão obrigatoriamente homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo, em um prazo de 30 (trinta) dias, dando-se lhes publicidade oficial. Decorrido o prazo mencionado e não sendo homologada a resolução e nem enviada justificativa pelo gestor ao Conselho de Saúde com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na reunião seguinte, as entidades que integram o Conselho de Saúde podem buscar a validação das resoluções, recorrendo à justiça e ao Ministério Público, quando necessário. Quinta Diretriz: aos Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, que têm competências definidas nas leis federais, bem como em indicações advindas das Conferências de Saúde, compete:

I - fortalecer a participação e o Controle Social no SUS, mobilizar e articular a sociedade de forma permanente na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS;

II - elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento;

III - discutir, elaborar e aprovar propostas de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde;

IV - atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros, e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado;

V - definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e deliberar sobre o seu conteúdo, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços;

VI - anualmente deliberar sobre a aprovação ou não do relatório de gestão;

VII - estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados, a exemplo dos de seguridade social, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros;

VIII - proceder à revisão periódica dos planos de saúde;

IX - deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os face ao processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área da Saúde;

X - a cada quadrimestre deverá constar dos itens da pauta o pronunciamento do gestor, das respectivas esferas de governo, para que faça a prestação de contas, em relatório detalhado, sobre andamento do plano de saúde, agenda da saúde pactuada, relatório de gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias iniciadas e concluídas no período, bem como a produção e a oferta de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada, de acordo com a Lei Complementar no 141/2012.

XI - avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde do SUS;

XII - avaliar e deliberar sobre contratos, consórcios e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais;

XIII - acompanhar e controlar a atuação do setor privado credenciado mediante contrato ou convênio na área de saúde;

XIV - aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, observado o princípio do processo de planejamento e orçamento ascendentes, conforme legislação vigente;

XV - propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destino dos recursos;

XVI - fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os recursos transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União, com base no que a lei disciplina;

XVII - analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, e garantia do devido assessoramento;

XVIII - fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar denúncias aos respectivos órgãos de controle interno e externo, conforme legislação vigente;

XIX - examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho nas suas respectivas instâncias;

XX - estabelecer a periodicidade de convocação e organizar as Conferências de Saúde, propor sua convocação ordinária ou extraordinária e estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, convocar a sociedade para a participação nas pré-conferências e conferências de saúde;

XXI - estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde, entidades, movimentos populares, instituições públicas e privadas para a promoção da Saúde;

XXII - estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinente ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS);

XXIII - acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica, observados os padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sociocultural do País;

XXIV - estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde, divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões nos meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões e dos eventos;

XXV - deliberar, elaborar, apoiar e promover a educação permanente para o controle social, de acordo com as Diretrizes e a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social do SUS;

XXVI - incrementar e aperfeiçoar o relacionamento sistemático com os poderes constituídos, Ministério Público, Judiciário e Legislativo, meios de comunicação, bem como setores relevantes não representados nos conselhos;

XXVII - acompanhar a aplicação das normas sobre ética em pesquisas aprovadas pelo CNS;

XXVIII - deliberar, encaminhar e avaliar a Política de Gestão do Trabalho e Educação para a Saúde no SUS;

XXIX - acompanhar a implementação das propostas constantes do relatório das plenárias dos Conselhos de Saúde; e

XXX - atualizar periodicamente as informações sobre o Conselho de Saúde no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS).

Fica revogada a Resolução do CNS no 333, de 4 de novembro de 2003.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

Presidente do Conselho Homologo a Resolução CNS no 453, de 10 de maio de 2012, nos termos do Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006.