LEGISLAÇÃO DO SUS

ESQUEMATIZADA E COMENTADA

Natale Oliveira de Souza
Yara Cardoso Coletto

Inclui

Questões comentadas alternativa por alternativa
Dicas para os assuntos mais frequentes
Teoria esquematizada de toda a legislação do SUS

editora SANAR

LEGISLAÇÃO DO SUS

ESQUEMATIZADA E COMENTADA

Natale Oliveira de Souza
Yara Cardoso Coletto

Inclui

Questões comentadas alternativa por alternativa
Dicas para os assuntos mais frequentes
Teoria esquematizada de toda a legislação do SUS

editora SANAR

2016

© Todos os direitos autorais desta obra são reservados e protegidos à Editora Sanar Ltda. pela Lei nº 9.610, de 19 de Fevereiro de 1998. É proibida a duplicação ou reprodução deste volume ou qualquer parte deste livro, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, gravação, fotocópia ou outros), essas proibições aplicam-se também à editoração da obra, bem como às suas características gráficas, sem permissão expressa da Editora.

Título | Legislação do SUS esquematizada e comentada
Editor | Maurício Lima
Projeto gráfico e diagramação | Scheilla Azevedo
Capa | Carlos Batalha
Revisores Ortográficos | Letícia Zumaeta
Bernardo Machado
Conselho Editorial | Caio Vinicius Menezes Nunes
Paulo Costa Lima
Sandra de Quadros Uzêda
Sheila de Quadros Uzêda
Silvio José Albergaria da Silva

Ficha Catalográfica: Fábio Andrade Gomes - CRB-5/1513

S7221 Souza, Natale Oliveira de
Legislação do SUS esquematizada e comentada / Natale Oliveira de Souza, Yara Cardoso Coletto. - Salvador : SANAR, 2016.
292 P. : il. ; 16x23 cm.

ISBN 978-85-67806-49-5

1. Sistema Único de Saúde (Brasil) - Legislação. I. Coletto, Yara Cardoso. II. Título.

CDU: 614(81)

Editora Sanar Ltda.
Av. Prof. Magalhães Neto, 1856 - Pituba,
Cond. Ed. TK Tower, sl. 1403.
CEP: 41810-012 - Salvador - BA
Telefone: 71.3497-7689
atendimento@editorasanar.com.br
www.editorasanar.com.br

Autoras

Natale Oliveira de Souza

Enfermeira obstétrica, graduada pela UEFS em 1998, pós graduada em Gestão em Saúde, Saúde Pública, Urgência e Emergência, Auditoria de Sistemas, Enfermagem do Trabalho e Direito Sanitário. Mestre em Saúde Coletiva pela UEFS.

Atualmente atua como Coach , Mentory e Consultora/ Professora na área de Concursos Públicos e Residências. Além de ser funcionária pública da Prefeitura Municipal de Salvador - Atenção Básica.

Conta com 16 aprovações em concursos e seleções públicas, dentre elas: Programa de Interiorização dos Profissionais de Saúde, lotada em Minas; Consultora do Programa Nacional de Controle da Dengue (OPAS), lotada em Brasília; Consultora Internacional do Programa Melhoria da Qualidade em Saúde pelo Banco Mundial, lotada em Salvador. Governo do estado da Bahia - SESAB, Prefeitura Municipal de Aracaju, Prefeitura Municipal de Salvador, Professora da Universidade Federal de Sergipe UFS, Governo do Estado de Sergipe (SAMU); Educadora/FIOCRUZ, dentre outros.

Yara Cardoso Coletto (Cá Cardoso)

Farmacêutica, formada pela Universidade Federal de São Paulo. Possui título de Aprimoramento em Atenção ao Câncer, pela Faculdade de Medicina do ABC.

Atualmente, atua como Farmacêutica Clínica do Complexo Hospitalar Municipal de São Bernardo do Campo e Professora para Concursos Públicos e Seleções.

Conta com diversas aprovações em concursos públicos e seleções, entre elas: Residências Multiprofissionais, Prefeitura Municipal de Diadema/SP, Prefeitura Municipal de São Caetano do Sul/SP, Universidade Federal de São Paulo, Fundação para o Remédio Popular (FURP), Secretaria de Educação do Estado de São Paulo, Faculdade de Medicina do ABC, entre outras.

Apresentação

O Sistema Único de Saúde – SUS é o maior sistema de saúde includente, em nível mundial. Sua criação foi resultado de lutas populares e a implementação das ações e serviços está baseada em Leis, Portarias e Decretos, que, juntamente com o controle social regulamentam , controlam e fiscalizam o que foi instituído pela Constituição Federal de 1988, em seus artigos 196 ao 200 (SOUZA,2016).

O estudo da legislação do SUS tem despertado cada vez mais o interesse de estudantes, profissionais de saúde, militantes, "concurseiros" e canditados à vaga em residências na área de saúde.

Infelizmente, a grade curricular das graduações na área da saúde não agrega de forma adequada a discussão e estudo da legislação estruturante do SUS, levando os candidatos a vagas em concursos públicos e residências a uma busca incessante de formas práticas e objetivas para a apreensão rápida desta disciplina.

O estudo voltado para concursos e residências precisa ser organizado, sistematizado e focado em metas para o alcance de bons resultados. A leitura "seca" da lei frustra os candidatos e gera resistência ao estudo da disciplina que, a cada dia que passa, está sendo mais cobrada nos certames.

Por esta razão, os candidatos precisam de materiais elaborados por profissionais referências na área e de forma objetiva. O Livro: Legislação do SUS – Esquematizada e Comentada, nossa autoria, traz de forma simples e clara a legislação estruturante do nosso sistema de saúde.

A utilização de mapas mentais, esquemas, comentários e dicas facilitam o estudo e a compreensão dos candidatos, sendo uma "arma" poderosa para os que buscam a aprovação em concursos públicos, seleções e residências em saúde.

É com imensa alegria que apresentamos esta obra, "feita a quatro mãos. Desejamos que desfrute do conteúdo e dicas e "gabarite" as questões inerentes ao tema, em todos os certames que você concorrer.

Abraços,

Natale Oliveira de Souza

Cá Cardoso

Sumário

1. Construção histórica das políticas de saúde no Brasil.....13
   1. Introdução.....13
   2. Como era Antes do SUS.....14
      1. A Saúde na Colônia e no Império.....14
      2. Início da República: 1889 até 1930 (República Velha).....15
      3. O nascimento da Previdência Social.....16
      4. Autoritarismo: 1964 a 1984.....18
      5. Fim da Ditadura e Nova República: 1985 a 1988.....2
      6. A VIII Conferência Nacional de Saúde e a Constituição de 1988.....2
   QUESTÕES.....2
   Referências.....3

2. Constituição Federal 1988 - arts 194 ao 200.....3
   1. Seguridade Social.....3
      1. Artigo 194.....3
      2. Artigo 195.....3
   2. Da Saúde.....3
      1. Artigo 196.....3
      2. Artigo 197.....3
      3. Artigo 198.....3
      4. Artigo 199 e Parágrafos 1º ao 3º.....4
      5. Artigo 200.....4
   QUESTÕES.....4
   Referências.....5

3. Lei Orgânica da saúde 8.080/90 e suas alterações.....5
   1. Leis Orgânicas da Saúde.....5
      1. Um breve contexto.....5
   QUESTÕES.....9
   Referências.....10

4. Lei Orgânica da saúde 8.142/90.....10
   1. Introdução.....10
   2. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.....10
      1. Artigo 1º.....10
   3. Artigo 2º.....11
      1. Artigo 2º - Parágrafo Único e Artigo 3º § 1º e 2º.....11
   4. Dicas E Lembretes.....11
   QUESTÕES.....11
   Referências.....12

5. Portaria nº 2.488/11 - Política nacional da atenção básica.....123
1. Atenção Básica: porta de entrada e ordenadora do sistema.....123
1. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.....123
2. Equipes saúde da família comunidades ribeirinhas e fluviais.....163
1. Equipes Saúde da Família Ribeirinhas.....163
2. Equipes de Saúde da Família Fluviais.....164
3. Equipes consultório na rua.....164
4. Núcleo de apoio de saúde da família (NASF).....164
5. Agentes comunitários de saúde (ACS).....164
6. Microscopistas, programa saúde na escola (pse), academia da saúde e atenção domiciliar.....165
QUESTÕES.....168
Referências.....175

6. Decreto 7.508/11.....177
1. Introdução.....177
2. Das disposições preliminares.....178
3. Da organização do sus.....181
1. Regiões de saúde.....181
2. Da hierarquização.....182
4. Planejamento da saúde.....184
5. Da assistência à saúde.....186
1. Das RENASES.....186
2. Da RENAME.....187
6. Da articulação interfederativa.....188
1. Das comissões intergestoras.....188
2. Do contrato organizativo da ação pública da saúde.....190
QUESTÕES.....194
Referências.....200

7. Lei Complementar 141/12.....201
1. Introdução.....201
QUESTÕES.....223
Referências.....228

8. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012.....229
1. Da definição de conselho de saúde.....230
2. Da instituição e reformulação dos conselhos de saúde.....231
3. A organização dos conselhos de saúde.....231
4. Estrutura e funcionamento dos conselhos de saúde.....235
QUESTÕES.....243
Referências.....252

9. Portaria nº 2.446/14 - Política nacional da promoção da saúde...253
1. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).....253
1. A base da PNPS.....254
2. Valores Fundamentais e a PNPS: ampliando o olhar.....255
3. A subjetividade dos princípios e seu alinhamento com o a Lei 8.080/90.....257
4. O "direcionamento" da PNPS através das diretrizes e objetivos propostos.....260

5. Os eixos operacionais e sua importância na implementação da PNPS.....266
6. Definição de temas prioritários para alcance dos resultados.....268
7. Atribuições comuns e específicas de cada instancia governamental.....270
QUESTÕES.....276
Referências.....280

10. Glossário.....281
Referências.....291

01
CAPÍTULO

Construção histórica das políticas de saúde no Brasil

Natale Oliveira de Souza e Yara Cardoso Coletto

1 - INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988, deu nova forma à saúde no Brasil, estabelecendo-a como **direito universal**. A saúde passou a ser dever constitucional de todas as esferas de governo, sendo que antes era apenas da União e relativo ao trabalhador segurado. O conceito de saúde foi ampliado e vinculado às políticas sociais e econômicas. A assistência é concebida de forma integral (preventiva e curativa). Definiu-se a gestão participativa como importante inovação, assim como comando e fundos financeiros únicos para cada esfera de governo. (BRASIL, 1988)

DICA DE PROVA

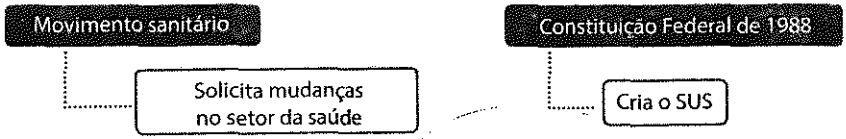
Antes da Constituição Federal de 1988, o Brasil não possuía uma política de saúde. A saúde era **excludente** e **contributiva**, ou seja, apenas aqueles que podiam pagar a medicina privada e quem contribua com a **previdência social / INPS Instituto Nacional da Previdência Social**, tinham acesso. À outra parte da população, cabia o atendimento nas santas casas de misericórdia.

Não esqueçam de que o SUS só nasce na **promulgação da Constituição Federal de 1988!** Esta é uma pegadinha de prova, pois muitas bancas relacionam a criação do SUS ao movimento sanitário diretamente.

Para facilitar:

(1) O **movimento sanitário traz os ideais** da reforma e **solicita mudanças** no setor da saúde, tendo como marco a VIII Conferência Nacional de Saúde (a primeira com participação popular);

(2) O **nascimento** do Sistema Único de Saúde acontece com a promulgação da **Constituição de 1988;**



Para que possamos analisar a realidade hoje existente, é necessário conhecer os determinantes históricos envolvidos neste processo. Assim como nós somos frutos do nosso passado e da nossa história, o setor da saúde também sofreu as influências de todo o contexto político-social pelo qual o Brasil passou ao longo do tempo. (POLIGNANO, 2001)

Não há como entender o SUS que termos sem fazer uma volta ao tempo. Para entendermos o nosso sistema de saúde, suas dificuldades e avanços, precisamos fazer uma viagem ao passado e perceber como as ações e serviços de saúde eram ofertadas antes da criação de um sistema para todos.

DICA DE PROVA

Faz-se necessário o conhecimento de fatos históricos do Brasil, pois as bancas pedem datas, períodos e fatos marcantes!

Para facilitar o entendimento, iremos falar do contexto político e social de cada período histórico, descrever a situação sanitária e as ações e serviços da época, destacando, em cada período, **os fatos marcantes e constantes em provas.**

2 - COMO ERA ANTES DO SUS

2.1 - A Saúde na Colônia e no Império:

A vinda da Corte Portuguesa para o Brasil em 1808 determinou mudanças na administração pública colonial, até mesmo na área da saúde. Como sede provisória do império português e principal porto do país, a cidade do Rio de Janeiro tornou-se centro das ações sanitárias. Era necessário, então, criar rapidamente centros de formação de médicos, que até então eram quase inexistentes - em razão, em parte, da proibição do Ensino Superior nas colônias. Assim, por ordem real, foram fundadas as academias médico-cirúrgicas no Rio de Janeiro e na Bahia, na primeira década do século XIX, que logo foram transformadas nas duas primeiras escolas de medicina do país. (BRASIL, 2011)

A vinda da família real ao Brasil criou a necessidade da organização de uma estrutura sanitária mínima, capaz de dar suporte ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro. Verifica-se que o interesse primordial estava limitado ao estabelecimento de um controle sanitário mínimo da capital do Império, tendência que se alongou por quase um século.

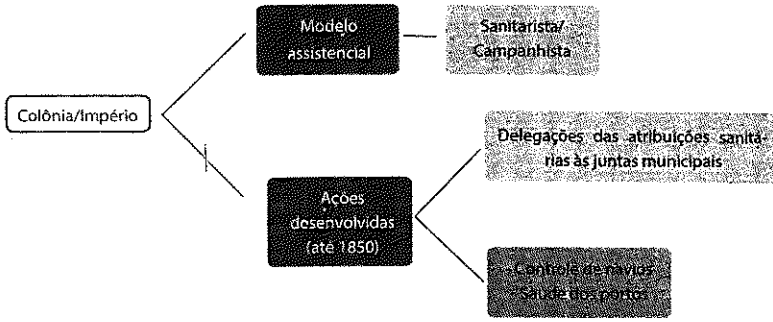


Até 1850, as atividades de saúde pública estavam limitadas ao seguinte:

1. Delegação das atribuições sanitárias as juntas municipais;
2. Controle de navios e saúde dos portos;

Naquele período, não era o conjunto de problemas de saúde da população que demandavam ações de saúde, e sim aqueles que estavam diretamente ligados ao **interesse econômico!** Naquele período, emergiu o modelo assistencial **sanitarista/campanhista**, considerado o primeiro modelo de atenção no Brasil. As suas ações eram voltadas para grupos específicos e ações pontuais.

Resumindo:

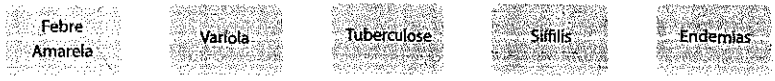


2.2 - Início da República: 1889 até 1930 (República Velha)

A Proclamação da República, em 1889, foi embalada na ideia de modernizar o Brasil. A necessidade urgente de atualizar a economia e a sociedade (escravistas até pouco antes) com o mundo capitalista mais avançado favoreceu a redefinição dos trabalhadores brasileiros como capital humano.

O cenário político e econômico girava em torno da instalação do modo de produção capitalista, surgindo as primeiras indústrias. Mas, ainda assim, o modelo predominante era agrário-exportador (café, borracha e açúcar). Precárias condições de trabalho e de vida das populações urbanas, surgimento de movimentos operários que **resultaram em embriões de legislação trabalhista e previdenciária;**

O quadro sanitário era caótico, devido à inexistência de um modelo sanitário, deixando as cidades à mercê das epidemias. Tinha-se o predomínio das doenças transmissíveis, grandes epidemias e doenças pestilenciais, frutos da imigração, migração, formação de aglomerados e das precárias condições de saneamento básico:



Rodrigues Alves, então presidente do Brasil, nomeou Oswaldo Cruz como diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, que se propôs a erradicar a epidemia de febre amarela na cidade do Rio de Janeiro.

Foi criado um verdadeiro exército de 1.500 pessoas que passaram a exercer atividades de desinfecção no combate ao mosquito, vetor da febre amarela. A falta de esclarecimentos e as arbitrariedades cometidas pelos "guardas-sanitários" causara revolta na população.

Esse modelo de intervenção ficou conhecido como campanhista, e **foi concebido dentro de uma visão militar em que os fins justificava os meios, e no qual o uso da força** e da autoridade eram considerados os instrumentos preferenciais de ação.

Naquele mesmo período, **um fato marcante aconteceu: a Revolta da Vacina, desencadeada pela Lei Federal 1.261/1904**, que tornava **obrigatória a vacinação contra a varíola.**

Apesar das arbitrariedades e dos abusos cometidos, o modelo campanhista obteve importantes vitórias no controle das doenças epidêmicas, conseguindo inclusive erradicar a **febre amarela** da cidade do Rio de Janeiro, o que fortaleceu o modelo proposto e o tornou hegemônico como proposta de intervenção na área da saúde coletiva saúde durante décadas.

DICA DE PROVA

Antes da Constituição Federal de 1988, o Brasil não possuía uma política de saúde. A saúde era excludente e contributiva, ou seja, apenas aqueles que podiam pagar assistência médica privada tinham acesso.



2.3 - O nascimento da Previdência Social

A acumulação capitalista advinda do comércio exterior tornou possível o início do processo de industrialização no país, que se deu principalmente no eixo Rio - São Paulo.

Tal processo foi acompanhado de uma urbanização crescente, e da utilização de imigrantes, especialmente europeus (italianos, portugueses ...), como mão de obra nas indústrias, visto que os mesmos já possuíam grande experiência nesse setor, que já era muito desenvolvido na Europa.

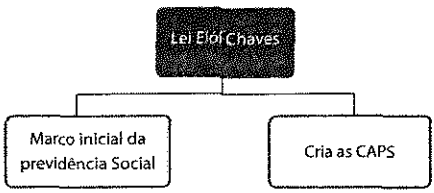
Os operários na época não tinham quaisquer garantias trabalhistas, como:



Os imigrantes, especialmente os italianos (anarquistas), traziam consigo a história do movimento operário na Europa e dos direitos trabalhistas que já tinham sido conquistados pelos trabalhadores europeus forma, procuraram mobilizar e organizar a classe operária no Brasil na luta pela conquista dos seus direitos.

Em função das péssimas condições de trabalho existentes e da falta de garantias de direitos trabalhistas, o movimento operário organizou e realizou duas **greves gerais no país, uma em 1917 e outra em 1919**. Através desses movimentos, os operários começaram a conquistar alguns direitos sociais.

Em 24 de janeiro de 1923, foi aprovado pelo Congresso Nacional a Lei Elói Chaves, marco inicial da Previdência social no Brasil. Através desta lei foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS)



O avanço do capitalismo no Brasil faz com que a classe trabalhadora exija melhores condições de trabalho. Os **primeiros movimentos grevistas** em 1917 e 1919 foram **marcantes na nossa história**, por **resultarem na intervenção do Estado frente às condições de trabalho**. Podemos afirmar que a Lei Elói Chaves, em 1923, **é o marco da Previdência social no Brasil**, ou seja, é o

primeiro momento que o Estado faz a assunção de ações específicas para esse grupo, **através da instituição das CAPS.**

Características das CAPS
Por instituição ou empresa;
Aposentadorias e pensões;
Serviços funerários, socorro médico para a família, medicamento por preço especial;
Assistência por acidente de trabalho;
Financiamento e gestão: trabalhador e empregador;
Assistência médica para o empregado e família;

Observações:

1. Primeira CAP → Ferroviários e
   Segunda CAP → Marítimos;
2. Não esquecer que era por empresa;
3. O Estado, **não** participava do financiamento das CAPS, logo, o financiamento era **bipartite**!

ATENÇÃO

Sempre que cair em prova qual foi o **marco inicial da Previdência no Brasil** ou em que momento o **Estado assume a responsabilidade com os trabalhadores**, lembrem da **Lei Elói Chaves e as CAPS**. O fato do Estado não participar do financiamento não nega a primeira assertiva!

A crise do café e a crise política da Velha República desencadearam um golpe de Estado conhecido como **Revolução de 30**. A indústria passou ser a maior responsável pelo acúmulo de capital.

"O primeiro governo Vargas foi reconhecido pela literatura como um marco na configuração de políticas sociais no Brasil. As mudanças institucionais que ocorreram, a partir de 1930, moldaram a política pública brasileira, estabelecendo um arcabouço jurídico e material que conformaria o sistema de proteção social até um período recente (CAMPOS E FERREIRA, acesso em 07/05/14)."

Em 1933, as **CAPS foram unificadas** e criados os **Institutos de Aposentadorias e Pensões – (IAPS)**, garantindo benefícios assegurados aos associados:

Aposentadoria	Pensão em caso de morte	Assistência médica e hospitalar	Socorros farmacêuticos, mediante indenização pelo preço do custo acrescido das despesas de administração

Para não esquecer:

IAPS		
Por que surgiram?	**Qual foi o primeiro?**	**Como era o financiamento?**
Surgira da necessidade da política do Estado de estender a todas as categorias do operariado urbano organizado os benefícios da previdência.	O primeiro IAP foi a dos marítimos – IAPM;	Seu financiamento era tripartite (o governo assumiu a gestão financeira).

Em 1941, aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde, e a criação do **Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp)** ocorreu durante a 2ª Guerra Mundial como consequência do convênio firmado entre os governos brasileiro e norte-americano em 1942.

O FSESP tinha como atribuições centrais, naquele momento, sanear a Amazônia e a região do Vale do Rio Doce (onde se produzia borracha e minério de ferro, matérias-primas estratégicas para o esforço de guerra americano), tendo em vista os altos índices de malária e febre amarela que atingiam os trabalhadores daquela região. **Além disso, teve um importante papel no declínio da mortalidade infantil por doenças imunopreveníveis.**

ATENÇÃO

A unificação das CAPS em IAPS é um dos fatos mais importantes da história da Previdência no país. Observem que, com a criação dos IAPS, **o governo assume a gestão financeira**, que os benefícios eram por **categorias profissionais do operariado urbano**. O acesso aos serviços de saúde continuam sendo contributivos e excludentes. E o modelo sanitarista/campanhista ainda é o predominante.



	CAPS	IAPS
Organização	Por empresa	Por categoria profissional
Financiamento	Bipartite	Tripartite (governo participa)

Fatos Marcantes - Para Fixar
Criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP);
Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucan);
Ações concentradas na área de campanhas sanitária (materno-infantil, tuberculose, hanseníase, imunização),
Manutenção de Postos e Centros de Saúde para os não previdenciários;
Regulamentação das Leis Sindicais e surgimento dos IAPS por categorias.

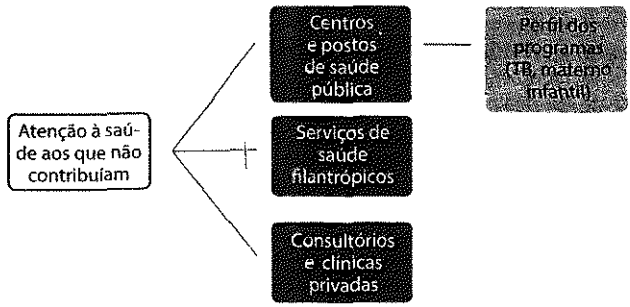
2.4 - Autoritarismo: 1964 a 1984

O regime militar que se instala a partir de 1964, de caráter ditatorial e repressivo, procura utilizar-se de forças policiais e do exército e dos atos de exceção para se impor.

O governo militar implantou reformas institucionais que afetaram profundamente a saúde pública e a medicina previdenciária. Com a unificação dos **IAPS no INPS, em 1966**, concentraram-se todas as contribuições previdenciárias, ao mesmo tempo que o novo órgão passou a gerir as aposentadorias, as pensões e a assistência médica de todos os trabalhadores formais, embora excluíssem dos benefícios os trabalhadores rurais e uma gama de trabalhadores urbanos informais.

"Na década de 1970, a assistência médica financiada pela Previdência Social conheceu seu período de maior expansão em número de leitos disponíveis, em cobertura e em volume de recursos arrecadados, além de dispor do maior orçamento de sua história." (CAMPOS E FERREIRA, acesso em 07/05/14)

Fragmentação do acesso aos serviços de saúde:

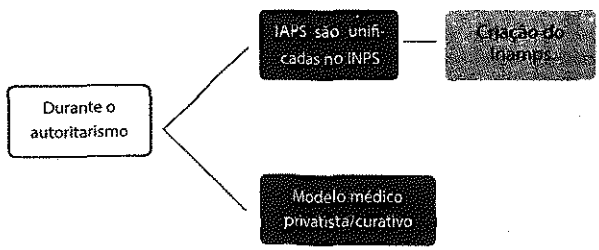


Esse sistema foi se tornando cada vez mais complexo tanto do ponto de vista administrativo quanto financeiro dentro da estrutura do INPS, o que acabou levando à criação de uma estrutura própria administrativa, o **Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) em 1978.** " (POLIGNANO , 2001)

Nesse contexto, o **modelo médico privatista/curativo surge e se torna hegemônico.**

Vale ressaltar que, esse modelo tem como foco a **doença e o doente**, não atuando sobre as necessidades reais da população. Grandes hospitais são criados para atendimento daqueles que contribuíam, fortalecendo o caráter **excludente** das ações e serviços de saúde e ratificando o perfil contributivo. Lembramos que o modelo sanitarista não deixa de existir.

Lembre-se:



A Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, realizada em Alma-Ata (localizada no atual Cazaquistão) **em 1978, foi o ponto culminante na discussão contra a elitização da prática médica**, bem como contra a inacessibilidade dos serviços médicos às grandes massas populacionais. Na conferência, reafirmou-se ser a saúde um dos direitos fundamentais do homem, sob a responsabilidade política dos governos, e reconheceu-se a sua determinação inter setorial . (BRASIL, 2011)

A população com baixos salários, contidos pela política econômica e pela repressão, passou a conviver com o desemprego e as suas graves consequências sociais, como aumento da marginalidade, das favelas, da mortalidade infantil. O modelo de saúde previdenciário começa a mostrar as suas mazelas.

Por ter priorizado a medicina curativa, o modelo proposto foi incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias, as epidemias, e os indicadores de saúde (mortalidade infantil, por exemplo).

Como consequência do modelo proposto, houve ainda:

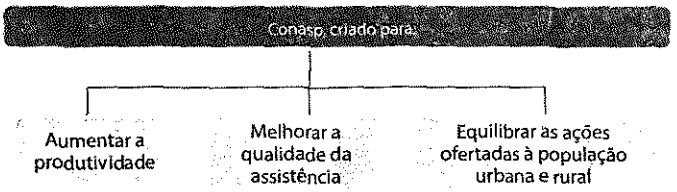
- Aumentos constantes dos custos da medicina curativa, centrada na atenção médico-hospitalar de complexidade crescente;
- Diminuição do crescimento econômico com a respectiva repercussão na arrecadação do sistema previdenciário reduzindo as suas receitas;
- Incapacidade do sistema em atender a uma população cada vez maior de marginalizados que, sem carteira assinada e contribuição previdenciária, se viam **excluídos do sistema**
- Desvios de verba do sistema previdenciário para cobrir despesas de outros setores e para realização de obras por parte do Governo Federal;
- O não repasse pela União de recursos do Tesouro nacional para o sistema previdenciário, visto ser esse **tripartite** (empregador, empregado e união).

"Na tentativa de conter custos e combater fraudes o governo criou em 1981 o **Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp)** ligado ao Inamps." (POLIGNANO, 2001)

Segundo o autor supracitado, o Conasp passou a absorver em postos de importância alguns técnicos ligados ao movimento sanitário, o que deu início a ruptura, por dentro, da dominância dos anéis burocráticos previdenciários. O plano inicia-se pela fiscalização mais rigorosa da prestação de contas dos prestadores de serviços credenciados, combatendo as fraudes.

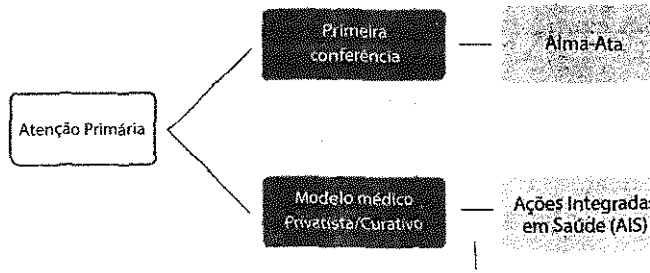
DICA DE PROVA

1 O Conasp é criado com o intuito de aumentar a produtividade, melhorar a qualidade da assistência e equilibrar as ações ofertadas à população urbana e rural. Essas ações estão ligadas à formação desse conselho, que contava com técnicos integrantes do movimento sanitário, que já estava se articulando.



2 A conferência em Alma-Ata foi a **primeira** conferência que trouxe para discussão a **atenção primária**, e o resultado de suas discussões dispararam no mundo um olhar diferenciado para a forma de ofertar ações e serviços de saúde.

Em 1983, foram criadas a **AIS (Ações Integradas de Saúde)**, "um projeto interministerial (Previdência-Saúde-Educação), visando um novo modelo assistencial que incorporava o setor público, procurando integrar ações curativas-preventivas e educativas ao mesmo tempo. Assim, a Previdência passa a comprar e pagar serviços prestados por estados, municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários." (POLIGNANO, 2001). Podemos dizer que as **o marco inicial da atenção primária no país**.



2.5 - Fim da Ditadura e Nova República: 1985 a 1988:

O movimento das **Diretas Já** (1985) e a eleição de Tancredo Neves marcaram o fim do regime militar, gerando diversos movimentos sociais (inclusive na área de saúde) que culminaram com a criação das associações dos secretários de saúde estaduais (Conass) ou municipais (Conasems),e com a grande mobilização nacional por ocasião da realização da **VIII Conferência Nacional de Saúde (Congresso Nacional,1986), a qual lançou as bases da reforma sanitária e do SUDS (Sistema Único Descentralizado de Saúde).**

DICA DE PROVA

A *VIII Conferência Nacional de Saúde* (CNS):

- Foi o marco da reforma sanitária do Brasil;
- Aconteceu em 1986;
- Foi a primeira conferência com a participação popular.



Mas não podemos relacionar a *VIII CNS* com a **institucionalização do SUS**. Na CNS, são discutidos os **ideais** do SUS, e a população solicita mudanças nas ações e serviços. O SUS é **institucionalizado em 1988**, com a promulgação da Constituição Federal.

2.6 - A *VIII Conferência Nacional de Saúde* e a Constituição de 1988

A *VIII CNS* foi o marco da reforma sanitária, e esta foi mais do que uma reforma setorial. O movimento sanitário emergia juntamente com outros, todos solicitando o resgate da dívida social do período da ditadura militar.

O que precisamos saber da *VIIICNS*

- Grande marco da reforma sanitária brasileira;
- Participação pela primeira vez dos usuários;
- Discussão e aprovação a unificação do sistema de saúde;
- Conceito ampliado de saúde;
- Saúde como direito de cidadania e dever do Estado;
- Instituição de um Sistema Único de Saúde;
- Modificação das bases de organização, deliberação e representação das Conferências Nacionais de Saúde.

A constituição Federal de 1988, no Capítulo VIII da ordem social e na seção II referente à saúde define no artigo 196 que: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo 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."

O SUS é definido pelo Artigo 198 do seguinte modo:

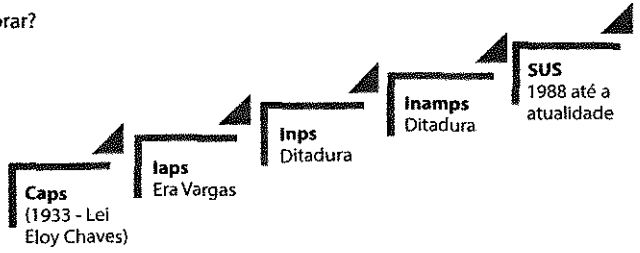
"As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
III. Participação da comunidade".

ATENÇÃO

Discorreremos melhor sobre os artigos constitucionais no capítulo destinado a esse assunto. O importante aqui é correlacionar o movimento sanitário à conquista da saúde na agenda política, através da inclusão dos artigos 196 ao 200 na CF de 1988, que foi a primeira constituição a contemplar esse tema.

Vamos relembrar?



Para não esquecer:

1. Atentar para lei Eloy Chaves, que cria as **caixas de aposentadorias e pensões**, em 1923- por grandes empresas; pode-se afirmar que estas foram o marco inicial da previdência no Brasil;
2. As CAPS foram unificadas em 1933, instituindo-se os IAPS **(institutos de aposentadorias e pensões)**, por categoria profissional;
3. Em 1966 os IAPS são unificados e nasce o INPS **(instituto nacional de previdência social)**, logo depois é instituído o INAMPS **(instituto nacional de assistência medica da previdência)** - só tinham acesso os contribuintes. Sistema excludente
4. A Conferência Internacional de Alma-Ata, 1978, foi a primeira a discutir cuidados primários na saúde, sendo a maior responsável pelas primeiras ações no Brasil, que aconteceram em 1983/84- AIS **(ações integradas em saúde)** - marco inicial da atenção primaria no Brasil
5. A VIII CNS, 1986, foi o marco do movimento da **reforma sanitária. Sendo a primeira com participação da sociedade civil**
6. No período de 1987/89 aconteceu o SUDS **(Sistema Único Descentralizado Em Saúde)**, conhecido como estratégia ponte ou estadualização da saúde. Em1988 **nasce o SUS** juntamente com a CF nos artigos 196 ao 200;
7. Em 1990 os artigos constitucionais são regulamentados pelas LOS **(leis orgânicas da saúde)**: Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90.

QUESTÕES

01 **(UFGD/PSMRS/RESIDÊNCIA/2013)** Leia o texto a seguir. O Movimento da Reforma Sanitária surgiu no início dos anos 1960, da indignação de setores técnicos e intelectuais com o quadro da Saúde no Brasil. Um marco histórico da luta desse movimento se deu com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, acontecimento que incluiu a sociedade civil organizada no processo de construção de um novo ideário para a Saúde.

O conceito de "saúde" sustentado pela Reforma Sanitária tem como diretriz:

Ⓐ combater às epidemias históricas do país, como a esquistossomose, a febre amarela e a dengue, que afetam as populações trabalhadoras e menos privilegiadas economicamente.
Ⓑ desospitalizar e desinstitucionalizar as ações de Saúde, compreendendo que as formas de tratamento da Hanseníase, da Tuberculose e dos Transtornos Mentais, bem como a Atenção à Saúde da população excluída dos quadros do trabalho formal compunham um projeto eugenista.
Ⓒ controlar a saúde de toda a população, por meio dos mecanismos de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e dos dispositivos da Atenção Básica, na prevenção e promoção da Saúde.
Ⓓ ratificar a qualidade de vida como uma conquista histórica da capacidade de criar e manter uma vida digna; o acesso à moradia, transporte, trabalho, lazer e alimentação, que permitam o desenvolvimento integral do sujeito; a educação de qualidade, que inclui todos numa sociedade mais equânime.
Ⓔ permitir o funcionamento do organismo dentro da excelência de suas possibilidades, o bem-estar social e a integridade psíquica.

●●○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** Uma das solicitações da 8º Conferência foi a ampliação do conceito de saúde, conforme podemos observar nesse trecho extraído do relatório final da mesma: *"Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde.*

Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (Brasil, 1986: 4)."

Resposta: Ⓓ

---

02 (UEPA/RESIDÊNCIA/2012) A Reforma Sanitária propiciou a:

Ⓐ superação da escassez de recursos financeiros.
Ⓑ gestão descentralizada.
Ⓒ reestruturação político-institucional.
Ⓓ resolubilidade dos serviços de saúde.
Ⓔ organização e articulação das ações curativas e preventivas.

●○○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** A reforma sanitária culminou numa amplitude de reformas, por este motivo não podemos dizer que se tratou de uma reforma "setorial". Ela culminou em uma reestruturação das políticas institucionais do país. Teve como "herança" a criação do SUS na CF/88 e sua regulamentação nas Leis Orgânicas da saúde em 1990, tornando o sistema de saúde totalmente includente.

Resposta: Ⓒ

---

03 (UEPA/RESIDÊNCIA/2012) O Relatório da 8ª. Conferência de Saúde orientou o (a):

Ⓐ conteúdo ideológico do Sistema de Saúde.
Ⓑ reforma administrativa e financeira.
Ⓒ sistema de Seguridade Social.
Ⓓ reorganização do sistema de atenção com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS.
Ⓔ descentralização da gestão.

●○○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** O relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde serviu como base para um novo modelo de organização do Sistema de Atenção à Saúde no Brasil.

Resposta: Ⓓ

---

04 (UEPA/RESIDÊNCIA/2014) Os principais temas debatidos na 8ª Conferência de Saúde foram:

Ⓐ arcabouço jurídico institucional, o conteúdo ideológico e o acesso universal.
Ⓑ marcos legais e normativos do Sistema de Saúde, o compartilhamento da gestão e a estrutura institucional e decisória.
Ⓒ saúde como direito de cidadania, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento do setor.
Ⓓ reorganização do sistema de atenção, saúde e cidadania e igualdade e justiça social.
Ⓔ regulamentação dos conselhos de saúde, políticas de saúde e a escassez de recursos financeiros.

●○○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** De acordo com o texto original do relatório final da VIII Conferência de Saúde, os principais temas abordados durante os três dias de reuniões foram: "*Saúde como direito, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial.*"

Resposta: Ⓒ

05 **(UFG/RESIDÊNCIA/2013)** Na história da construção do Sistema de Saúde brasileiro é importante destacar os diferentes modelos de atendimento e de atenção à saúde utilizados no combate às situações sanitárias. No início do século XX, as cidades do Rio de Janeiro (RJ) e Santos (SP) conviviam com graves endemias que prejudicavam o comércio e as exportações. Isso precipitou ações de intervenção do Estado no combate às doenças, envolvendo ações coletivas e individuais.
As doenças em evidência nessa época eram:

Ⓐ dengue, febre amarela, peste e tétano.
Ⓑ tuberculose, hanseníase e cólera.
Ⓒ cólera, varíola, febre amarela e peste.
Ⓓ febre amarela, tétano e peste.

●●○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** No Brasil, podemos relatar diversos modelos de saúde desenvolvidos em diferentes momentos da história. No início da República, por exemplo, sanitaristas, guardas sanitários e outros técnicos organizaram campanhas para lutar contra as epidemias que assolavam o Brasil no início do século, determinando o surgimento do primeiro modelo assistencial no país – Modelo Sanitarista/Campanhista. Neste período, as doenças mais incidentes foram: febre amarela, cólera, varíola e peste, ou seja, doenças pestilenciais como consequência das péssimas condições de vida, ausência de saneamento e aglomerados urbanos.
Resposta: Ⓒ

---

06 **(UFG/RESIDÊNCIA/2013)** Leia o texto a seguir: O movimento da reforma sanitária, cujos esforços centraram-se em questões mais gerais das políticas de saúde, culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que foi fundamental para a construção do texto da saúde na Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Este sistema foi organizado em princípios e diretrizes que definiram a Atenção Primária em Saúde como diretriz norteadora e articuladora para a transformação do modelo de atenção à saúde vigente. Observou-se, então, um aumento substancial na prestação de serviços de saúde pelos municípios. Nesta perspectiva, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem contribuído para melhorar os indicadores de saúde, principalmente em municípios que apresentam menores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH), aproximando-os de municípios de maiores rendas e IDH mais alto. A ESF também tem se mostrado importante fator de redução da mortalidade infantil.

Que princípios e diretrizes do SUS podem ser identificados neste texto?

Ⓐ Universalidade e participação social.
Ⓑ Centralização e igualdade.
Ⓒ Integralidade e hierarquização.
Ⓓ Descentralização e equidade.

●●○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** Em síntese, o texto traz as ações inerentes ao primeiro nível do sistema e uma das portas de entrada do SUS: atenção básica. Este nível é operacionalizado ESF, em esfera municipal, caracterizando a diretriz e princípio da descentralização. Seguindo a mesma linha de raciocínio, observamos que a ESF atuando de forma mais incisiva, com uma atenção mais ampla às necessidades locais, ultrapassa os muros das unidades de saúde e atinge o contexto histórico, social, cultural, político e econômico dos indivíduos ou coletivos, no sentido de promover a saúde dos mesmos, oferecendo à população que mais necessita as ações e serviços de saúde deste âmbito. Mas nesse texto descentralização e equidade vêm como norte e norteadora da ESF.
Resposta: Ⓓ

07 **(UFG/RESIDÊNCIA/2014)** No Brasil, a Campanha de Erradicação da Varíola (CEV) – 1966/1973 inspirou a Fundação Serviços de Saúde Pública que possibilitou o futuro desenvolvimento de ações de impacto. O principal êxito relacionado a esse esforço foi:

Ⓐ o primeiro Manual de Vigilância Epidemiológica.
Ⓑ o controle da poliomielite no Brasil, na década de 1980, e a erradicação alcançada em 1994.
Ⓒ o Sistema Único de Saúde (SUS).
Ⓓ a 5ª Conferência Nacional de Saúde em 1975.

●●○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** *"No Brasil, a Campanha de Erradicação da Varíola (CEV) – 1966/73 – é reconhecida como marco da institucionalização das ações de vigilância no país, tendo fomentado e apoiado a organização de unidades de vigilância epidemiológica na estrutura das secretarias estaduais de saúde. O modelo da CEV inspirou a Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) a organizar, em 1969, um sistema de notificação semanal de doenças selecionadas e disseminar informações pertinentes em um boletim epidemiológico de circulação quinzenal. Tal processo fundamentou a consolidação, nos níveis nacional e estadual, de bases técnicas e operacionais que possibilitaram o futuro desenvolvimento de ações de impacto no controle de doenças evitáveis por imunização. (BRASIL, 2002)*

Resposta: Ⓑ

O principal êxito relacionado a esse esforço foi o controle da poliomielite no Brasil, na década de 1980, que abriu perspectivas para a erradicação da doença no continente americano, finalmente alcançada em 1994.

08 **(UFMT/RESIDÊNCIA/2010)** Sobre a Reforma Sanitária brasileira, analise as afirmativas.

I. Constitui uma proposta abrangente de mudança social e um processo de transformação sanitária gestada desde a década de 70 do século XX.
II. Deve ser entendida simplesmente como uma reforma setorial.
III. Na busca de viabilidade para as intervenções propostas pela Reforma Sanitária, utilizou-se unicamente de dois caminhos: legislativo-parlamentar e técnico-institucional.
IV. Os princípios e as diretrizes da Reforma foram sistematizados na 8ª Conferência Nacional de Saúde, destacando-se: conceito ampliado de saúde; Sistema Único de Saúde (SUS) e participação popular.

Estão corretas as afirmativas:

Ⓐ II e III, apenas.
Ⓑ I, II e III, apenas.
Ⓒ I e IV, apenas.
Ⓓ I, II, III e IV.

●●○ Grau de dificuldade

Assertiva I: CORRETA. A CEBS (Centro de Estudos Brasileiros em Saúde), juntamente com os profissionais da saúde, professores universitários e estudantes, fomentou discussões e ações para a transformação do perfil sanitário do país principalmente no que tange a organização do sistema de saúde.
Assertiva II: INCORRETA. A reforma sanitária foi uma reforma que abrangeu vários setores. Foi "um" dos movimentos daquela época.
Assertiva III: INCORRETA. A busca pela viabilidade da grande Reforma Sanitária envolveu um conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais, conhecido como movimento pela democratização da saúde ou "movimento sanitário" (Escorel, 1998).

Assertiva IV: CORRETA. A reforma sanitária deixou vários legados importantes principalmente, no campo da saúde, dentre os quais o documento do relatório final da VIII Conferência de Saúde, que fundamentou a criação do SUS em 1988. Dentre os princípios e diretrizes mais importantes estão: conceito ampliado de saúde, um sistema único de saúde e participação popular.

Resposta: Ⓒ

---

09 **(IADES/EBSERH/Enfermeiro/2013)** Na evolução do sistema de saúde no Brasil, foram elaboradas legislações específicas governamentais que "estruturaram" a formação do SUS, formando uma "linha do tempo". Um órgão foi criado, em 1977, e fez parte do Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SIMPAS). Este órgão foi o grande prestador da assistência médica e funcionava à custa de compra de serviços médicos hospitalares, do setor privado. O órgão referenciado no texto é o:

Ⓐ SINAN
Ⓑ SIMPAS
Ⓒ INPS
Ⓓ INAMPS

●●○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** Para responder esta questão temos que lembrar os fatos marcantes da história das políticas de saúde no brasil:
- 1923: Lei Elói Chaves – Criação das CAP (Caixas de Aposentadorias e Pensões). Este é o momento em que o Estado institucionaliza um dos primeiros tipos de acesso à saúde para os trabalhadores;
-1933: Unificação das CAPS em IAPS (Institutos de Aposentadorias e Pensões). Governo de Getúlio Vargas. Neste momento o Estado assume a Gestão financeira dos institutos;
-1966: Unificação dos IAPS em INPS (Instituto Nacional da Previdência Social). Ofertava aos trabalhadores assistência previdenciária: pensões, pecúlios e aposentadorias.
-1977: Nasce o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). Ofertava aos previdenciários (os contribuintes) a assistência médica. Forma excludente de acesso, pois só parte da população tinha este direito garantido.

Resposta: Ⓓ

---

10 **(EBSERH/IADES/MCO/2014)** O momento inicial de responsabilização do Estado pela regulação da concessão de benefícios e serviços, especialmente de assistência médica, aconteceu com a:

Ⓐ criação do Funrural.
Ⓑ aprovação da Lei Elói Chaves.
Ⓒ criação da Consolidação das Leis de Trabalho.
Ⓓ criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões.
Ⓔ criação do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos.

●●● Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** O Estado se responsabiliza pelos trabalhadores, em primeiro momento, a partir da criação das CAPS, pela Lei Elói Chaves. Não se pode confundir responsabilização do Estado com a participação no financiamento. As CAPS – Caixas de aposentadorias e pensões tinham uma gestão bipartite (empresas e trabalhadores) e nos IAPS o financiamento era tripartite (o Estado, como era responsável pela gerência, também participava do financiamento). Resumindo: A Lei Eloi Chaves é o marco inicial da previdência social no país, logo, é neste momento que o Estado assume a responsabilidade pelo trabalhador, em 1923.

Resposta: Ⓑ

11 (EBSERH/ASSISTENTE ADM/IADES/MCO/2014) Antes da criação do SUS, o Ministério da Saúde (MS), apoiado por estados e municípios, desenvolvia basicamente quais tipos de ações?

Ⓐ Ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças, merecendo destaque as campanhas de vacinação e controle de endemias.
Ⓑ Assistência médico-hospitalar de alta complexidade e fabricação de vacinas e medicamentos, com destaque para as drogas de combate ao vírus da AIDS.
Ⓒ Campanhas educacionais de prevenção de doenças, com incentivo à prática de exercícios e à busca por uma alimentação saudável.
Ⓓ Fiscalização das ações de saúde pelos estados e municípios, com a aplicação de multas quando encontradas irregularidades na execução dos orçamentos contratados.
Ⓔ O MS foi criado juntamente com o SUS. Antes desse período, as ações de saúde pública eram executadas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).

●●○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** Antes da criação do SUS não havia política de saúde. As ações eram desenvolvidas de forma pontual, priorizando o capital. O modelo que predominava era o Sanitarista/Campanhista – que foca em ações de grupos específicos, campanhas, trabalha com as epidemias e endemias. Grande investimento em mão de obra e resultados temporários.
O que são modelos assistenciais? É a forma de organizar os serviços e ações de saúde. Pontuando historicamente: o primeiro modelo surge na década de 60, voltado para as ações de combate às doenças, pestilências, epidemias e endemias. Na década de 70, após a criação do INPS, emerge o modelo assistencial médico privatista ou hospitalocêntrico – voltado para o tratamento da doença e do doente. Com o início dos movimentos sociais e após a criação do SUS, o Ministério da Saúde adota o Modelo de Vigilância em Saúde para a organização das ações e serviços de saúde. O quadro abaixo ajuda a diferenciar os modelos existentes no Brasil:

Modelo	Sujeito	Objeto	Meios de Trabalho	Formas de Organização
Modelo médico - assistencial privativas	Médico - especialização complementariedade (paramédicos)	Doença (patologia e outras) Doentes (clínica e cirurgia)	Tecnologia médica (indivíduo)	Rede de serviços de saúde Hospital
Modelo sanitarista	Sanitarista - auxiliares	Modos de transmissão fatores de risco	Tecnologia sanitária	Campanhas sanitárias Programas especiais Sistemas de vigilância epidemiológica e sanitária
Vigilância da saúde	Equipe de saúde população (cidadãos)	Danos, riscos, necessidades e determinantes e dos modos de vida e saúde (condições de vida e trabalho)	Tecnologias de comunicação social, de planejamento e programação local situacional e tecnologias médico-sanitárias	Políticas públicas saudáveis, Ações intersetoriais, Intervenções específicas (promoção, prevenção e recuperação), operações sobre problemas e grupos populacionais

Fonte: TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva e VILASBOAS, Ana Luiza. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. Inf. Epidemiol. Sus [online]. 1998, vol.7, n.2, pp. 7-28. ISSN 0104-1673

12 (EBSERH/IADES/MCO/2014) No que se refere ao agrupamento dos IAP no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), é correto afirmar que ele ocorreu durante a (o):

Ⓐ Primeira República.
Ⓑ Era Vargas.
Ⓒ Ditadura militar.
Ⓓ Governo de João Goulart.
Ⓔ Nova República.

●○○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** Esta questão requer memorização de datas marcantes. Sugiro a elaboração de uma linha do tempo – com os fatos marcantes/períodos históricos. Em que ano o INPS é criado? – 1966. Em que período da história do Brasil? – Ditadura Militar.

Resposta: Ⓒ

---

13 (IADES/SEDE/Nutricionista/2013) Sabe-se que houve importante evolução na história da Saúde Pública no Brasil. Sobre essa evolução, principalmente na organização do Sistema de Saúde, assinale a alternativa correta.

Ⓐ A crise da Previdência Social, no início dos anos 1970, fez surgir o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP).
Ⓑ No relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a saúde passa a ser definida apenas como o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, trabalho e lazer.
Ⓒ O fundamento legal do Sistema Único de Saúde (SUS) é a Constituição Federal de 1988 regulamentado na Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que trata do financiamento da saúde e da participação popular e na Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a organização e regulação das ações de saúde.
Ⓓ A realidade social, na década de oitenta do século passado, era de inclusão da maior parte dos cidadãos no direita à saúde, que se constituía na assistência prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social.
Ⓔ A Reforma Sanitária Brasileira sempre pretendeu ser mais que apenas uma reforma setorial.

●●○ Grau de dificuldade

Alternativa A: INCORRETA. O Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) foi instituído pelo Decreto nº 86.329/81, em 1981, na tentativa de conter custos e combater fraudes. Era vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social.

Alternativa B: INCORRETA. O conceito de saúde definido no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde é muito amplo e abrange inúmeras condições para seu alcance. A VIII CNS foi a primeira que teve a participação da comunidade. Uma das solicitações da VIII, que é considerada um marco da reforma sanitária, foi a ampliação do conceito de saúde, deixando de ser apenas um conceito biologicista e passando a agregar fatores determinantes e condicionantes. Atentem para o conceito ampliado de saúde que está expiicitado no Art. 3º da LOS 8080/90, não esquecendo a alteração da redação que ocorreu em 2013, incluindo a atividade física como um dos fatores determinantes e condicionantes da saúde.

Alternativa C: INCORRETA. O fundamento legal do SUS é a Constituição Federal de 1988, regulamentado na Lei Federal nº 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências e na Lei Federal nº 8.142/90, que trata da participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Alternativa D: INCORRETA. A realidade social, na década de oitenta do século passado, era de exclusão da maior parte dos cidadãos do direito à saúde, que se constituía na assistência prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), restrita aos trabalhadores que contribuíam. O acesso à saúde somente passou a ser completamente universal com a criação do SUS através da Constituição Federal de 1988.

Alternativa E: CORRETA. A Reforma Sanitária Brasileira foi proposta em um momento de intensas mudanças e sempre pretendeu ser mais do que apenas uma reforma setorial, e foi uma reforma dentro das inúmeras que aconteciam à época. A população solicitava o resgate da dívida social. Almejava-se, desde seus primórdios, que pudesse servir à democracia e à consolidação da cidadania no país. Lembrando que a reforma teve um marco, que foi a VIII CNS, mas não como ponto final.

Resposta: Ⓔ

---

14 **(EBSERH/IDECAN/UPE/ENFERMEIRO ASSISTENCAL/2014)** Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde não era considerada um direito social. O SUS foi institucionalizado no Brasil com a:

Ⓐ Lei nº 8.080/90.
Ⓑ Lei nº 8.142/90.
Ⓒ Declaração de Alma-Ata.
Ⓓ Constituição Federal de 1967.
Ⓔ Constituição Federal de 1988.

●○○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** O SUS é institucionalizado no Brasil, com a Constituição Federal de 1988. Seus ideais foram propostos no movimento sanitário, que teve como marco a VIII Conferência Nacional de Saúde. Sua regulamentação se deu através das LOS – Leis Orgânicas da Saúde 8.080/90 e 8.142/90. A Declaração de Alma-Ata foi o resultado da primeira conferência internacional de cuidados primários em saúde, que aconteceu em 1978.

Resposta: Ⓔ

---

15 **(IADES/EBSERH/ COM/BIOMÉDICO/2014)** Antes da criação do SUS, o Ministério da Saúde atuava na área de assistência à saúde por meio de alguns poucos hospitais especializados, além da ação da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP), em regiões específicas do País. Nesse período, a assistência à saúde mantinha uma vinculação muito próxima com determinadas atividades e o caráter contributivo do sistema existente gerava uma divisão da população brasileira em dois grandes grupos (além da pequena parcela da população que podia pagar os serviços de saúde por sua própria conta). Considerando as informações apresentadas, é correto afirmar que esses grupos são os (as):

Ⓐ profissionais de saúde e a população leiga.
Ⓑ previdenciários e os não previdenciários.
Ⓒ anarquistas e os socialistas.
Ⓓ sindicalizados e os autônomos.
Ⓔ populações propensas a endemias e as populações urbanas.

●○○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** Deve-se ter atenção ao período histórico e à característica da assistência à saúde. Antes da criação do SUS, o acesso aos serviços de saúde era excludente. Uma parcela da população contribuía com a previdência (os trabalhadores) e a maioria dependia das instituições filantrópicas. Uma pequena parcela podia pagar os serviços médicos particulares. Qual o objetivo da questão?

Saber quais eram os dois grupos, logo existiam os que contribuíam – previdenciários, e os que não contribuíam – não previdenciários.

Resposta: Ⓑ

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988.
2. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1) Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.1.pdf> . Acesso em: 07/05/2014
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas/ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44p. Il. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.1.pdf> . Acesso em: 07/05/2014
4. BRASIL. Decreto 4.628, de 24 de janeiro de 1923 (Lei Eloy Chaves). Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os respectivos empregados. [citado 2006 Dez 13]. Disponível em: http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v8n1/v8n1_artigo_3.pdf. Acesso em: 15/05/2014
5. CAMPOS, Marco Antonio Lopes e FERREIRA, Cristiani Terezia Martins.EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL .Disponível em: https://www.google.com.br/search?q=CAMPOS%2C+Marco+Antonio+Lopes+e+FERREIRA%2C+Cristiani+Terezia+Martins.+EVOLUÇÃO+HISTÓRICA+DAS+POLÍTICAS+PÚBLICAS+DE+SAÚDE+NO&oq=CAMPOS%2C. Acesso em: 07/05/2014.
6. POLIGNANO, M. V. (2001). Histórias das Políticas de Saúde no Brasil: Uma Pequena Revisão. Cadernos do Internato Rural. Faculdade de Medicina/UFMG. Belo Horizonte, MG.
7. RONCALI, Angelo Giuseppe. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Únicode Saúde. Disponível em: http://www.professores.uff.br/jorge/desenv_pol_pub_saude_brasil.pdf. Acesso em 16/05/2014.

02
CAPÍTULO

Constituição Federal 1988 - arts 194 ao 200

Natale Oliveira de Souza e Yara Cardoso Coletto

1 - SEGURIDADE SOCIAL

Para entender a Constituição de 1988 e as pegadinhas que as bancas costumam pedir, iniciaremos pelos Artigos 194 e 195 (Título VIII, Seção I, "Da Seguridade Social").

1.1 - Artigo 194

Seguridade Social →

- Compreende um **conjunto** integrado de **ações** de iniciativa:
  - Dos Poderes Públicos
  - Da sociedade.

↓

- Destinadas a assegurar os direitos relativos:
  1. Saúde
  2. Previdência e
  3. Assistência Social

COMENTÁRIO

Esse artigo traz o **conceito da Seguridade Social**, bastante cobrado em provas. Além disso, nele consta o tripé da Seguridade Social: **Saúde, Previdência e Assistência Social**!

Seguridade Social = Saúde + Previdência + Assistência Social

1.1.1 - Parágrafo Único

Compete ao Poder Público → **organizar** a Seguridade Social, com base nos seguintes objetivos:

1. **Universalidade da** cobertura e do atendimento;

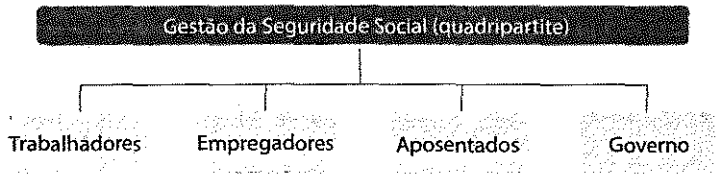
2. **Uniformidade** e **equivalência** dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;

Benefícios e serviços à população urbana — Equivalente — Benefícios e serviços à população rural

3. **Seletividade e distributividade** na prestação dos benefícios e serviços;
4. **Irredutibilidade** do valor dos benefícios;
5. **Equidade** na forma de participação no custeio;
6. **Diversidade** da base de financiamento;
7. Caráter **democrático** e **descentralizado** da administração → mediante **gestão quadripartite,**
   - Dos trabalhadores;
   - Dos empregadores;
   - Dos aposentados;
   - Do governo;

COMENTÁRIO

Esses objetivos são sempre cobrados em prova. Observem que todos trazem no seu contexto, na sua interpretação, situações de equidade igualdade, perpassando pelo princípio da democracia. Atentem também para o termo **"quadripartite" e quem são os responsáveis pela gestão.**



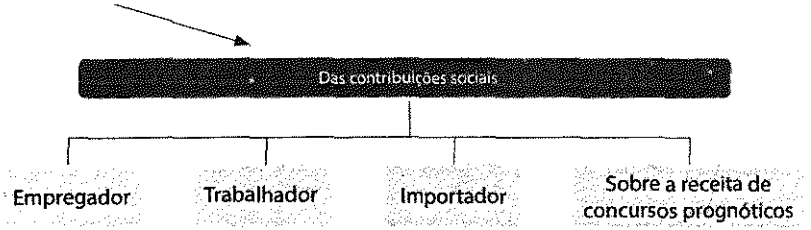
1.2 - Artigo 195

A Seguridade Social será financiada → por toda a sociedade ↘ de forma direta / ↘ de forma indireta

↓

mediante recursos provenientes dos orçamentos:

1. Da União;
2. Dos estados;
3. Do Distrito Federal e dos municípios;
4. **Das contribuições sociais**



Abaixo, os **detalhamentos** de cada contribuição social:

1. As contribuições do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, são incidentes sobre:

   - A folha de salários e demais rendimentos do trabalho

     pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício;

   - A receita ou o faturamento;
   - O lucro.

   ⇨ Essas contribuições sociais poderão ter alíquotas ou bases de cálculo diferenciadas, em razão:
   - Da atividade econômica;
   - Da utilização intensiva de mão - de- obra;
   - Do porte da empresa;
   - Da condição estrutural do mercado de trabalho.

2. As contribuições do **trabalhador** e dos **demais segurados** da previdência social:

   - Não incidirão contribuição sobre → aposentadoria, pensão } concedidas pelo regime geral de Previdência Social

3. Sobre a receita de **concursos de prognósticos, ou seja**.

   Todo e qualquer sorteio de números, loteria, aposta, inclusive a realizada em reuniões hípicas;

4. Do **importador** de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele **equiparar.**

⇩

- Essas contribuições sociais só poderão ser exigidas após decorridos 90 dias da data da publicação da lei que as houver instituído ou modificado,
  - não se lhes aplicando o disposto no **art.150, inciso III, alínea b:**

↓

É vedado à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos Municípios cobrar tributos no mesmo exercício financeiro em que haja sido publicada a lei que os instituiu ou aumentou.

COMENTÁRIO

O Artigo 195 traz o financiamento compartilhado. Atente para as ações que compõem a Seguridade Social, pois a **saúde está inclusa**.

1.2.1 - Artigo 195 – Parágrafos 1° a 13°

As receitas, destinadas à Seguridade Social:
- Dos estados,
- Do Distrito Federal;
- Dos municípios

⇨
- Constarão dos respectivos orçamentos;
- Não integrando o orçamento da União.

- A proposta de orçamento da Seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela:

Saúde | Previdência Social | Assistência Social

⇩

- Tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias;
- Assegurada a cada área a gestão de seus recursos.

A pessoa em débito com o sistema da Seguridade Social, como estabelecido em lei:
- Não poderá contratar com o Poder Público;
- Não poderá receber benefícios ou incentivos fiscais ou creditícios do Poder Público.

A lei poderá instituir **outras** fontes destinadas a garantir → manutenção / expensão] da Seguridade Social

Nenhum benefício ou serviço da Seguridade Social poderá ser:

- Criado,
- Majorado ou
- Estendido

] sem a correspondente fonte de custeio total.

As contribuições sociais de que trata esse artigo:

⇩

Só poderão ser exigidas após decorridos **90 (noventa) dias** da data da publicação da lei que as houver instituído ou modificado,

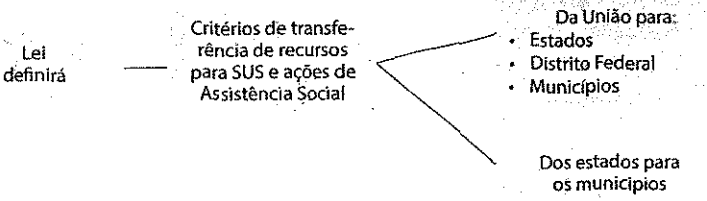
└→ não se lhes aplicando o disposto no Art. 150, inciso III, alínea b

São **isentas** de **contribuição** para a Seguridade Social → as entidades beneficentes de Assistência Social
que atendam às exigências estabelecidas por lei.

- O Produtor;
- O Parceiro;
- O Meeiro;
- Os Arrendatários rurais;
- O Pescador artesanal.

] bem como os respectivos cônjuges → que exerçam suas atividades → em regime de economia familiar / sem empregados permanentes

contribuirão para a Seguridade Social:
- Mediante a aplicação de uma alíquota sobre o resultado da comercialização da população;
- Farão jus aos benefícios nos termos da lei.



- É **vedada a concessão de remissão ou anistia das contribuições sociais** de que tratam os incisos I, a, e II desse artigo, para débitos em montante superior ao fixado em lei complementar.

  → Do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social

  → A folha de salários e demais rendimentos do trabalho, pagos ou creditados, à qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício

  → Observada a respectiva contrapartida de recursos.

- A lei definirá os setores de atividade econômica para os quais as contribuições incidentes na forma:

  - Do inciso I, alínea b do *caput*
  - A receita ou o faturamento
  - Do inciso IV do *caput*
  - Do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar

  → Serão não cumulativas

  → Aplica-se a esse parágrafo inclusive a hipótese de substituição gradual, total ou parcial, da contribuição incidente na forma do inciso I, alínea, pela incidente sobre a receita ou o faturamento.

2 - DA SAÚDE

Iniciaremos o estudo direcionado dos artigos constitucionais que estão relacionados diretamente com a saúde. Vale lembrar que estes são fruto do movimento sanitário, que teve como marco a VIII (Conferência Nacional da Saúde (CNS). As bancas elaboradoras cobram, muitas vezes, os artigos na íntegra. Então, atenção às esquematizações!

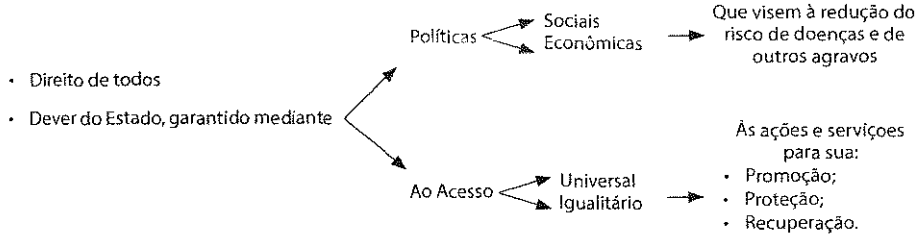
O Título VIII, Seção 2, "da saúde", é composto por 5 artigos. São eles: 196, 197, 198, 199 e 200. Neles, encontraremos a obrigação do Estado em prover o acesso às ações e serviços de saúde, como o sistema deve ser organizado, as diretrizes, a participação complementar da rede privada e algumas

das atribuições do sistema único de saúde. Lembrem-se de que é a partir dessa carta magna que a saúde passa a ser includente, ou seja, universal e igualitária. Sendo mais clara: aqui nasce o SUS.

2.1- Artigo 196:

Conceitos:

A Saúde é:

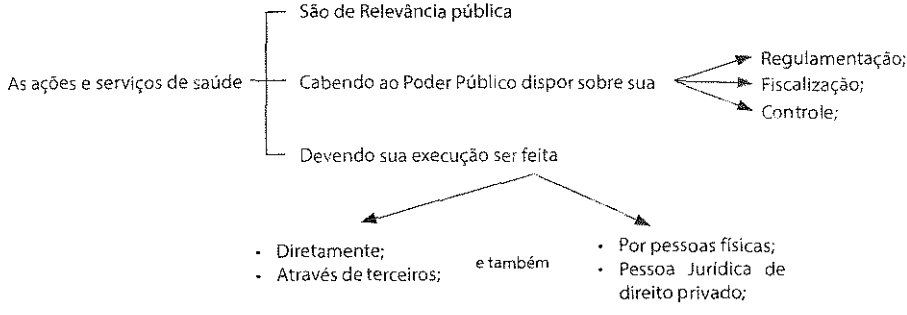


COMENTÁRIO

O primeiro artigo constitucional traz a **obrigação do Estado** e deixa claro que a **saúde** é um **direito de todos**. Além disso, relaciona a existência de um sistema de saúde **a uma política social e econômica**. Abaixo, seguem as explicações de alguns conceitos presentes nesse artigo:

1. **Acesso universal e igualitário:** todos têm direito a acesso aos bens e serviços de saúde, que são considerados essenciais. Sem distinção de raça, cor, gênero, idade; ou seja, todos são iguais perante a lei;
2. **Promoção da saúde:** intervenção nos determinantes sociais em saúde, conceito alinhado com a qualidade de vida;
3. **Proteção:** ações de vigilância em saúde, intervenção sobre o processo saúde/doença

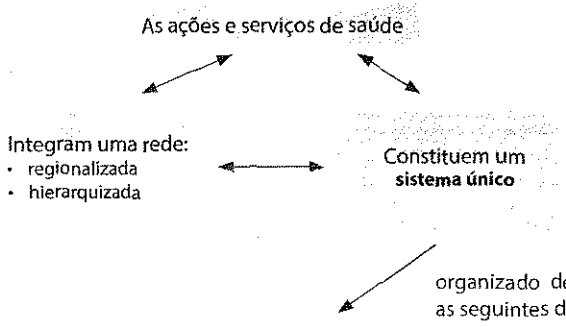
2.2 - Artigo 197



COMENTÁRIO

Esse artigo vem para fortalecer a **obrigação** do Estado frente às ações e serviços de saúde. E, por esse motivo, deixa explicitado na própria Constituição a obrigação do Poder Público na **criação de uma lei** ("leis orgânicas") que regulamentem, fiscalizem e controlem as ações de serviços de saúde! Lembrem-se: **REFICO – regula, fiscaliza e controla**.

2.3 - Artigo 198



Decentralização:
- Com direção única em cada esfera do governo;

Atendimento integral:
- Com prioridade para as atividades preventivas;
- Sem prejuízo dos serviços assistenciais;

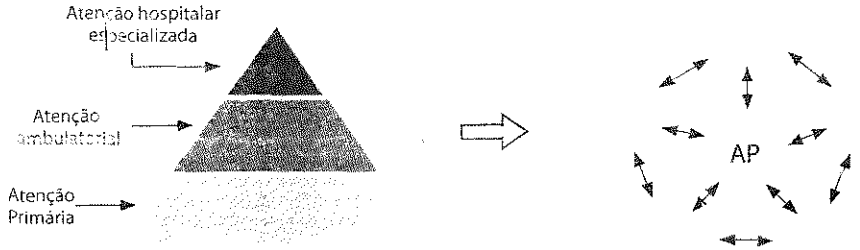
Participação da comunidade:
- Tema que será mais abordado no capítulo referente à Lei 8.142/90.

COMENTÁRIO

"**Descentralização** não significa outra coisa senão a transferência de atribuições em maior ou menor número dos órgãos centrais para os órgãos locais ou para pessoas físicas ou jurídicas. Centralização é a convergência de atribuições, em maior ou menor número, para órgãos centrais."

Rede regionalizada e hierarquizada:

ORGANIZAÇÃO PIRAMIDAL | **ORGANIZAÇÃO EM REDE**



Sistema fragmentado e hierarquizado

"Essa concepção hierárquica e piramidal deve ser substituída por uma outra, a das redes poliárquicas de atenção à saúde, em que, respeitando-se as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas, conformando-se redes policêntricas horizontais." (MENDES, 2011)

OBSERVAÇÃO

Essa pirâmide é a forma de **demonstrar** a regionalização e a hierarquização descrita pelo Art. 198 da CF/88 . Vale ressaltar que, atualmente, falamos em uma rede mais capilarizada e articulada (como será descrito quando discutirmos o decreto 7.508/90).

Observe que a pirâmide está dívida em níveis de complexidade crescentes:

1. **Atenção Primária**: equivale, após a Portaria 2.488/11, à atenção básica. Nesse nível, as ações e serviços de saúde são executadas pelas Equipes de Saúde da Família (ESF), Equipes de Agentes comunitários de saúde (EACS), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), dentre outros espaços da rede que estão mais próximos da comunidade e, por esse motivo, deve existir vínculo e corresponsabilidade.
2. **Atenção Secundária**: nesse nível, as ações são executadas pelas especialidades ou clínicas de especialistas. Observe que, quanto maior a complexidade, mais afastados da comunidade os profissionais estão.
3. **Atenção Terciária**: nível onde as ações são executadas nos hospitais de grande porte e hospitais universitários.

Vamos exemplificar para facilitar:

Situação hipotética: imagine uma usuária do SUS que precisa fazer um exame preventivo (papanicolau). Ela deve procurar que nível de complexidade do sistema? Todos sabemos que é a atenção básica/primária que desenvolve esse tipo de ação. Logo, o exame foi realizado. Mas, ao chegar o resultado, infelizmente, a usuária tem uma alteração celular. Pergunta: a atenção básica resolverá esse problema? **Não!** Por esse motivo, a nossa usuária deverá ser **encaminhada para um nível de complexidade** maior; neste caso, a atenção secundária. Lá, ela será atendida por um profissional

especialista. Caso este confirme que há uma lesão mais grave, nossa paciente será encaminhadapara a atenção terciária, e fará o procedimento de acordo com a necessidade.

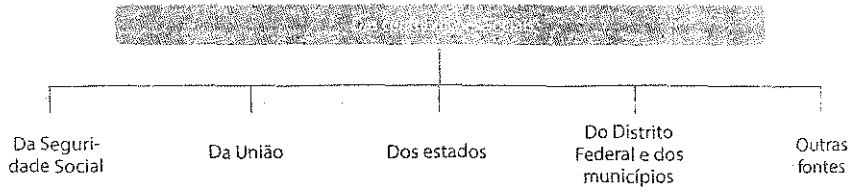
COMENTÁRIO

Vamos lá: cada nível de complexidade deve ofertar aos indivíduos os serviços que eles necessitam. E esse "caminhar" deve ser contínuo e articulado, ou seja, o próprio SUS tem que dar condições de atendimento dos usuários, nos respectivos níveis e de acordo com a REAL necessidade deles.

2.3.1 - Artigo 198 - Parágrafos 1°, 2° e 3°

COMENTÁRIO

Não se esqueça de que o financiamento do SUS é **compartilhado,** não sendo de obrigação apenas da União. As outras esferas de governo devem financiar o SUS, através das contrapartidas.



No caso da União:

- A receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro,

⇩

- Não podendo ser inferior a **15% (quinze por cento)** ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

COMENTÁRIO

De acordo com a Lei Complementar 141/12, não há uma fixação de recursos mínimos para a União investir em ações e serviços de saúde, sendo esse montante estabelecido de acordo com os recursos gastos no exercício anterior, acrescido da variação do PIB. Com a Emenda Constitucional 86/15 (que modificou o item I, do § 2° do Artigo 198, esquematizado acima), a União passa a ter obrigação de investir em ações e serviços de saúde valor **não inferior a 15%** da receita líquida corrente.

Esses 15% serão garantidos progressivamente, de acordo com a EC 86/15, sendo que a nova base constitucional para aplicação mínima a partir de 2016 (primeiro exercício subsequente ao da vigência da EC/86) será a Receita corrente líquida da União, sendo esta 13,2% em 2016, 13,7% em 2017, 14,1% em 2018, 14,5% em 2019 e 15% a partir de 2020.

No caso dos estados e o Distrito Federal:

O produto da arrecadação:

1. Dos seguintes impostos:
   - Transmissão *causa mortis* e doação (ITCMD), de quaisquer bens ou direitos;
   - Operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal (ICMS);
   - Propriedade de veículos automotores (IPVA).

+

2. Dos seguintes recursos:
   - O produto da arrecadação do imposto da União sobre renda (IR) e proventos de qualquer natureza, incidente na fonte, sobre rendimentos pagos, a qualquer título:
     - Por eles;
     - Suas autarquias;
     - Pelas fundações que instituírem e mantiverem;
   - 20% do produto da arrecadação do imposto que a União instituir no exercício da competência que lhe é atribuída pelo **Art. 154, inciso I.**

> A União poderá instituir: mediante lei complementar, impostos não previstos no artigo anterior, desde que sejam não-cumulativos e não tenham fato gerador ou base de cálculo próprios dos discriminados nesta Constituição;

+

3. A União entregará:
   - 21,5% ao Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal do produto da arrecadação do imposto sobre produtos industrializados (IPI),
   - 10% aos estados e ao Distrito Federal, proporcionalmente ao valor das respectivas exportações de produtos industrializados,

-

- Deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

No caso dos municípios e do Distrito Federal:

O produto da arrecadação:

1. Dos seguintes **impostos**:
   - Propriedade predial e territorial urbana (IPTU);
   - Transmissão "inter vivos", de bens imóveis, por natureza ou acessão física, e de direitos reais sobre imóveis, exceto os de garantia, bem como cessão de direitos a sua aquisição (ITBI);
   - Serviços de qualquer natureza, não compreendidos no Art. 155, inciso II (ISS).

+

2. Dos seguintes **recursos**:
   - Produto da arrecadação do imposto da União sobre renda e proventos de qualquer natureza, incidente na fonte, sobre rendimentos pagos, a qualquer título:
     - Por eles;

- Suas autarquias;
- Pelas fundações que instituírem e mantiverem;

- 50 % do produto da arrecadação pela União do imposto de propriedade territorial rural (ITR)
- 50% do produto da arrecadação pelo Estado do IPVA;
- 25% do produto da arrecadação pelo Estado do ICMS
- A União entregará 22,5% ao Fundo de Participação dos Municípios;
- Os estados entregarão aos respectivos municípios 25% dos 10% que receberem, proporcionalmente ao valor das respectivas exportações de produtos industrializados.

COMENTÁRIO

Quando discorrermos sobre a Lei 141/12, os valores que cabem a cada esfera de governo ficarão mais claros.

2.3.2 Artigos 198 – Parágrafos 4º ao 6º

Os gestores locais do (SUS) → poderão admitir → agentes comunitários de saúde e / agentes de combate às endemias

Por meio de processo seletivo público

De acordo com:
1. A natureza e complexidade de suas atribuições;
2. Requisitos específicos para sua atuação.

Lei federal disporá sobre:

- O regime jurídico;
- O piso salarial profissional nacional;
- As diretrizes para os Planos de Carreira;
- A regulamentação das atividades

→ De agente comunitário de saúde e Agente de combate às endemias

Competindo à União prestar assistência financeira complementar:

- Aos estados;
- Ao Distrito Federal;
- Aos municípios.

→ Para o cumprimento do referido piso salarial.

O servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de combate às endemias poderá, perder o cargo

- Em caso de descumprimento dos requisitos fixados em lei, para o seu exercício específico;
- No caso das hipóteses previstas para todos os servidores públicos.

COMENTÁRIO

O Artigo 198 pode ser considerado o mais denso dos artigos constitucionais. Ele traz em seu *caput* (introdução) a **forma de organização do SUS,** e nos seus incisos, as **diretrizes que o sistema único de saúde deverá seguir.** Algumas dicas para vocês:

1. Toda diretriz é um princípio (estes serão vistos no Artigo 7º da LOS 8.080/90);
2. São apenas 3 diretrizes;
3. Sempre que perguntarem em prova a forma de organização do SUS: regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescentes.

2.4 - Artigo 199 e Parágrafos 1º ao 3º

A Assistência à Saúde é livre à iniciativa privada.



Poderão participar de forma complementar do SUS →
- Segundo diretrizes deste;
- Mediante contrato de direito público ou convênio;
- Tendo preferência:
  - As entidades filantrópicas;
  - As entidades sem fins lucrativos.

É vedada → a destinação de recursos públicos para → auxílios ou subvenções → às instituições privadas com fins lucrativos

É vedada → a participação direta ou indireta de → empresas ou capitais → estrangeiros na Assistência à Saúde no País, salvo em casos previstos em lei.

COMENTÁRIO

Atente que o artigo 199 traz o direito que a iniciativa privada tem de ofertar serviços de saúde;

Nunca se esqueça de que a rede privada **pode participar do SUS em caráter complementar**, sendo **pré-requisito para isso**: insuficiência de recursos públicos na área da saúde;

Observe que esse tipo de ação se dará através de **contrato ou convênio,** tendo **preferência as instituições filantrópicas e sem fins lucrativos**;

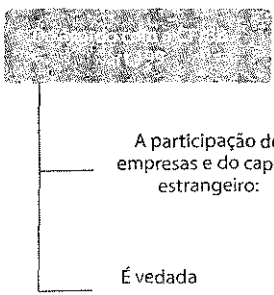
O sistema público, **em nenhuma hipótese**, poderá destinar recursos financeiros a instituições **com fins lucrativos**.

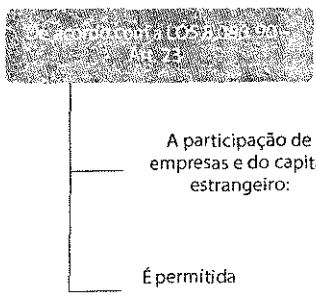
Alteração da redação do Art. 23 da Lei Orgânica 8.080/90 pela Lei 13.907/15 e a Constituição federal:

De acordo com a Constituição Federal de 1988, em seu Art. 199, o Brasil **não pode receber recurso de empresas ou capitais estrangeiros, salvo em casos previstos por lei. Mas a nova redação do Art. 23, pela Lei 13.907/15 traz a seguinte afirmativa:**

"Art. 23. **É permitida a participação direta ou indireta,** inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos(...)".

Para facilitar na resolução de provas, observem o seguinte esquema:





2.4.1 - Parágrafo 4° - Artigo 199

- A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de:
  - Órgãos,
  - Tecidos
  - Substâncias humanas

  para fins de:
  - Transplante
  - Pesquisa e tratamento e
  - Coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados

  Sendo vedado todo tipo de comercialização

2.5 - Artigo 200

Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições

1. **Controlar** e **fiscalizar**
   - Procedimentos;
   - Produtos;
   - Substâncias

   De interesse para a saúde

2. **Fiscalizar** e **inspecionar alimentos**, compreendido
   - O controle de seu teor nutricional;
   - Bebidas e águas para consumo humano;

3. Participar da **produção** de:
   - Medicamentos;
   - Equipamentos;
   - Imunobiológicos;
   - Hemoderivados;
   - Outros insumos;

tegralidade, universalidade e equidade. Há esta divisão na legislação que rege o SUS, mas para fins didáticos os estudiosos da saúde coletiva classificam os princípios em: doutrinários e organizativos.

Alternativa B: INCORRETA. Já comentamos esta assertiva na questão anterior, vamos reforçar? A destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções para instituições com finalidade lucrativa É VEDADA, não havendo INCENTIVO para esta ação.

Alternativa C: CORRETA. Percebam a importância de entender que os artigos constitucionais são regulamentados pelas Leis Orgânicas. O art. 196 da CF/88 traz a obrigatoriedade do Estado frente as ações de saúde e determina as ações de promoção, proteção e recuperação. E qual a relação com o conceito ampliado de saúde? Não podemos pensar em saúde sem lembrar que é um conjunto de fatores determinantes e condicionantes e não mais a "ausência de doença". Com isso, basta ler o art. 3º da Lei Orgânica 8.080/90 que traz o que chamamos de conceito ampliado de saúde: *"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."*

Alternativa D: INCORRETA. Esta é uma "pegadinha" de prova. Ler as assertivas com atenção diminuem a chance de "cair" em situações como esta. De acordo com o art. 199 da CF de 1988: *"A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização."*

Resposta: Ⓒ

---

03 (CONSULPLAN/ HOB/ Enfermeiro, 2015) "É um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), descrito na Constituição, o qual aborda a saúde como um direito de todos e um dever do Estado." Trata-se do princípio da

Ⓐ participação social.
Ⓑ aplicabilidade do SUS.
Ⓒ universalidade do SUS.
Ⓓ descentralização do sistema.

●○○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** Sempre que uma questão fizer referência aos princípios do SUS, lembrem-se: as diretrizes são explicitadas na Constituição de 1988 em seu art. 198 mas não esqueçam que AS DIRETRIZES DO SUS TAMBEM SÃO PRINCÍPIOS. Estes estão versados no art. 7º da Lei Orgânica 8.080/90. Além disso, há uma divisão conceitual entre os princípios:

- Doutrinários
  - Universalidade
  - Integralidade
  - Equidade
- Organizativos
  - Todos os outros que constram no art 7º da LOS 8.080/90

Alternativa A: INCORRETA. A participação Social é uma diretriz e princípio do SUS, que é regulamentada pela LOS 8.142/90. Há duas instâncias colegiadas de controle social: os conselhos e as conferências.

Alternativa B: INCORRETA. Dispensa comentários.

Alternativa C: CORRETA. Universalidade é o acesso de todos, de forma universal e igualitária, ao sistema de saúde.

Alternativa D: INCORRETA. Descentralização com direção única em cada esfera de governo é uma diretriz e princípio organizativo do SUS. Traduz a forma de organização do sistema.
Resposta: Ⓒ

---

04 (IOB/Prefeitura de Ituporanga-SC/Enfermeiro,2014) Analise o texto abaixo, e assinale qual alternativa a seguir indica a legislação do SUS a qual ela pertence: "A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

Ⓐ Art. 196 da Constituição Federal de 1988.
Ⓑ Declaração de Alma-Ata – setembro de 1978.
Ⓒ Art. 2 da lei nº 8.142 de dezembro de 1990.
Ⓓ Norma Operacional Básica do SUS – NOB 1/96.

●○○ Grau de dificuldade

Alternativa A: CORRETA. O texto traz na íntegra o caput do art. 196 da Constituição Federal de 1988. Onde o Estado passa a ser responsável pelas ações e serviços de saúde, de forma universal e igualitária;
Alternativa B: INCORRETA. A Declaração de Alma-Ata foi o resultado da Iª Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde. Ocorreu em 1978 e pode ser considerado um dos fatos históricos mais impotantes na mudança da organização das ações de saúde no país, mesmo antes da criação do SUS;
Alternativa C: INCORRETA. A lei 8.142/90 dispõe sobre o controle social e as transferências intergovernamentais de recursos.
Alternativa D: INCORRETA. A NOB 96 é a Norma Operacional Básica que trouxe avanços no que tange a descentralização e a forma de repasse dos recursos. Cria o Piso da Atenção Básica e fortalece as ações da atenção primária através do investimento na Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Estratégia de Saúde da Família.
Resposta: Ⓐ

---

05 (IOB/Prefeitura de Ituporanga-SC/Enfermeiro,2014) As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal.

Com base nas diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, assinale V (verdadeiro) ou F (falso) os seguintes princípios. A sequência correta de preenchimento dos parênteses, de cima para baixo, é

( ) Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.
( ) Igualdade da assistência à saúde, estabelecendo prioridades às gestantes.
( ) Integralidade de assistência com serviços preventivos e curativos em todos os níveis de complexidade.
( ) Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral.

Ⓐ V – V – F – F.
Ⓑ V – V – V – F.

Ⓒ F – F – F – V.
Ⓓ F – V – V – V.
Ⓔ V – F – V – V.

●●○ Grau de dificuldade

Assertiva 1: CORRETA. A universalidade é um princípio doutrinário, versado no art. 7º da lei 8.080/90. Significa que todos, sem distinção, têm o direito de acesso ao sistema único de saúde.
Assertiva 2: INCORRETA. Uma pegadinha. A igualdade também é um princípio, mas o art. 7º da LOS 8.080/90 traz o seguinte texto: "IV- igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
Assertiva 3: CORRETA. A integralidade é um dos princípios doutrinários do SUS. Alcançado através de ações preventivas e curativas, percebendo o indivíduo como um todo e ofertando a este o acesso ao serviço de saúde de acordo com a sua necessidade.
Assertiva 4: CORRETA. Um dos princípios organizativos do SUS: "III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;"
Resposta: Ⓔ

---

06 (AOCP/HUCAM-UFES/Enfermagem,2014) Analise as assertivas e assinale a alternativa que aponta as corretas. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

I. limitação da cobertura e do atendimento.
II. uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais.
III. irredutibilidade do valor dos benefícios.
IV. diversidade da base de financiamento.

Ⓐ Apenas II e IV.
Ⓑ Apenas I e IV.
Ⓒ Apenas I, III e IV.
Ⓓ Apenas II, III e IV.
Ⓔ I, II, III e IV.

●●○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** Os artigos constitucionais que versam sobre o setor saúde são: 196 aos 200. Mas, muitas bancas solicitam, além destes, os arts. 194 e 195. Logo, sugiro leitura dos artigos que estão no capítulo II, seção I – da Seguridade Social. Eles podem cobrar estes artigos mesmo não sendo da saúde? Sim, pois a seguridade social é formada pelo tripé: *saúde, assistência social e previdência.*
Assertiva I: INCORRETA. Em seu art. 194, parágrafo único, inciso I, a CF/88 traz a seguinte redação: *"I - universalidade da cobertura e do atendimento"*
Assertiva II: CORRETA. De acordo com o inciso II, do parágrafo único art. 194 não deve haver diferença entre os benefícios e serviços entre a população urbana e rural. *"II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;"*
Assertiva III: CORRETA. Ainda de acordo com o mesmo artigo e parágrafo: *"IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;"*
Assertiva IV: CORRETA. Ainda de acordo com o mesmo artigo e parágrafo: *"VI - diversidade da base de financiamento"*
Resposta: Ⓓ

---

07 (CESPE/SESA/ES/Enfermagem, 2013- MODIFICADA PELO AUTOR) Acerca da livre participação da iniciativa privada na assistência à saúde no Brasil, prevista na CF de 1988, assinale a opção correta.

Ⓐ Em situações emergenciais ou de calamidade, as entidades filantrópicas e as que não tenham fins lucrativos terão preferência para participar do SUS, desde que haja previsão na lei orçamentária anual para repasse ordinário de recurso.
Ⓑ A participação da iniciativa privada no SUS ocorre mediante a celebração de contrato ou convênio com o poder público.
Ⓒ A prestação de serviços pela iniciativa privada, sob o comando da direção nacional do SUS, não se submete aos princípios de regionalização e hierarquização da rede de serviços.
Ⓓ É permitida a participação, direta ou indireta, de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde e na doação de recursos financeiros por organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas.
Ⓔ O reajuste anual dos planos de saúde de pessoas com idade superior a 70 anos deve seguir a lógica da livre concorrência do mercado.

●●○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** Toda vez que a questão se referir à participação da iniciativa privada na assistência à saúde, conforme a CF de 88 é preciso ter o conhecimento do artigo 199 da Carta Magna. Lembrando que a assistência à saúde no Brasil, conforme a CF é livre à iniciativa privada.
Alternativa A: INCORRETA. Vejamos o texto do paragrafo 1° do artigo 199: "§ 1° 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."
Alternativa B: CORRETA. Conforme o parágrafo 1° do artigo 199 da CF, citado na assertiva anterior: "As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio."
Alternativa C: INCORRETA. Acabamos de observar nas assertivas anteriores que na prestação da assistência à saúde a iniciativa privada deve obedecer aos princípios e diretrizes do SUS. Logo, a regionalização e hierarquização enquanto princípios devem ser obedecidos na prestação da assistência.
Alternativa D: INCORRETA. Atentem que essa assertiva pode gerar inúmeras dúvidas. Com a promulgação da lei 13.097/15, a lei 8.080/90 passou a vigorar com o artigo 23, permitindo a participação, direta ou indireta, de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde. Mas é importantíssimo salientar que a Constituição Federal não foi modificada, ou seja, conforme a CF de 88, em seu artigo 199, parágrafo 3º: É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país, salvo nos casos previstos em lei.
Alternativa E: INCORRETA. Quem regula a saúde suplementar é a Agencia Nacional de Saúde (ANS), criada em 2000.
Resposta: Ⓑ

---

08 (UFCG/COMPROV/HUAC-UFCG/Enfermagem/2014) De acordo com o Art. 200 da Constituição Federal, compete ao Sistema Único de Saúde, EXCETO:

Ⓐ 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
Ⓒ Ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde
Ⓓ Incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico
Ⓔ Executar a política do meio ambiente, nela compreendido o manejo dos resíduos sólidos

●○○ Grau de dificuldade

Alternativa A: CORRETA. De acordo com o art. 200 da CF/88, em seu inciso I: *"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."*
Alternativa B: CORRETA. De acordo com o art. 200 da CF/88, em seu inciso II: *"executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador."*
Alternativa C: CORRETA. De acordo com o art. 200 da CF/88, em seu inciso III: *"ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde".*
Alternativa D: CORRETA. De acordo com o art. 200 da CF/88, em seu inciso V: *"incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico."*
Alternativa E: INCORRETA. Uma boa "pegadinha" de prova. De acordo com o art. 200 da CF/88, em seu inciso VIII, compete ao SUS: "colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho." No entanto a assertiva traz: executar a política do meio ambiente. A execução das ações da política do meio ambiente é de responsabilidade de outro setor, cabendo ao SUS a participação e não a operacionalização destas. Podemos dizer que as ações relacionadas ao meio ambiente são intersetorias, pois não são atribuições do setor saúde, mas a ausência destas causa impactos negativos nas condições de saúde. Logo, os setores governamentais devem unir forças para diminuir os riscos à saúde da população.
Resposta: Ⓔ

---

09 **(UFPR/RESIDÊNCIA/2014)** Assinale a alternativa que NÃO apresenta um princípio ou diretriz do Sistema Único de Saúde.

Ⓐ Universalidade.
Ⓑ Centralização.
Ⓒ Regionalização.
Ⓓ Hierarquização.
Ⓔ Participação social.

●○○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** As diretrizes do SUS são três, de acordo com o artigo 198 da CF/88 (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.)
Os princípios estão descritos no artigo 7° da lei 8.080/90, dentre os quais estão: universalidade, regionalização, hierarquização, descentralização e participação da comunidade.
Resposta: Ⓑ

---

10 **(FUNCAB-Pref. Cacoal/RO/2013)** A Constituição Federal de 1988 institucionalizou o direito à saúde a todos os brasileiros quando criou o Sistema Único de Saúde – SUS. Considerando o que esta Lei estabelece a respeito do SUS, analise as afirmativas abaixo:

I. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, regulado por diretrizes, sendo uma delas a descentralização, com direção única em cada esfera de governo.
II. O Sistema Único de Saúde será financiado com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes.
III. 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.

Conforme análise, assinale:

Ⓐ se somente a afirmativa I estiver correta.
Ⓑ se somente a afirmativa II estiver correta.
Ⓒ se somente a afirmativa III estiver correta.
Ⓓ se somente as afirmativas I e II estiverem corretas.
Ⓔ se as afirmativas I, II e III estiverem corretas.

●○○ Grau de dificuldade

Alternativa I: CORRETA. O artigo 198 da CF/88, traz o seguinte texto: *"Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:*

I. descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
II. atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
III. participação da comunidade."

Sempre que cair a forma de organização do SUS, lembrem do artigo 198: regionalizado e hierarquizado, seguindo diretrizes, que também são princípios (Discutiremos na lei 8.080/90).

Alternativa II: CORRETA. De acordo com o disposto no parágrafo 1º do artigo 198 da CF/88, conforme segue: *"§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes".*

Alternativa III: CORRETA. De acordo com o parágrafo 1º do artigo 199, que versa: *"§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. "*

Resposta: Ⓔ

11 **(UFG/RESIDÊNCIA/2013)** Um paciente portador de diabetes mellitus do tipo 2 procurou uma unidade básica de saúde, a fim de receber o hipoglicemiante oral, visto que seu plano de saúde privado não fornece tal medicamento. O princípio do Sistema Único de Saúde, que respalda e garante o acesso desse paciente, bem como de qualquer indivíduo aos serviços públicos de saúde, é:

Ⓐ participação da comunidade.
Ⓑ universalização.
Ⓒ regionalização.
Ⓓ equidade.

●○○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** O princípio da Universalidade vem afirmar que a Saúde é um direito de todos e dever do Estado. Logo, o paciente do caso hipotético, bem como qualquer outro, sem distinção de raça, cor, religião ou preconceito de quaisquer tipos deverá ter acesso aos serviços do SUS.

Resposta:

---

12 **(FUNCAB/Pref. Vassouras/RJ, 2014)** Consolidando o processo de evolução do sistema público de saúde, a Constituição Federal de 1988 consagrou o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde como um direito de cidadania. A esse respeito analise as afirmativas a seguir:

I. O princípio da universalidade, inscrito no artigo 196 da Constituição Federal, representou a inclusão de todos no amparo prestado pelo SUS.

II. A Constituição Federal de 1988 define o conceito de saúde, incorporando novas dimensões. A saúde passa a abranger o acesso a um conjunto de fatores tais como alimentação, moradia, emprego e lazer.
III. O SUS faz parte das ações definidas na Constituição como sendo de "relevância pública", sendo atribuído ao poder público a sua regulamentação, fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde.

Conforme análise, assinale a alternativa correta.

Ⓐ Somente a afirmativa I está correta.
Ⓑ Somente a afirmativa II está correta.
Ⓒ Somente a afirmativa III está correta.
Ⓓ Somente as afirmativas I e II estão corretas.
Ⓔ As afirmativas I, II, e III estão corretas.

●●○ Grau de dificuldade

Alternativa I: CORRETA. O artigo 196, traz em seu texto "a Saúde é Direito de Todos e dever do Estado... com acesso universal e igualitário." Essa afirmativa demonstra o poder da Constituição em tornar o Sistema de Saúde, que antes era excludente, em um sistema totalmente includente, ou seja, para todos.
Alternativa II: CORRETA. A partir da CF/88 o conceito de saúde passa a ser ampliado, trazendo como pressupostos os fatores determinantes e condicionantes (lazer, habitação, alimentação...). Esse conceito ultrapassa o biologicista percebendo a saúde não apenas como a ausência de doenças.
Alternativa III: CORRETA. Trata do artigo 197 da CF/88, ratificando a Saúde como de relevância pública, devendo ser regulamentada por lei.
Resposta: Ⓔ

---

13 (Legitimus / Belo Horizonte/2013). A seção II, Capítulo II da Seguridade Social e seus cinco Artigos (196,197,198, 199 e 200), inclusos na Constituição Federal da República, tratam de um conjunto de regulamentações visando à garantia de políticas e ações de saúde em nível nacional. Sobre essa legislação e sua aplicabilidade no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS), analise as afirmativas.

Estão corretas as afirmativas:

I. As ações e serviços públicos de saúde devem seguir um modelo assistencial, independente de integrarem uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços.
II. A descentralização deve pautar-se num processo de condução com direção única em cada esfera de governo.
III. As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema único de Saúde com base em diretrizes, contratos ou convênios.
IV. O processo de formação de recursos humanos na área de saúde estabelece prioridade exclusiva para atenção básica

Ⓐ II e III apenas.
Ⓑ I, II e III apenas.
Ⓒ I e IV apenas.
Ⓓ I, II, III e IV.

●●○ Grau de dificuldade

Assertiva I: Falsa. Segundo o Artigo 198 *"As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único"*, ou seja, se faz obrigatória a organização do sistema desta forma.
Assertiva II: Verdadeiro. Segundo o Artigo 198 da Constituição Federal uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde é a descentralização, com direção única em cada esfera de governo.
Assertiva III: Verdadeiro. Segundo o Artigo 199 da Constituição Federal *"as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio"* [1].
Assertiva IV: Falsa. Segundo o artigo 200 da Constituição Federal, o Sistema Único de Saúde tem como uma das atribuições ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde, tratando de uma forma geral e não exclusivamente como trata a assertiva.
Resposta: Ⓐ

---

14 (UEPA/ RESIDÊNCIA /2014) Os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde foram estabelecidos na:

Ⓐ 8ª Conferência Nacional de Saúde/1986
Ⓑ Constituição Federal/1988
Ⓒ Lei nº 8.142/1990
Ⓓ Lei nº 8.080/1990
Ⓔ Norma Operacional Básica/1991

●○○ Grau de dificuldade

Alternativa A. INCORRETA. Os ideais propostos pela reforma sanitária e sintetizados no relatório final da 8º Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 serviram como referência para a institucionalização do SUS, que só aconteceu com a promulgação da CF de 88.
Alternativa B. CORRETA. O SUS é institucionalizado com a promulgação da CF/88 e em seu artigo 198 traz três princípios e diretrizes conforme o SUS: *"Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:*
I. *descentralização, com direção única em cada esfera de governo;*
II. *atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;*
III. *participação da comunidade"*
Alternativa C: INCORRETA. A lei 8.142/90 da participação da comunidade. Observem a disposição inicial da supracitada lei: *"Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências"*
Alternativa D: INCORRETA. A LOS 8.080/90 regulamenta os artigos Constitucionais da seção da saúde e dispõe sobre a organização e funcionamento do SUS e as ações de promoção, proteção e recuperação.
Alternativa E: INCORRETA. A NOB 91 (Norma Operacional Básica – 1991) destoa da proposta de descentralização das ações e serviços de saúde. Mantém forma de pagamento por produtividade. Relacionar este marco à gestão do presidente Collor, que faz o SUS retroceder, inclusive com corte de recursos.
Resposta: Ⓑ

---

15 (UEPA/ RESIDÊNCIA /2012) Segundo a Constituição Federal de 1988, a assistência à saúde é:

Ⓐ prestada apenas pelo setor público.
Ⓑ representada pelo Estado.
Ⓒ prestada mediante a participação social.
Ⓓ vetada à iniciativa privada.
Ⓔ livre à iniciativa privada.

●○○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** A redação do caput do artigo 199 da CF/88: *"Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada."*
Vale ressaltar que a participação que trata o artigo 199 da CF acontece de forma complementar e quando for comprovado a insuficiência de recursos públicos para atender a integralidade da assistência.

Resposta: Ⓔ

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988.
2. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1) Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.1.pdf> . Acesso em: 07/01/2016
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas/ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44p. Il. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.1.pdf> . Acesso em: 07/01/2016

03
CAPÍTULO

Lei Orgânica da saúde 8.080/90 e suas alterações.

Natale Oliveira de Souza e Yara Cardoso Coletto

1 - LEIS ORGÂNICAS DA SAÚDE

1.1 - Um breve contexto:

As Leis Orgânicas de Saúde são as leis que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS). São elas as leis 8.080/90 e 8.142/90.

A Lei 8.080 foi votada em 19 de setembro de 1990, completando em 2015, 25 anos. Essa lei aborda as condições para promover, proteger e recuperar a saúde, além da organização e o funcionamento dos serviços também relacionados à saúde.

Por meio desta lei, as ações de saúde passaram a ser regulamentadas em todo território nacional. A participação da iniciativa privada no SUS é prevista, desde que seja em caráter complementar com prioridade das entidades filantrópicas e sem fins lucrativos.

A descentralização político-administrativa é reforçada na forma da municipalização dos serviços e das ações de saúde, com redistribuição de atribuições e recursos em direção aos municípios – Descentralização com ênfase na municipalização.

A partir desta lei, observamos o campo de atuação do SUS, tanto de forma direta quanto intersetorial:

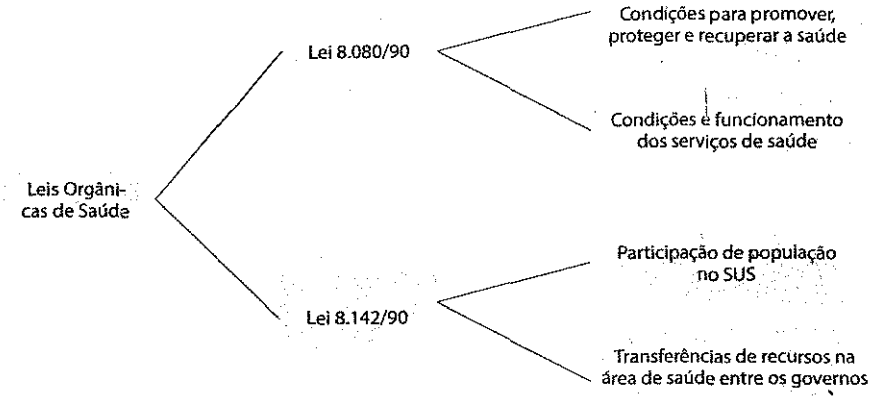
- Assistência terapêutica integral;
- Assistência farmacêutica;
- Controle e fiscalização de alimentos, água e bebidas, atente para as ações;
- Participação na preparação de recursos humanos;
- Orientação familiar;
- Acompanhar a Saúde do trabalhador;
- Vigilância epidemiológica;
- Vigilância nutricional;
- Vigilância sanitária.

Trata da gestão dos recursos financeiros, condicionando a existência de **conta específica** – fundo de saúde, para os recursos da saúde e a fiscalização da movimentação pelos Conselhos de Saúde, além de definir que o Plano de Saúde é a base das atividades e da programação de cada nível de direção do SUS. Para concluir, nesta lei é fortalecida a garantia da gratuidade das ações e dos serviços nos atendimentos públicos e privados contratados e conveniados.

A Lei 8.142/90 foi votada em 28 de dezembro de 1990, e aborda a participação da população

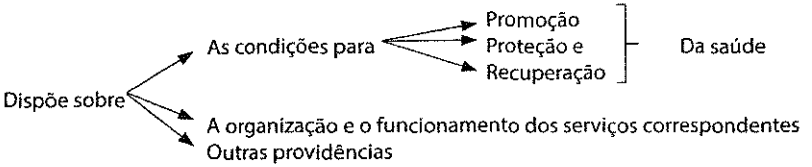
na gestão do Sistema Único de Saúde e as transferências de recursos da área de saúde entre os governos.

Para facilitar a compreensão das leis e gabaritar as questões:



- Fazer uma listagem das "disposições" de todas as leis, decretos e portarias que são cobradas no edital;
- Fazer uma relação das SIGLAS, pois reforça o aprendizado e diminui a chance de ser induzido ao erro;
- Atentar para o que pede o enunciado: objetivos do SUS? Atribuições? Campo? – Pois não basta constar na Lei, a resposta tem que estar de acordo com a pergunta;

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990

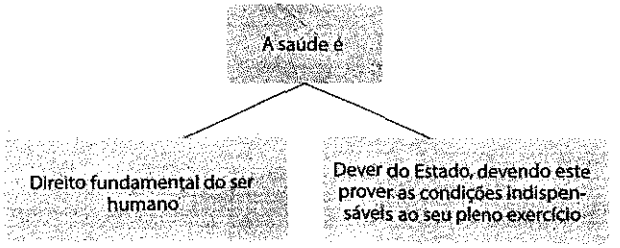


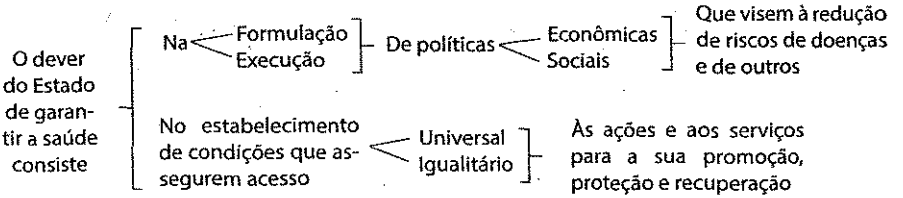
Artigo 1°

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

COMENTÁRIO

O artigo primeiro já traz uma questão de prova: a lei é de âmbito nacional, agregando todas as ações e serviços de saúde, inclusive os que são prestados pela iniciativa privada.





COMENTÁRIO

O artigo, segundo regulamenta o artigo 196 da CF/88. Observe que há mudanças na escrita, mas o contexto é o mesmo: responsabilização do estado perante as ações e serviços de saúde, necessidade de uma política social e econômica com o objetivo de reduzir risco de doenças e agravos, com o tipo de acesso para todos (universal e igualitário) para as ações já mencionadas e descritas no capítulo anterior.

Para gravar o art. 196 da CF e o Art. 2º da LOS, basta fazer as perguntas:

A saúde é um direito de quem?
- De Todos.

Dever de quem?
- Do Estado.

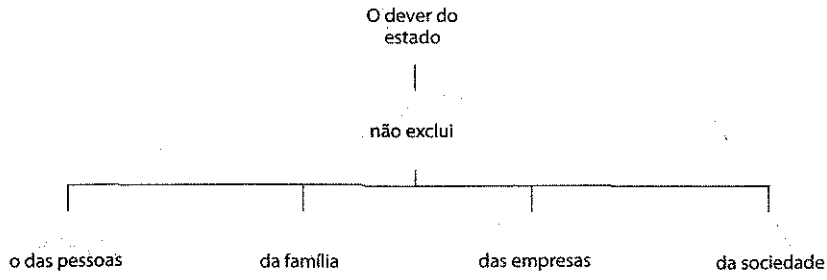
Para que ele seja implementado, o que deve ser feito?
- Uma política econômica e social.

Com que objetivo?
- Reduzir o risco de doenças e de outros agravos.

Com que tipo de acesso?
- Universal e igualitário.

Para que tipo de ações?
- Promoção, proteção e recuperação.

§ 2º do Arigo 2º



COMENTÁRIO

Este parágrafo traz a corresponsabilidade de todos. Lembre-se que o dever do Estado não exclui o das pessoas, "famílias" e sociedade.

Arigo 3º

Os níveis de saúde da população expressam a organização → Econômica e Social → do País

⇩

A saúde tem como **determinantes e condicionantes,** entre outros

1. A alimentação,
2. A moradia,
3. O saneamento básico,
4. O meio ambiente,
5. O trabalho,
6. A renda,
7. A educação,
8. A atividade física
9. O transporte,
10. O lazer e
11. O acesso aos bens e serviços essenciais

COMENTÁRIO

Este artigo traz o conceito ampliado de saúde, que foi uma das solicitações da VIII CNS. Observe que a saúde deixa de ser um conceito estanque – ausência de doenças, e passa a agregar fatores determinantes e condicionantes. Determinantes e condicionantes que, em sua maioria, estão ligados a outros setores do poder público. Logo, para que haja condições adequadas de saúde, existe a necessidade de fomentar ações intersetoriais.
Este conceito também é conhecido como: **conceito social, conceito subjetivo e qualidade de vida.**

Artigo 3° - Parágrafo único

Dizem respeito também à **saúde** → As ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de **bem-estar** físico, mental e social.

Artigo 4° e § 1°



O conjunto de ações e serviços de saúde → Prestados por **orgãos e instituições públicas**

- Da **administração** direta e indireta e
- Das **fundações** mantidas pelo poder público

Estão incluídas instituições públicas federais, estaduais e municipais de:

1. controle da qualidade;
2. pesquisa e produção de insumos;
3. medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados;
4. e de equipamentos para a saúde.

COMENTÁRIO

Este artigo traz o conceito do SUS Observe que o sistema de saúde é o conjunto de ações prestadas **por todas** as esferas de governo! Incluindo a administração direta e a indireta.

§ 2° do artigo 4°

A iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar

COMENTÁRIO

Este parágrafo vem ratificar o Art. 199 da CF/88. Lembre-se que a **iniciativa privada pode participar do SUS em caráter complementar, tendo prioridade as instituições filantrópicas e sem fins lucrativos.** Mas existe um pré-requisito para a contratação ou convênio com a rede privada: **haver insuficiência de recursos da rede pública.**

Artigo 5°

São objetivos do SUS:

1. A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde

2. A **formulação de política de saúde** destinada a promove nos campos econômico e social, a **redução de riscos de doenças** e de outros agravos e no estabelecimento de **condições que assegurem acesso universal e igualitário** às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.
3. A assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização **INTEGRADA**

Das ações assistenciais e Das atividades preventivas

COMENTÁRIO

A LOS 8.080/90 traz 3 objetivos do SUS. Mas, muitas vezes, as bancas "transformam" estes objetivos em vários. Para lembrar quais são:

Objetivo 1: Através desta lei o conceito de saúde é ampliado e passa a ser um conjunto de fatores determinantes e condicionantes – logo, o primeiro objetivo do sus é?
- Identificar e divulgar estes fatores determinantes!

Objetivo 2: Vimos que para o Estado prover as ações e serviços de saúde há necessidade de?
- Formular uma política econômica e social!

Objetivo 3: O ART 196 da CF/88 e o ART 2º desta lei dizem que as ações e serviços de saúde devem ser de promoção, proteção e recuperação- logo, o terceiro objetivo?
- Assistir as pessoas por meio de ações de promoção, proteção e recuperação. Sempre lembrando que deve existir o somatório das ações preventivas e curativas, mas a prioridade: ações preventivas.

Artigo 6°

Estão incluídas no **campo de atuação** do SUS:

1. A **execução** de ações de
   - Vigilância Sanitária
   - Vigilância Epidemiológica
   - Assistência Terapêutica Integral, inclusive Farmacêutica
   - Saúde do trabalhor
2. A **participação** na formulação da política e na execução de ações de **saneamento básico;**
3. A **ordenação** da formação de **recursos humanos** na área de saúde;
4. A **vigilância nutricional** e a orientação alimentar;
5. A **colaboração** na proteção do **meio ambiente** nele compreendido o do trabalho;

6. A
   - Formulação da política e a
   - Participação da produção

   de
   - medicamentos,
   - equipamentos,
   - imunobiológicos e
   - outros insumos de interesse para a saúde

7. O **controle** e a **fiscalização** de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
8. A **fiscalização** e a **inspeção** de **alimentos, água e bebidas** para consumo humano;
9. A **participação** no controle e na fiscalização de:

   - produção,
   - transporte,
   - guarda e
   - utilização;

   de substâncias e produtos **psicoativos, tóxicos e radioativos**

10. O incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;
11. A **formulação** e **execução** da política de sangue e seus derivados

§ 1º do artigo 6º

Constitui o SUS

O conjunto de ações e serviços de saúde → Prestados por **orgãos e instituições públicas**

- Da **administração** direta e indireta e
- Das **fundações** mantidas pelo poder público

Estão incluídas instituições públicas federais, estaduais e municipais de:

1. controle da qualidade;
2. pesquisa e produção de insumos;
3. medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados;
4. e de equipamentos para a saúde.

§ 2º do artigo 6º

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 do artigo 6º

Saúde do trabalhador

É um conjunto de atividades que:

- Se destina, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores,

↓

Através das ações de **vigilância epidemiológica** e **vigilância sanitária**

- Visa à recuperação e reabilitação da saúde dos **trabalhadores**

Submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho

⇩

Abrangendo:

1. Assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
2. Participação, no âmbito de competência do SUS:
   - Em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e **agravos potenciais à saúde** existentes no processo de trabalho;
   - 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;
   - Na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;
3. Avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;
4. 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;

5. Revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e
6. 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.

COMENTÁRIO

Este artigo é um dos **mais constantes em questões de prova.** Traz quais são ações que pertencem **ao campo** de atuação do SUS, sem especificar qual o âmbito (esfera de governo). Algumas ações elencadas são de responsabilidade do próprio SUS, ou melhor, da área da saúde. Outras ações são de responsabilidade **intersetorial.**

E, o que é uma ação/rede intersetorial?

São aquelas que articulam o conjunto das organizações governamentais, não governamentais e informais, comunidades, profissionais, serviços, programas sociais, setor privado, bem como as redes setoriais, priorizando o atendimento integral às necessidades dos segmentos vulnerabilidades socialmente.

Vamos elencar as situações que podem induzir ao erro:

1. Os verbos: participar e colaborar estão relacionados às ações intersetoriais. Atenção para o inciso II, pois o **saneamento básico não é uma ação da saúde**, mas a ausência das suas ações causa um grande impacto na saúde, por isso é uma ação intersetorial;
2. No inciso III os certames costumam trocar o verbo ordenar por coordenar;
3. Atentem para situações onde o verbo está no futuro: não se lembrem da realidade, do que já temos. Basta voltar ao tempo e se lembrar de que a lei foi editada em 1990. Logo, muitas ações que existem hoje, à época ainda estavam sendo propostas.
4. Os parágrafos 1º, 2º e 3º, trazem três conceitos: **vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e saúde do trabalhador** (este é a junção das ações das últimas duas vigilâncias)

Saúde do Trabalhador = Vigilância Epidemiológia + Vigilância Sanitária

Artigo 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 Constituição Federal

Decentralização → • Com direção única em cada esfera do governo;

Atendimento Integral → • Com prioridade para as atividades **preventivas;**
• Sem prejuízo dos serviços assistenciais;

Participação da comunidade → • Tema que será mais abordado na lei 8.142/90.

- Obedecendo aos seguintes princípios:

1. **Universalidade** de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência:
2. **Integralidade** de assistência:

> 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;

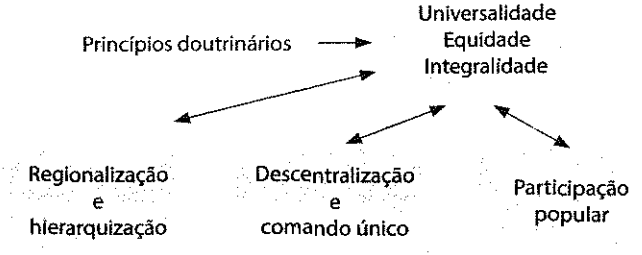
3. **Preservação da autonomia** das pessoas → na defesa de sua integridade física e moral;
4. **Igualdade** da assistência à saúde → sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
5. **Direito à informação**, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
6. **Divulgação de informações** quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
7. **Utilização da epidemiologia** para:
   - O estabelecimento de prioridades,
   - A alocação de recursos e
   - A orientação programática;
8. **Participação da comunidade**;
9. **Descentralização** político-administrativa, com **direção única** em cada esfera de governo com:
   - Ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
   - **Regionalização e hierarquização** da rede de serviços de saúde;
10. **Integração** em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
11. **Conjugação dos recursos** financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
12. **Capacidade de resolução** dos serviços em todos os níveis de assistência; e
13. **Organização dos serviços** públicos, de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

COMENTÁRIO

Os princípios do SUS são cobrados em provas. Muitos certames utilizam em questões a divisão teórica dos princípios:

1. **Doutrinários** (universalidade, integralidade e equidade*);
2. **Organizativos:** todos os outros que constam no Art 7 dessa lei.

Se a pergunta não solicitar a divisão, respondam utilizando o conteúdo do artigo citado. No total são 13 princípios.



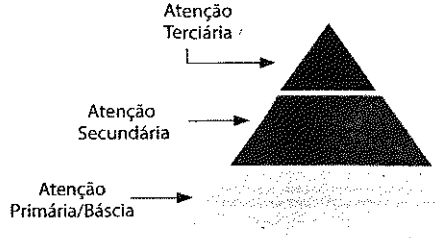
Princípios Organizativos

São os meios pelos quais se operacionalizam os princípios doutrinários

Falaremos dos princípios mais importantes:

1. **Universalidade:** acesso para todos os cidadãos;

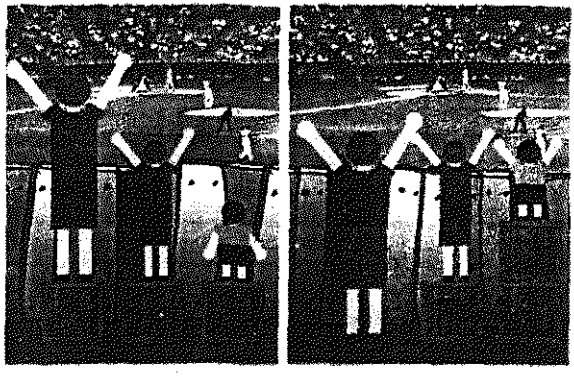
2. **Integralidade:** um dos mais cobrados em prova. O princípio da integralidade determina que o usuário de saúde deve ser visto como um ser único, que está inserido em um meio coletivo. Cada usuário tem uma família, uma moradia, uma história de vida e uma necessidade. De acordo com este princípio não podemos enxergar apenas a doença. Temos que enxergar o indivíduo como um todo. Vejamos um exemplo: um senhor comparece a uma unidade básica de saúde (UBS) para tratar um ferimento no pé. Ele é atendido por uma técnica de enfermagem que, além de tratar seu ferimento, percebe que apresenta sobrepeso e o convida para participar de um grupo de caminhada da unidade. Perceba: essa profissional não olhou apenas para a ferida. Ela enxergou o indivíduo como um todo, identificando um serviço exigido para o seu caso, aplicando dessa forma, o princípio da **integralidade**. Notem, portanto, que esse princípio está relacionado: ao indivíduo como um ser social e, à oferta das ações de acordo com a real necessidade, dentro dos **níveis de complexidade do sistema, de forma contínua e articulada**.



- **Primeiro nível do sistema:** Serviços e ações executadas pelas equipes de saúde da família, estratégia de agentes comunitários dentre outros;
- **Segundo nível do sistema:** Serviços e ações executadas pelas especialidades;
- **Terceiro nível do sistema:** ações e serviços executados pelos Hospitais de Grande Porte e Universitários.

3. **Regionalização:** tem como objetivos trazer a saúde para perto dos usuários, oferecendo, em um determinado território, serviços de saúde de todos os níveis de complexidade (primária, secundária e terciária). E qual a vantagem disso? Facilitar o acesso da população à saúde e organizar o sistema.
4. **Hierarquização:** refere-se à organização dos serviços em níveis de complexidade crescentes. Conforme dito anteriormente, possuímos três níveis de complexidade: primário, secundário e terciário

5. **Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;-** Todos somos iguais perante a lei e até o momento que começamos a utilizar o SUS. Somos iguais, pois temos direito à saúde em todos os níveis de assistência. Uma vez no sistema, o princípio que será adotado será o da equidade.
6. **Equidade:** Este princípio, o qual deriva do princípio da igualdade, não está expresso na legislação, porém é extremamente cobrado em provas de concursos públicos. A palavra equidade deriva da palavra equivalente. Ela é muito usada no Direito; existem vários sinônimos para representá-la ou igualá-la ao mesmo significado. É a maneira mais comum de se expressar quando queremos que duas coisas, objetos, pessoas e etc. possam ser equivalente umas com as outras. Usualmente, vemos a expressão de "se um sistema social é ou não equitativo". **A equidade adapta a regra para um determinado caso específico, a fim de deixá-la mais justa.** Veja na imagem a diferença entre **igualdade e equidade**:



IGUALDADE **EQUIDADE**

Fonte: www.portogente.com.br/portopedia/equidade-84054

7. **Participação da comunidade:** uma diretriz e um princípio. Regulamentado pela LOS 8.142/90, que discorreremos a seguir.
8. **Descentralização político-administrativa:** através da municipalização, de forma regionalizada e hierarquizada
9. **Capacidade de resolução:** cada nível de complexidade deve executar todas as ações pertinentes ao mesmo.

Da organização, da direção e da gestão

Artigo 8°

As ações e serviços de saúde, executados pelo SUS, serão **organizados**

⇩

- De forma regionalizada e hierarquizada
- Em níveis de complexidade crescente

COMENTÁRIO

Esse artigo traduz a forma de organização do SUS! Questão constante em provas. Como o SUS é organizado?

Regionalizado	Hierarquizado	Em níveis de complexidade - crescente

Artigo 9°

A **direção** do SUS é **única**, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

	Âmbito da União	Âmbito dos estados e DF	Âmbito dos municípios
Órgão	Ministério da Saúde	Secretaria de saúde ou órgão equivalente	Secretaria de saúde ou órgão equivalente

Artigo 10° e § 1° e 2°

- Os municípios **poderão** constituir **consórcios** para desenvolverem em conjunto as ações e os serviços de saúde.

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

- No nível **municipal**, o 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

COMENTÁRIO

Observem que tanto nos consórcios quanto nos distritos, o verbo é: **poder**. Logo, essa forma de organização não foi obrigada por lei e sim sugerida.

E, o que é um consórcio intermunicipal?

Consórcio significa, do ponto de vista jurídico e etimológico, a união ou associação de dois ou mais de dois entes da mesma natureza. O consórcio não é um fim em si mesmo; constitui, sim, um instrumento, um meio, uma forma para a resolução de problemas ou para alcançar objetivos comuns. Ao expressar um acordo firmado entre municípios, possibilita aos prefeitos municipais assegurar ações e serviços mediante a utilização dos recursos materiais e humanos disponíveis. A união desses recursos produzirá os resultados desejados, o que não ocorreria se os municípios atuassem isoladamente. (BRASIL, 1997, p. 7)

Artigo 12°, parágrafo único e artigo 13°

Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional

- **Subordinadas** → ao Coselho Nacional de Saúde.
- **Integradas** → pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

- **Finalidade** ⟶ articular **políticas e programas** de interesse para a saúde cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito de SUS.

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

Artigo 14° e parágrafo único

Deverão ser criadas **comissões permanentes** de integração entre:

Serviços de Saúde ⟷ Instituições de ensino profissional e superior

Finalidade: Propor prioridades, métodos e estratégias

1. Para a formação e educação continuada dos recursos humanos do SUS, na esfera correspondente
2. Em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Artigo 14°- A e parágrafo único

Comissões intergestores bipartite e tripartite

O que são: são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do SUS.

OBJETIVOS:

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;

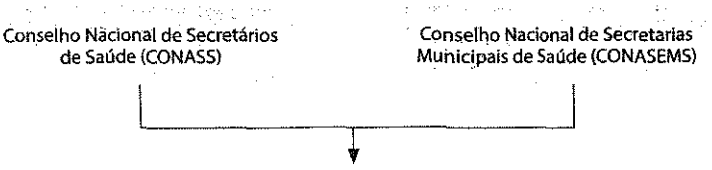
Definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante

- À sua governança institucional e
- À integração das ações e serviços dos entes federados

Fixar diretrizes sobre:

- As regiões de saúde,
- Distrito sanitário,
- Integração de territórios, referência e contra referência; e
- Demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados.

Artigo 14°- B e § 1° e 2°



- São reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde
  - declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento

- 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.

- 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

COMENTÁRIO

Resumindo:

- A lei propõe a criação de **duas comissões:**

1. Comissão Intersetorial, em âmbito nacional e subordinada ao Conselho Nacional de Saúde. Atentem para as atividades que essa comissão abrange – Art 13°;
2. Comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior

- Atentar para os objetivos da Comissãp Intergestores Bipartite (CIB) e da Comissão Intergestores TripartiteCIT;
- Gravar as siglas: **CONASS, CONASEMS, COSEMS**

Artigo 15° ao 18°

Das competências e das atribuições

Atribuições em comum (União, estados e municípios)

Definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;

1. Definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;

Realizar:

1. Operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;
2. Pesquisas e estudos na área de saúde

Administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

Acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais

Def

1. de redes in
dade;
2. de rede de l
3. de vigilânci
4. de vigilânci

1. Avaliar, elal
da política r
mentos par
órgãos gov
2. Avaliar e ap

Controlar e fis
tâncias de inter

Acompanhar,
de saúde, respe
cipais

Atribuições em comum (União, estados e municípios)

Organizar e coordenar o sistema de informação de saúde;

Definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;

Definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;

Elaboração:

1. e atualização periódica do plano de saúde;
2. da proposta orçamentária do SUS, de conformidade com o plano de saúde;
3. de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
4. de normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde

Identificar os
cia nacional pa
de assistência à

Elaborar:

1. normas pa
ços privad
2. o Planejar
SUS, em c
pios e Dist

Estabelecer:

1. normas e
aeroporto
plementac
2. critérios, p
qualidade
ços de cor
3. o Sistema
ção técnic
nacional e
e municíp

Estado	Atribuições do Município
ter comple- s e serviços: emiológica; ária; utrição; hador;	**Executar** serviços: 1. de vigilância epidemiológica; 2. vigilância sanitária; 3. de alimentação e nutrição; 4. de saneamento básico; 5. de saúde do trabalhador;
ar, **formular,** **r e avaliar** a equipamen- ade;	**Dar execução**, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;
tabelecer pa- lementar, de trole de qua- e substâncias	**Controlar e fiscalizar** os procedimentos dos serviços privados de saúde
e divulgar os dade e mor- a unidade fe- **lar e avaliar** s do SUS;	**Formar** consórcios administrativos intermunicipais

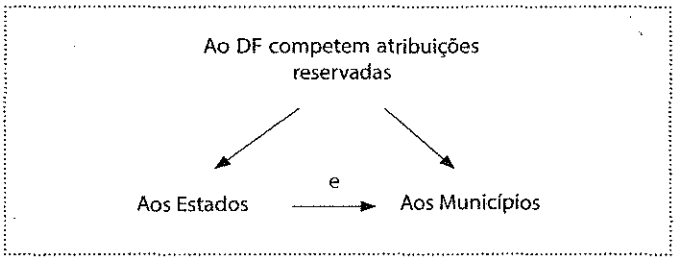
Estado	Atribuições do Município
belecimentos ência e **gerir** de alta com- cia estadual e	**Celebrar** contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;
, em caráter o controle e e serviços de	**Normatizar** complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.
ição na execu- nitária de por- teiras;	**Colaborar** com a União e os estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras

Atribuições em comum (União, estados e municípios)	Atribuições da União	Atribuições do Estado	Atribuições do Município
Participar: 1. de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaborar na proteção e recuperação do meio ambiente; 2. na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde	**Participar:** 1. 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; 2. 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; 3. na formulação e na implementação das políticas: • de controle das agressões ao meio ambiente; • de saneamento básico; e • relativas às condições e aos ambientes de trabalho; 4. 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;	**Participar:** 1. do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana, junto com os órgãos afins 2. da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico; 3. das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;	**Participar** 1. do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com sua direção estadual; 2. da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
Promover: 1. 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; 2. a articulação da política e dos planos de saúde;	**Promover** 1. articulação com: • órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, • entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde; 2. A descentralização para as unidades federadas e para os municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;	**Promover** a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde	**Planejar, organizar, controlar e avaliar as ações** e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;
Propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente	**Coordenar** e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica. Coordenar a Política de Saúde do Trabalhador.	**Coordenar** a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e **gerir** as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;	**Gerir** laboratórios públicos de saúde e hemocentros

...es do Estado	Atribuições do Município
...e dos agravos do ...ente que tenham ...) na saúde humana, ...s órgãos afins ...ão da política e da ...e ações de sanea... ...o; ...e controle e avalia... ...ndições e dos am... ...rabalho;	**Participar** 1. do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com sua direção estadual; 2. da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
...centralização para ...os serviços e das	**Planejar, organizar, controlar e avaliar as ações** e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;
...de estadual de la... ...úde pública e he... **...ir** as unidades que ...a sua organização	**Gerir** laboratórios públicos de saúde e hemocentros

...es do Estado	Atribuições do Município
-	**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
...écnico e financeiro ...e executar supleti... ...serviços de saúde;	-
-	-

Obs. 1: 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 SUS ou que representem risco de disseminação nacional.
Obs. 2: Ao **Distrito Federal** competem as atribuições reservadas aos estados e aos municípios



COMENTÁRIO

Sintetizamos na tabela acima as competências dos entes federativos. É muito comum que questões de provas cobrem do candidato as competências de determinado ente. Perceba que a tabela está dividida por **verbos**. Por quê? O que as bancas fazem é justamente SUPRIMIR ou TROCAR os verbos quando citam alguma atribuição. Por exemplo, é comum que questões afirmem que o Estado deve **controlar** os agravos do meio ambiente, o que está **incorreto**, já que, o Estado deve **participar** do controle dos agravos do meio ambiente. Perceberam? A questão suprimiu o verbo, fazendo com que o sentido da frase fosse modificado, tornando a questão incorreta. Faremos abaixo outras observações que certamente ajudarão a entender melhor:

Observações sobre as competências comuns

- As atribuições comuns referem-se às atribuições de todas as esferas de governo (União, estado, municípios e DF)

Abaixo os comentários de incisos importantes:

II. Administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde; **Os recursos orçamentários que serão gastos em cada ano, estão nos planos de saúde – instrumento de planejamento do SUS, que todas as esferas de governo devem fazer. Válido por 4 anos e é composto por quatro programações anuais de saúde (PAS). Ao final de cada ano, deve ser elaborado um relatório de gestão. Todos esses instrumentos devem ser apreciados pelo respectivo conselho.**

VII. Participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;
Mais uma vez, uma ação intersetorial. Para fixar atentem para os verbos, neste caso: participar.

VIII. Elaboração e atualização periódica do plano de saúde;
Já foi explicitado no inciso II – lembre que é obrigação de todas as esferas de governo, com aprovação do conselho e, além disso, é uma condição *sine qua non* para o recebimento de recursos fundo a fundo.

X. Elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde - SUS, de conformidade com o plano de saúde;
Basta lembrar que a proposta orçamentária essa inclusa nos planos de saúde

XI. Elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
Mesmo aqueles que não são contratados em caráter complementar são submetidos às normas de funcionamento do SUS, pois a saúde é de relevância pública.

Observações sobre as competências da UNIÃO (por meio do Ministério da Saúde):

- A União formula, define, elabora, normatiza, avalia, estabelece normas, critérios, parâmetros.
- A única tarefa que compete à União executar é a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo essa execução ser complementada pelos Estados, DF e municípios. É muito comum que questões afirmem que a execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras é exclusiva da União, o que está incorreto.
- A União também participa da execução da vigilância epidemiológica. Note que a União apenas participa dessa execução. É muito comum que as bancas de concurso retirem esse verbo, o que torna a questão incorreta.

Observações sobre as competências dos **estados**:

- Os estado acompanham, **coordenam, executam em caráter complementar, estabelecem normas, em caráter suplementar;**
- Já vimos que o estabelecimento de normas é competência da União, lembram? Os estado também podem realizar essa tarefa, entretanto, **em caráter suplementar**. Veremos a seguir que a **execução** das ações é de responsabilidade dos **municípios**, porém, novamente, em caráter **complementar**, os estados também poderão executar tais ações.

Observações sobre as competências do **município:**
- O Município é o **executor** das ações de saúde. Logo, as principais ações dos municípios serão a **execução e gestão**;
- Lembre-se, porém, de que a execução não é exclusiva dos municípios, já que, os estados podem participar de forma complementar da execução e 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 SUS ou que representem risco de disseminação nacional
-

Artigo 19° - A a H

Do subsistema de atenção à saúde indígena

- 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.

É instituído um **Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasi)**

Subsistema de Atenção à saúde indígena

- **Componente do SUS**, com o qual funcionará em perfeita integração.
- **Criado** e definido por esta Lei, e pela Lei no 8142/90
- **Financiamento:** Caberá à União, com seus recursos próprios.

⇩

- Os Estados, municípios, outras instituições governamentais e não governamentais **poderão** atuar complementarmente no custeio e execução das ações.

- **Articulação com os órgãos responsáveis pela Política Indígena:** promovida pelo SUS

Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração = Realidade Local + Especificidade da cultura + Modelo de atenção a ser adotado para atençãp à saúde indígena

Deve pautar uma abordagem **diferenciada e global,** contemplando os aspectos de assistência:

- saúde;
- saneamento básico;
- nutrição;
- habitação;
- meio ambiente;
- demarcação de terras;
- educação sanitária; e
- integração institucional.

O Sasi deverá ser, como o SUS:

- Descentralizado,
- Hierarquizado e
- Regionalizado

Sasi → terá como base os **distritos sanitários especiais**

O SUS deverá servir de retaguarda e referência ao Sasi

↓

Devendo para isso

Ocorrer adaptações na estrutura e organização de SUS nas regiões onde residem as populações indígenas

Para propiciar:

Essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações.

As populações indígenas **devem ter acesso garantido** ao SUS:

⇩

- Em âmbito local, regional e de centros especializados,
- De acordo com suas necessidades,
- Compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde

As populações indígenas **terão direito** a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como:

- Conselho Nacional de Saúde;
- Conselhos Estaduais de Saúde; e
- Conselhos Municipais de Saúde, quando for o caso.

COMENTÁRIO

O Sasi, faz parte da rede SUS e sua organização é feita através dos distritos sanitários especiais indígenas (Dseis):

A saúde indígena tem como particularidade o **financiamento e execução das ações sob responsabilidade da união**. Os estados e municípios poderão participar.

As ações para a população indígena devem ser baseadas no **princípio da equidade**;

Terão acesso garantido a todos os níveis do sistema – integralidade.

Onde há população indígenas – existe o direito de participação das instâncias de controle social.

Artigo 19° I

Subsistema de atendimento e internação e internação domiciliar

São estabelecidos, no âmbito so SUS → O atendimento domiciliar e; A internação domiciliar

Nesta modalidade 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**

Serão realizados por **equipes multidisciplinares** que atuarão nos níveis da medicina:

- Preventiva
- Terapêutica e
- Reabilitadora

Só poderão ser realizados → Por indicação médica e; Com expressa concordância do paciente e de sua família

COMENTÁRIO

O atendimento domiciliar faz parte das ações da política nacional de humanização (HumanizaSUS);

Seus objetivos: reduzir o risco de infecção hospitalar, melhorar o cuidado do usuário através do contato com a família e otimizar leitos;

Deve ser feito por equipe multiprofissional, pelas categorias citadas da lei.

O atendimento domiciliar só pode ser indicado por profissional médico além da concordância expressa do paciente e da família (pré-requisitos).

Artigo 19° - J

Subsistema de acompanhamento Durante o trabalho de parto e pôs-parto imediato

- Os serviços de saúde do SUS, da rede própria

⇩

- Ficam **obrigados** a permitir a presença, junto à parturiente, de **1(um) acompanhante**, indicado por ela

⇩

- Durante todo o período **de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato**.

COMENTÁRIO

Toda parturiente tem direito a acompanhante em todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto **imediato**!

O acompanhante **será indicado pela parturiente**!

Todos os hospitais da rede pública ou conveniada devem deixar em **local visível esse direito** estabelecido em lei.

Artigo 19° - M a U

Da assistência terapêutica e incorporação de tecnologia em saúde

Dispensação de medicamentos e produtos de interesse à saúde

⇩

A Assistência terapêutica Integral consiste em:

- Cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P

Oferta de procedimento terapêuticos

- Em regime ambulatorial, hospitalar e domiciliar
- Constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do SUS
- Realizados no território nacional por serviços próprio, conveniado ou contratado

Definições

Produtos de interesse para a saúde:

- Órteses,
- Próteses,
- Bolsas coletoras e
- Equipamentos médicos;

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;
- O acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.

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

Indicados em casos de:
- Perda de eficácia
- Surgimento de intolerância ou
- Reação adversa relevante,

provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha.

Em qualquer caso, esses medicamentos ou produtos serão aqueles avaliados quanto à sua **eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade**

Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada:

Com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor **federal** do SUS

Responsabilidade pelo fornecimento: será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite

No âmbito de cada Estado e do DF, de forma suplementar
- Com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores **estaduais** do SUS

Responsabilidade pelo fornecimento: será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite

No âmbito dos municípios de forma suplementar
- Com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores **municipais** do SUS

Responsabilidade pelo fornecimento: será pactuada no Conselho Municipal de Saúde

COMENTÁRIO

O protocolo clínico também consta na redação do Decreto 7.508/11 – lembrem-se de que tecnologia em saúde não está relacionada, apenas a densidade tecnológica.

- A incorporação
- Exclusão ou
- Alteração

pelo SUS de novos → Medicamentos, Produtos e Procedimentos

- 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

A incorporação, a exclusão e a alteração de novos medicamentos, produtos e procedimentos, serão efetuadas mediante a instauração de processo administrativo.

↓

- A ser concluído em prazo não superior a 180 dias, contado da data em que foi protocolado o pedido, admitida a sua prorrogação por 90 dias corridos, quando as circunstâncias exigirem:
- O qual observará, no que couber, o disposto na Lei nº 9.784/99, e as seguintes determinações especiais:

1. Apresentação pelo interessado dos documentos e, se cabível, das amostras de produtos, na forma do regulamento
2. Realização de consulta pública que inclua a divulgação do parecer emitido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS;
3. Realização de audiência pública, antes da tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento.

A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

- **Terá Composição e regimento:** são definidos em regulamento
- Contará com a **participação** de:

1 representante → Indicado pelo Conselho Nacional de Saúde

1 representante especialista na área → Indicado pelo Conselho Federal de Medicina

- O **relatório** da Comissão levará em consideração, necessariamente:

1. As evidências científicas sobre → a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do **medicamento, produto ou procedimento** objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso;

2. **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

São vedados, em todas as esferas de gestão do SUS

O pagamento, ressarcimento ou reembolso de:

- medicamento,
- produto e
- procedimento clínico ou cirúrgico

Experimental, ou de uso não autorizado pela Anvisa;

A dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso

De madicamento e produto, nacional ou importado,

sem registro na Anvisa

A responsabilidade financeira pelo fornecimento de:

- Medicamentos;
- Produtos de interesse para a saúde;
- Procedimentos;

Será pactuada na:

Comissão Intergestores Tripartite

Artigo 20°

Os serviços **privados** de assistência à saúde caracterizam-se pela **atuação por iniciativa própria**

- De profissionais liberais, legalmente habilitados,
- De pessoas jurídicas de direito privado

] na promoção, proteção e recuperação da saúde

COMENTÁRIO

Conceito de serviço privado. Lembrem-se de que o SUS pode contratá-los em caráter complementar, dando prioridade às instituições filantrópicas e sem fins lucrativos. Mas aquelas que não participam do SUS, também serão observadas quanto à forma de funcionamento e princípios éticos.

Artigo 21°

A assistência à saúde é **livre** à iniciativa privada

Artigo 22°

Na prestação de **serviços privados** de assistência à saúde, serão observados:

⇩

- Os princípios éticos;
- As normas expedidas pelo órgão de direção do SUS quanto às condições para seu funcionamento.

COMENTÁRIO

Veja na tabela abaixo algumas considerações sobre a rede privada:

Convencional	Complementar
1. Serão observadas quanto à forma de funcionamento; 2. Serão observadas quanto aos princípios éticos	1. Serão observadas quanto à forma de funcionamento; 2. Serão observadas quanto aos princípios éticos 3. Seguirão os princípios e diretrizes do SUS

Artigo 23°

É **permitida** a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de **capital estrangeiro** na assistência à saúde nos seguintes casos:

1. **Doações** de organismos internacionais vinculados à **Organização das Nações Unidas**, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos;

2. Pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar:
   - a) **hospital geral, inclusive** filantrópico, **hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e**
   - b) ações e **pesquisas de planejamento familiar;**

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

4. Demais casos previstos em legislação específica

Vamos entender para não errar:

- O Art. 199 da Constituição Federal de 1988 traz a seguinte redação: § 3° - É **vedada** a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei. **Não houve alteração na redação do texto constitucional.**

- O Art. 23 da LOS, após alteração dada pela Lei 13.097/15 traz a redação esquematizada acima, sendo permitida a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde, em determinados casos

E nas provas de concursos?

Observe o enunciado da questão;

• Caso ela solicite uma resposta; em relação **à participação do capital estrangeiro**, de acordo com a Constituição:
  - A assertiva correta será: "é **vedada** a participação direta ou indireta de empresas ou capital estrangeiro (...)."

• Caso solicite uma resposta de acordo com a Los 8080/90:
-Assertiva correta será: é **permitida** a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde (...)

Lembrem-se:

De acordo com CF- Art 199	A participação de empresas e do capital estrangeira	É vedada
De acordo com a art. 23 da LOS 8.080/90	A participação de empresas e do capital estrangeira	É permitida

Artigo 24°

Quando as suas disponibilidades forem **insuficientes** para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área

⇩

O SUS poderá **recorrer** aos serviços ofertados pela **iniciativa privada**

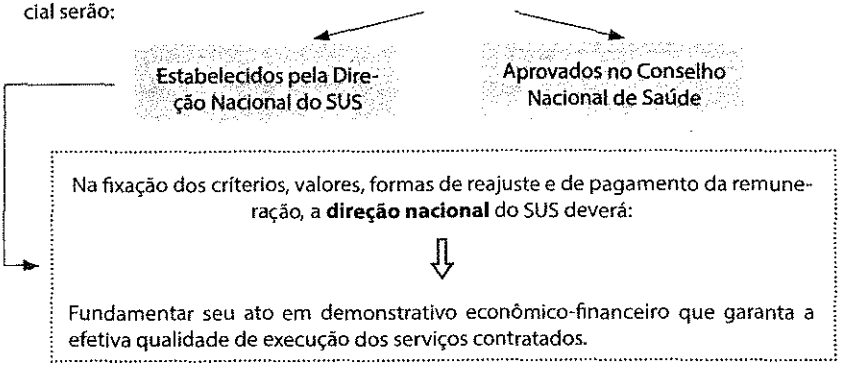
COMENTÁRIO

Pré requisito para a contratação ou convênio com a rede privada: comprovar insuficiência de recursos públicos para cumprir a integralidade da assistência. Após a comprovação, dar-se-á preferência às instituições filantrópicas e sem fins lucrativos.

Parágrafo Único do artigo 24° , Artigo 25°, Artigo 26° e § 1°

- A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante **contrato ou convênio**
- Terão **preferência** para participar do SUS < Entidades **filantrópicas**; Entidades **sem fins lucrativos**

- Os critérios e valores para a **remuneração** de serviços e os **parâmetros de cobertura** assistencial serão:



§ 2º do Artigo 26º

- Os serviços contratados submeter-se-ão:
  - Às normas técnicas e administrativas e
  - Aos princípios e diretrizes

  ⟩ do SUS ⇨ mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 4º do Artigo 26º

Aos Proprietários, Administradores e Dirigentes de entidades ou serviços contratados

⇩

É vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança SUS

Artigos 27º ao 30º

A política de **recursos humanos** na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo,

⇩

em cumprimento dos seguintes **objetivos:**

- Organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação
- Elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal
- Valorização da dedicação exclusiva aos serviços do SUS

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

Os cargos e funções de:

Chefia,
Direção e
Assessoramento

→ Só poderão ser exercidas em regime de tempo integral

Os servidores que legalmente acumulam **dois** cargos ou empregos:

↓

poderão exercer suas atividades em **mais de um** estabelecimento do SUS

Aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com **exceção** dos ocupantes de cargos ou função de:

- Chefia;
- Direção;
- Assessoramento.

As **especializações** na forma de **treinamento em serviço sob supervisão** serão:

- Regulamentadas por Comissão Nacional;
- Garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

Artigo 31° e 32°

O orçamento da **seguridade social** destinará ao SUS os **recursos** necessários à realização de suas finalidades:

1. De acordo com a receita estimada;
2. Previstos em proposta elaborada pela sua **direção nacional**, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social;
3. Tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

São considerados de **outras fontes os recursos** provenientes de:

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

§ 2° do Artigo 32°

As **receitas** geradas no âmbito SUS serão:

⇩

- Creditadas diretamente em contas especiais;
- Movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º do Artigo 32º

As **ações de saneamento** que venham a ser executadas supletivamente SUS serão financiadas por **recursos**:

- Tarifários específicos
- Outros recursos da União, estados, Distrito Federal, municípios;
- Em particular, do **Sistema Financeiro da Habitação (SFH)**.

§ 5º do Artigo 32º

As **atividades de pesquisa** e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas:

1. Pelo SUS;
2. Pelas universidades;e
3. Pelo orçamento fiscal;
4. Além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

Artigo 33º

Os **recursos financeiros** do SUS serão:

- Depositado em conta especial, em cada esfera de sua atuação
- Movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde

COMENTÁRIO

Os recursos da saúde são depositados em uma conta especial – fundo de saúde, existente em cada esfera de governo. O gestor de cada âmbito movimenta essa conta sob a fiscalização do respectivo conselho de saúde. O financiamento do SUS é compartilhado, ou seja, obrigação de todas as esferas de governo, onde os estados e municípios são obrigados a dar sua contrapartida financeira.

§ 1º do Artigo 33º

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**

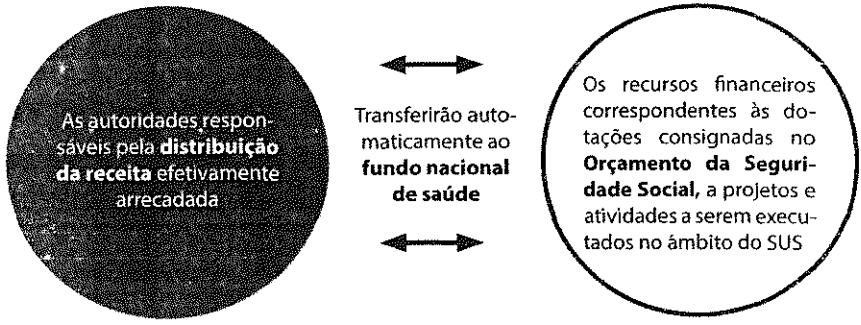
§ 4º do Artigo 33º

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.

- Caberá ao Ministério da Saúde **aplicar as medidas previstas** em lei constatadosa:
  - Malversação;
  - Desvio ou
  - Não aplicação dos recursos.

Artigo 34º



Parágrafo ùnico artigo 34º

Na **distribuição** dos recursos financeiros da **Seguridade Social**

⇩

Será observada a **mesma proporção da despesa** prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Artigo 35º

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:

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

- 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**

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.

Artigo 36°

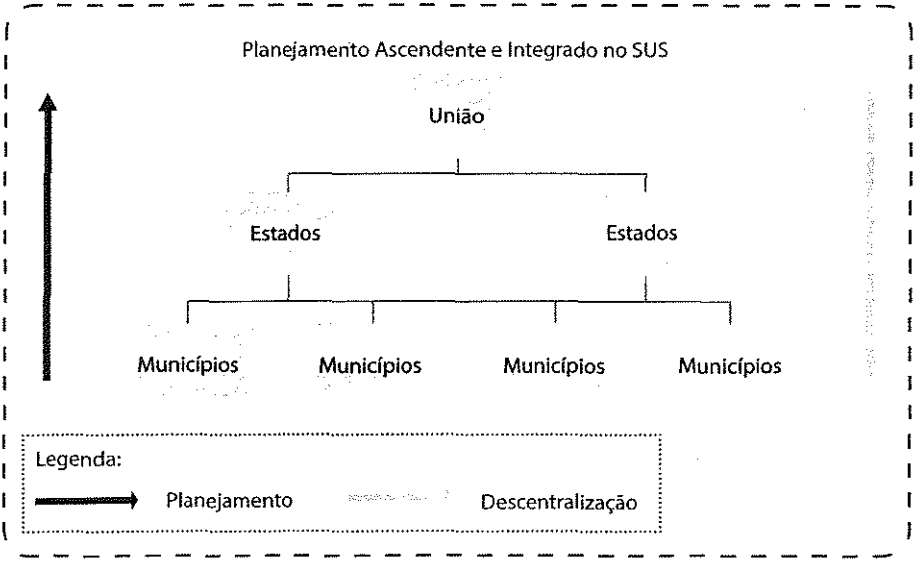
O processo de **planejamento e orçamento** do SUS será ascendente:

Do nível local → até o federal

Ouvidos seus órgãos deliberativos, **compatibilizando-se**

As necessidades da política de saúde → com → Disponibilidade de recursos em **planos de saúde** dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União.

COMENTÁRIO



§ 1° do Artigo 36°

Os **planos de saúde** serão a **base das atividades** e programações de cada nível de direção SUS

- Seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

COMENTÁRIO

O plano de saúde é o instrumento de planejamento do SUS. É composto por programações anuais, onde são descritos: objetivos, metas, ações e a proposta orçamentária. Deve ser aprovada pelo respectivo conselho. Ao final de cada ano deverá ser elaborado o relatório de gestão.

§ 2º do Artigo 36

É **vedada** a transferência de recursos para o financiamento de ações **não previstas nos planos de saúde, exceto em:**

- Situações emergenciais
- Calamidade pública, na área de Saúde

Artigo 37º

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

Artigo 38º

Não será permitida a destinação de **subvenções e auxílios** a:
- Instituições prestadoras de serviços de saúde **com finalidade lucrativa**

§ 5º e 6º do Artigo 39º

A cessão de uso dos **imóveis** de propriedade:

Do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) — para → Órgãos integrantes do SUS

será feita de modo a preservá-los como **patrimônio da seguridade social.**

- Os imóveis serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros; e
- Ficarão disponíveis para utilização pelo órgão de direção municipal do SUS ou, eventualmente, pelo estadual, em cuja circunscrição administrativa se encontrem, mediante simples termo de recebimento.

§ 8º do Artigo 39º

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;
- A disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares

Artigo 41º

As ações desenvolvidas pela **Fundação das Pioneiras Sociais** e pelo **Instituto Nacional do Câncer,** supervisionadas pela direção nacional SUS, permanecerão como referencial de:

- Prestação de serviços;
- Formação de recursos humanos; e
- Transferência de tecnologia.

Artigo 43º

Nos serviços públicos contratados

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

Artigo 45º

Os serviços de saúde dos **hospitais universitários e de ensino integram-se** ao SUS:

- Mediante convênio;
- Preservada a sua **autonomia** administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§ 1º Artigo 45º

- Os serviços de saúde de **sistemas estaduais e municipais de previdência social**

⇩

Deverão integrar-se à direção correspondente do SUS, conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§ 2º Artigo 45º

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

Artigo 46º

O SUS:

- Estabelecerá mecanismos de **incentivos à participação do setor privado** no investimento em ciência e tecnologia

- 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.

Artigo 47°

O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do SUS, organizará, no prazo de **2 (dois)** anos, um sistema nacional de informações em saúde,

- Integrado em todo o território nacional
- Abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Artigo 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 SUS.

Artigo 52°

Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui **crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas**

⇩

A utilização de recursos financeiros SUS em **finalidades diversas** das previstas nesta lei.

Artigo 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:
analises clínicas, anatomia patológica e de diagnóstico por imagem

⇩

- e são livres à participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros.

COMENTÁRIO

O Artigo 53-A foi incluso pela Lei nº 13.097, de 2015

Artigo 54º

Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Artigo 55º

- 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.

QUESTÕES

LOS 8.080/90

01 **(CESPE/MPE-RO/Enfermeiro, 2013)** Com relação ao SUS, assinale a opção correta.

Ⓐ As ações e serviços públicos de saúde integram rede regionalizada e não hierarquizada cujas diretrizes básicas são a descentralização, a participação da comunidade e o atendimento integral, com prioridade para as atividades de controle das doenças e endemias.
Ⓑ Para financiamento do SUS, os entes federativos deverão aplicar um percentual mínimo na saúde, que, no caso dos estados e dos municípios, deve ser definido em lei complementar de iniciativa de suas respectivas casas legislativas, não podendo ser inferior a cinco por cento da arrecadação dos impostos de sua competência.
Ⓒ As ações e serviços de saúde são da competência da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, cabendo à União a responsabilidade pelo seu financiamento, com recursos do orçamento da seguridade social
Ⓓ Embora a assistência à saúde seja livre à iniciativa privada, instituições particulares não podem participar do SUS, salvo se forem entidades filantrópicas e sem fins lucrativos.
Ⓔ A direção do SUS é exercida, no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde e, no âmbito dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente.

●●● Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** Questão subjetiva que requer, além da leitura do conteúdo da LOS 8.080/90, o entendimento de políticas de saúde.
Alternativa A: INCORRETA. De acordo com o art. 198 da CF/88: "As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
I. descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
II. atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
III. participação da comunidade.
Alternativa B: INCORRETA. Os valores mínimos a serem aplicados em ações e serviços de saúde são descritos na Lei Complementar 141/12 que regulamenta a EC nº 29/00. A Lei citada define os seguintes valores para as esferas de governo:
- "A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual."
- "Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos

de que tratam o art. 157, a alínea "a" do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios."
- "Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea "b" do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal."

Alternativa C: INCORRETA. O financiamento do SUS é compartilhado, ou seja, responsabilidade de todas as esferas de governo. De acordo com o parágrafo 1º do art. 198 da CF/88: "O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes."

Alternativa D: INCORRETA. De acordo com o parágrafo 199 da CF/88 e a LOS 8.080 em seu capítulo II: 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.

Alternativa E: CORRETA. De acordo com o art. 9° da LOS 8.080/90: "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."

Resposta: Ⓔ

---

02 (CESPE/DEPEN/Enfermagem, 2013) Acerca do Sistema Único de Saúde (SUS), julgue os itens subsequentes.

Compete aos municípios e a seus respectivos gestores coordenar e gerir as redes de laboratórios e hemocentros públicos em suas regiões administrativas.

( ) CORRETA ( ) INCORRETA

●●○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** Para questões que pedem as atribuições inerentes de cada esfera de governo, deve-se agregar o conteúdo dos artigos 16º, 17º e 18º da LOS 8.080/90. Em sua maioria, as ações de competência da União trazem verbos como: definir, formular, estabelecer; as de competência do estado, os verbos são: coordenar, apoiar; e as ações municipais estão mais ligadas à parte operacional: executar, fiscalizar.

Alternativa: CORRETA. De acordo com o art. 17º da LOS 8.080/90 , são atribuições do Estado, dentre outras: "coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa."

---

03 (CESPE/DEPEN/ Enfermagem,2013) Acerca do Sistema Único de Saúde (SUS), julgue os itens subsequentes.

A assistência à saúde deve obedecer aos princípios da igualdade e da autonomia, devendo ainda ser livre de preconceitos ou vantagens de qualquer espécie aos seus usuários.

( ) CORRETA ( ) INCORRETA

●●○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** As questões da banca CESPE devem ser interpretadas com cuidado. Raramente trazem questões "copiadas" da lei.
Alternativa: CORRETA. A assertiva traz de forma subjetiva o princípio da igualdade, versado no art. 7º da LOS 8.080/90: *"igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie."*

---

04 (CESPE/ANS/Enfermagem,2013) Acerca das bases legais de implantação do SUS, julgue os itens seguintes.

A vigilância sanitária é uma das atribuições do SUS.

( ) CORRETA ( ) INCORRETA

●○○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** Fixar o conteúdo do art. 6º da LOS 8.080/90.
Alternativa: CORRETA. Em seu art. 6º, a LOS 8.080/90 traz as ações do campo de atuação do SUS: "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;

---

05 (UFAL/ENFERMAGEM, 2013) Sobre a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 é correto afirmar que esta:

Ⓐ Regula a política de gestão do trabalho na saúde, instituindo o Assistente Social como profissional da saúde.
Ⓑ Foi sancionada no Governo Sarney, com vetos em itens importantes referentes às formas de financiamento da Política de Saúde.
Ⓒ Estabelece um modelo hierarquizado de Assistência à Saúde, fundado nos princípios de integralidade da assistência, participação da comunidade e descentralização dos serviços para os municípios, definindo o Programa de Saúde da Família como centro ordenador das redes de atenção à saúde.
Ⓓ 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.
Ⓔ Define a política de desenvolvimento científico e tecnológico na saúde, com ênfase na realização de pesquisas para incremento do Sistema Único da Saúde (SUS).

●○○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** Elencar as disposições dos marcos jurídicos é uma das formas de "gabaritar" questões com este perfil.
Alternativa A: INCORRETA. Dispensa comentários.
Alternativa B: INCORRETA. Foi sancionada no governo de Fernando Collor, em 1990.
Alternativa C: INCORRETA. A definição da Estratégia de Saúde da Família como centro ordenador de redes se inicia com a NOB 96 e é consolidada na Portaria 2.488/11 e Decreto 7.508/11.
Alternativa D: CORRETA. De acordo com o art. 1º da LOS 8.080/90: *"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."*
Resposta: Ⓓ

06 (UFF/ENFERMAGEM,2013) De acordo com a Lei Orgânica da Saúde (lei 8.080/1990), são objetivos do SUS, exceto:

Ⓐ identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde.
Ⓑ formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º dessa lei.
Ⓒ formação de recursos humanos na área de saúde.
Ⓓ 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.

●○○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** A Lei 8.080/90 traz claramente eu seu art. 5º os objetivos do SUS e as bancas cobram com frequência esse item.
Alternativa A: CORRETA. De acordo com o art. 5º, inciso I, da LOS 8.080/90: "a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde."
Alternativa B: CORRETA. De acordo com o art. 5º, inciso II, da LOS 8.080/90: "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."
Alternativa C: INCORRETA. Esta afirmativa não está inclusa nos objetivos do SUS. No art. 6º (das Atribuições) consta: "a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde."
Alternativa D: CORRETA. De acordo com o art. 5º, inciso III, da LOS 8.080/90: "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."
Resposta: Ⓒ

---

07 (UFF/ENFERMAGEM, 2013) Considerando-se que a direção do Sistema Único de Saúde - SUS é única em cada esfera de governo, assinale a alternativa incorreta.

Ⓐ No âmbito da União, é exercida pelo Ministério da Saúde.
Ⓑ No âmbito dos Estados, é exercida pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.
Ⓒ No âmbito do Distrito Federal, é exercida pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.
Ⓓ No âmbito dos municípios, é exercida pelo Conselho de Gestor de Saúde Municipal.

●○○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** A direção do SUS é única em cada esfera de governo. Isto significa que mesmo o sistema sendo único há necessidade de direção (gestão) em cada esfera de governo.
Alternativa A: CORRETA. De acordo com o art. 9º, inciso I, da LOS 8.080/90 a direção do SUS no âmbito da União é exercida pelo Ministério da Saúde: "no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde."
Alternativa B: CORRETA. De acordo com o art. 9º, inciso II, da LOS 8.080/90 a direção do SUS no âmbito do estado: "no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente."
Alternativa C: CORRETA. De acordo com o art. 9º, inciso II, da LOS 8.080/90 a direção do SUS no DF: "no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente."
Alternativa D: INCORRETA. De acordo com o art. 9º, inciso III, da LOS 8.080/90 a direção do SUS na esfera municipal será exercida: *"no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente."*
Resposta: Ⓓ

---

08 **(UFF/ENFERMAGEM, 2013)** Quanto à participação da iniciativa privada na assistência à saúde, conforme as disposições da Lei nº 8.080/90, assinale a afirmativa verdadeira.

Ⓐ As entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde.
Ⓑ Os princípios éticos e as normas que regem o seu funcionamento devem ser submetidos à apreciação pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde.
Ⓒ Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos mediante negociação das tabelas praticadas, visando a atingir uma média de valores de mercado.
Ⓓ O cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde não é vedado aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou instituições que prestam serviços contratados pelo sistema público de saúde.

●●○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** A questão contempla um conteúdo de fácil entendimento mas as bancas costumam criar pegadinhas, logo, ler com atenção é a dica.
Alternativa A: CORRETA. Quando há insuficiência de recursos públicos para garantir o acesso de toda a população às ações e serviços do SUS, pode-se contratar ou conveniar instituições privadas em caráter complementar. A preferência é de instituições sem fins lucrativos. Vejamos como consta nos arts. 24 e 25 da LOS 8.080/90:
"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)."
Alternativa B: INCORRETA. De acordo com o art. 22 da LOS 8.080/90: "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."
Alternativa C: INCORRETA. A lei supracitada, em seu art. 26, versa: 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.
Alternativa D: INCORRETA. O parágrafo único do art. 26 da lei em questão traz: "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)."
Resposta: Ⓐ

---

09 **(EBSERH/Hospital Universitário de Sergipe – UFS/ Enfermagem, 2014)** De acordo com o que a lei 8.080/1990 que dispõe sobre a Participação Complementar na saúde, assinale a alternativa INCORRETA.

Ⓐ 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.
Ⓑ A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.
Ⓒ As entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).
Ⓓ Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos por cada órgão local de administração da saúde.

Ⓔ 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.

●●○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** Leitura "seca" do art.199 da CF/88 associando aos arts. 24, 25 e 26 da LOS 8.080/90.
Alternativa A: CORRETA. Já comentei uma questão bem parecida. Mas vou reforçar. De acordo com o 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."
Alternativa B: CORRETA. No art. 24, em seu parágrafo único da lei em questão: "A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público."
Alternativa C: CORRETA. Em seu art. 25, a LOS 8.080/90 traz: "Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS)."
Alternativa D: INCORRETA. A lei supracitada, em seu art. 26, versa: 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.
Alternativa E: CORRETA. De acordo com o art. 26, parágrafo 2º da lei em estudo: "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."

---

10 **(EBSERH - Hospital Universitário de Sergipe – UFS/Enfermagem, 2014)** Analise as assertivas e assinale a alternativa que aponta as corretas. Ao Sistema Único de Saúde (SUS), compete

I. Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador.
II. Ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde.
III. Legislar sobre as normas atinentes à área de saúde.
IV. Colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Ⓐ Apenas I, II e IV.
Ⓑ Apenas I, II e III.
Ⓒ Apenas I e II.
Ⓓ Apenas I e IV.
Ⓔ I, II, III e IV.

●○○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** As competências e atribuições do SUS são versadas no art. 200 da CF de 1988 e regulamentadas no art. 6º da LOS 8.080/90.
Assertiva I: CORRETA. De acordo com o art. 200 da CF/88 e com o art. 6º da LOS 8.080/90 as ações citadas são atribuições do SUS.
Assertiva II: CORRETA. De acordo com o art. 200, inciso III da CF/88 é uma atribuição do SUS.
Assertiva III: INCORRETA. Não é uma competência do SUS legislar. Esta atribuição é do Poder Legislativo.
Assertiva IV: CORRETA. Tanto no art. 200 da CF/88 quanto no art. 6º da LOS 8.080/90, está explicitado que é uma atribuição do SUS colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. As ações de relacionadas ao meio ambiente são de competência de outro setor, mas por ser um determinante e condicionante da saúde as sua operacionalização deve ser intersetorial, ou seja, vários setores envolvidos em prol de um objetivo: melhoria da qualidade de vida.
Resposta: Ⓐ

11 (Hospital Universitário Alcides Carneiro - UFCG /PB, Enfermagem,2014) O art. 6. ° da lei 8.080, de 19 de setembro DE 1990, define as ações de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e vigilância em saúde do trabalhador como atribuição do SUS. Relacione o conceito com a respectiva vigilância.
A- Vigilância Sanitária.
B- Vigilância em Saúde do Trabalhador.
C- Vigilância Epidemiológica.

Assinale a resposta correta:

Ⓐ B, C, A
Ⓑ B, A, C
Ⓒ A, B, C
Ⓓ A, C, B
Ⓔ C, B, A

●○○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** Uma questão para fixar os conceitos e atribuições das vigilâncias epidemiológica, sanitária e em saúde do trabalhador. Esses conceitos são descritos no art .6º da LOS 8.080/90.
Alternativa A: Vigilância Sanitária – relacionar aos produtos que direta e indiretamente se relacionam com a saúde, além dos serviços prestados. Ação intrinsecamente relacionada ao direito do consumidor. Como consta na Lei em questão:
"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."
Alternativa B: Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) – Ação que agrega o conhecimento da vigilância sanitária e epidemiológica. A VISAT é uma das ações mais importantes do SUS, pois abrange todos os trabalhadores, formais e informais, rede pública ou privada, garantindo acesso ao SUS em situações oriundas da atividade laboral. Como consta na lei em questão: *"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."*
Alternativa C: A Vigilância epidemiológica está relacionada ao controle de doenças, aos fatores que determinam e condicionam a saúde do indivíduo e comunidade. Como consta na lei: *"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."*
Resposta: Ⓓ

---

12 (Hospital Universitário Alcides Carneiro – UFCG-PB, Enfermagem, 2014 – Modificada pelo autor) Considerando o conteúdo da lei 8.080 referente à participação da iniciativa privada no SUS, assinale a alternativa INCORRETA.

( ) Conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo o controle de bens de consumo e da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

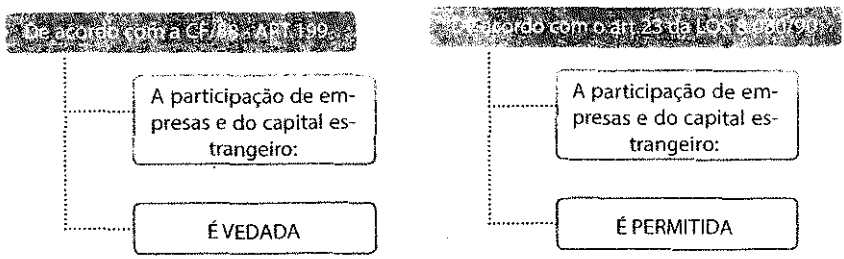
( ) Conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

( ) 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.

Ⓐ 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.
Ⓑ É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.
Ⓒ É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País.
Ⓓ 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.
Ⓔ Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do SUS.

●●○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** Questão que requer conhecimento da alteração da LOS 8.080/90, no que tange à participação do capital estrangeiro nas ações e serviços de saúde. Ressalto que o texto constitucional (art. 199) NÃO sofreu alteração. Vamos ler o art. 23 já com a alteração?
"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)"
Para não errar em questões de prova, observem a imagem abaixo:



Alternativa A: CORRETA. De acordo com o art. 199 da CF/88 e os arts. 24 e 25 da LOS 8.080/90 a participação da rede privada é permitida, em caráter complementar, desde que haja insuficiência de recursos públicos da rede pública. A formalização desta relação se dá através de contrato ou convênio, seguindo as normas do direito público.
Alternativa B: CORRETA. De acordo com o art. 199 da CF/88: "É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos."
Alternativa C: INCORRETA. A questão pede de acordo com a LOS 8.080/90, logo a participação de empresas e capitais estrangeiros na assistência à saúde no país é PERMITIDA de acordo com a alteração do art. 23 da lei citada pela lei 13.097, de 2015.
Alternativa D: CORRETA. De acordo com o art. 199 da CF/88: "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."
Alternativa E: CORRETA. De acordo com o art. 22 da lei 8.080/90: "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."
Resposta: ©

---

13 **(CESPE/Ministério Público da União - Analista – Saúde/Enfermagem, 2013)** Acerca de princípios, diretrizes e gestão financeira do Sistema Único de Saúde (SUS), julgue os itens subsecutivos.

Nas leis orgânicas da saúde, vigentes desde o início da década de 90 do século XX, são estabelecidos as diretrizes e os limites que devem ser observados pelas esferas do governo na elaboração de suas normas individuais.

( ) CORRETA ( ) INCORRETA

●●○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** As Leis Orgânicas da Saúde são: 8.080/90 e 8.142/90. Ambas abrangem todo território nacional. A primeira traz em seus artigos 16, 17 e 18 as atribuições específicas de cada esfera de governo.
Alternativa: CORRETA. Os estados, DF e municípios têm a possibilidade de elaborar leis orgânicas desde que estas não vão de encontro às leis federais.

---

14 **(CESPE/Ministério Público da União/Analista Saúde/Enfermagem, 2013)** Acerca de princípios, diretrizes e gestão financeira do Sistema Único de Saúde (SUS), julgue os itens subsecutivos.
A descentralização político administrativa, com direção única, ocorre nas esferas federal, estadual e municipal, principalmente no âmbito ministerial.

( ) CORRETA ( ) INCORRETA

●●○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** a descentralização com direção única em cada esfera de governo é uma diretriz, prevista no art. 198 da CF/88 e um princípio organizativo do SUS versado no art. 7º da LOS 8.080/90.
Alternativa: INCORRETA. A banca CESPE exige leitura atenciosa das questões. A descentralização ocorre em TODAS as esferas de governo mas a ênfase é na municipalização, ou seja, principalmente para os municípios. Observe a o texto do art. 7º da LOS 8080/90:
"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;"

---

15 **(IDECAN/CNEN/ Enfermeiro, 2014)** As mudanças na legislação, instituídas pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), propuseram ao setor de saúde uma reorganização político administrativa. Diante do exposto, é correto afirmar que

Ⓐ O Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes referentes à Humanização em 2001, a partir de regulamentação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar/PNHAH e, em 2003, com a Política Nacional de Humanização/PNH/HUMANIZASUS
Ⓑ Submetem-se às disposições desta lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas
Ⓒ A Política Nacional das Relações de Consumo tem por objetivo o atendimento das necessidades dos consumidores, o respeito à sua dignidade, saúde e segurança, a proteção de seus interesses econômicos, a melhoria da sua qualidade de vida, bem como a transparência e harmonia das relações de consumo
Ⓓ Essa lei adota um conceito ampliado de saúde, quando esclarece que 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
Ⓔ É criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, prazo de duração indeterminado a atuação em todo território Nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

●●● Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** Estudar legislação do SUS requer além do conhecimento da lei, o entendimento das políticas públicas de saúde.
Alternativa A: INCORRETA. A Política Nacional de Humanização - PNH nasce em 2003, trazendo diretrizes transversais à todas as ações e serviços de saúde.
Alternativa B: INCORRETA. As pessoas jurídicas do direito privado que operam planos de saúde são submetidas às normas da Agencia Nacional de Saúde Suplementar – ANS, criada em 2000.
Alternativa C: INCORRETA. Dispensa comentários.
Alternativa D: CORRETA. De acordo com o art. 3º da LOS 8.080/90: *"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)."*
Alternativa E: INCORRETA. A ANS não foi criada pela LOS 8.080/90 e sim pela Lei no 9.961 de 28 de janeiro de 2000.
Resposta: Ⓓ

---

16 **(FUNCAB/Pref. Cacoal-RO/Enfermeiro, 2013)** A Constituição brasileira estabelece que a saúde é um dever do Estado e a Lei nº 8.080/1990 dispõe sobre as atribuições e competências de cada ente da federação. Marque a alternativa que corresponde a uma competência dos municípios, de acordo com a Lei Orgânica da Saúde.

Ⓐ Coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica.
Ⓑ Acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS.
Ⓒ Controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde.
Ⓓ Definir e coordenar os sistemas de vigilância epidemiológica.
Ⓔ Fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde.

●●○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** Uma questão que requer o conhecimento das atribuições específicas de cada esfera de governo, que são versadas nos arts. 16, 17 e 18 da LOS 8.080/90.

Alternativa A: INCORRETA. De acordo com a LOS em questão esta atribuição é da esfera estadual: "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;"

Alternativa B. INCORRETA. Também constitui uma atribuição da esfera estadual: "acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);"

Alternativa C. CORRETA. De acordo com o art. 18 da LOS 8.080/90 em seu inciso XI: "controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde."

Alternativa D. INCORRETA. De acordo com o art.16 da Lei em questão é uma atribuição da esfera nacional:
"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;"

Alternativa E. INCORRETA. É uma atribuição comum a todas as esferas de governo, de acordo com o art. 200 da CF/88.

Resposta: Ⓒ

---

17 (UFCG/COMPROV/HUAC-UFCG, Enfermagem, 2014 – MODIFICADA PELO AUTOR) Considerando o conteúdo da Lei 8.080 referente à participação da iniciativa privada no SUS, assinale a alternativa INCORRETA.

Ⓐ 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;
Ⓑ É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos
Ⓒ É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País
Ⓓ 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
Ⓔ Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do SUS

●○○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** Uma questão fácil que requer o conhecimento do art. 199 da CF/88 e do Capítulo II da LOS 8.080/90.

Alternativa A: CORRETA. O parágrafo 1º do art. 199 da CF/88 traz o seguinte texto: "*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.*"

Alternativa B: CORRETA. De acordo com o parágrafo 2º do art.199 da CF/90: "*É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.*"

Alternada C: INCORRETA. Como já explicitado, o art. 23 da LOS 8.080/90 foi alterado pela Lei nº 13.097, de 2015. Logo, de acordo com a Lei supracitada, a partir de 2015, é PERMITIDA a participa-

ção direta ou indireta de empresas e capitais estrangeiros na assistência à saúde no Brasil.
Alternativa D: CORRETA. De acordo com o art. 199 da CF/88: *"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."*
Alternativa E: CORRETA. De acordo com o art. 22 da LOS 8.080/90: *"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."*
Resposta: Ⓒ

---

18 (EESP/RESIDÊNCIA/2014)



Fonte: www.6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/113/cartum

A figura acima faz alusão às dificuldades e desafios enfrentados atualmente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é um sistema de saúde público e universal criado a partir da Constituição Federal Brasileira de 1988, que foi regulamentado pela Lei Federal nº 8080/90. Sobre a Lei nº 8080/90, é correto afirmar que:

Ⓐ Dispõe sobre as condições para a prevenção, proteção e tratamento da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências.
Ⓑ Dispõe sobre a reorientação do modelo de atenção à saúde no País, por meio do apoio à Atenção Básica.
Ⓒ 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.
Ⓓ Dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, e dá outras providências.
Ⓔ Estabelece normas para a definição, alteração e suspensão dos valores do limite financeiro global do município, Estado e Distrito Federal.

●○○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** De acordo com o artigo 1° da Lei 8.080/90: 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."
Resposta: Ⓒ

---

19 (UFAL/RESIDÊNCIA2012) Sobre a Lei no 8.080 de 19 de setembro de 1990 é correto afirmar que esta:

Ⓐ Regula a política de gestão do trabalho na saúde, instituindo o Assistente Social como profissional da saúde.
Ⓑ Foi sancionada no Governo Sarney, com vetos em itens importantes referentes às formas de financiamento da Política de Saúde.
Ⓒ Estabelece um modelo hierarquizado de Assistência à Saúde, fundado nos princípios de integralidade da assistência, participação da comunidade e descentralização dos serviços para os municípios, definindo o Programa de Saúde da Família como centro ordenador das redes de atenção à saúde.
Ⓓ 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.
Ⓔ Define a política de desenvolvimento científico e tecnológico na saúde, com ênfase na realização de pesquisas para incremento do Sistema Único da Saúde (SUS).

●○○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** Artigo 1º da lei 8.080/90, que versa: "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."
Resposta: Ⓓ

---

20 **(UFF /RESIDÊNCIA/2012)** De acordo com a Lei Orgânica da Saúde (lei 8.080/1990), são objetivos do SUS, exceto:

Ⓐ identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde.
Ⓑ formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º dessa lei.
Ⓒ formação de recursos humanos na área de saúde.
Ⓓ 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.

●●○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** Os objetivos do SUS estão descritos no artigo 5º e seus respectivos incisos, conforme podemos observar a seguir: "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"
Resposta: Ⓐ

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Lei 8080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: www.saude.gov.br/legislação Acesso em: 25/01/16
2. _____. Lei nº 8142/90. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: www.saude.gov.br/legislação. Acesso em: 25/01/16
3. _____. Lei nº7508/2011. Regulamenta a Lei no8.080, 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, e dá outras providências. Disponível em: www.saude.gov.br/legislação Acesso em: 25/05/14.
4. _____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS Série B. Textos Básicos de Saúde, DF,2004.
5. _____. Resolução 453/12. Resolve: Aprovar as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/12_jun_resolucao453.html . Acesso em: 25/05

04
CAPÍTULO

Lei Orgânica da saúde 8.142/90

Natale Oliveira de Souza e Yara Cardoso Coletto

1 - INTRODUÇÃO

O controle social é uma diretriz e princípio do SUS. É o mecanismo de participação da comunidade nas ações de saúde em todas as esferas de governo. De forma institucionalizada, temos os **Conselhos e as Conferências de Saúde**.

2 - LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990

Dispõe sobre
- A **participação da comunidade** na gestão do SUS;
- As **transferências intergovernamentais** de recursos financeiros na área da saúde;
- dá outras providências.

2.1 Artigo 1º

Em cada esfera de governo,

O SUS conta com as seguintes instâncias colegiadas:

- Conferências de Saúde
- Conselhos de Saúde

sem prejuízos das funções do Poder Legislativo.

2.1.1 - Artigo 1º § 1º

Conferências de Saúde

Reunir-se:
- A cada **4 (quatro) anos;**
- Com a representação dos vários segmentos sociais.

Finalidades:
- Avaliar a situação de saúde;
- Propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes.

Convocada:
- Pelo **Poder Executivo**
- Por esta;
- Pelo Conselho de Saúde

extraordinariamente

COMENTÁRIO

As Conferências de Saúde (CNS) são espaços de discussão das políticas. A mais importante aconteceu em 1986, a *VIII CNS*, momento de consolidação da reforma sanitária e criação dos ideais do SUS.

2.1.2 - Artigo 1º § 2º

Conselhos de Saúde

Têm caráter **permanente** e **deliberativo.**

Órgão colegiado **composto por**:
- Representantes do governo;
- Prestadores de serviço.
- Profissionais de saúde;
- Usuários.

Atua:
- Na formulação de estratégias;
- No **controle da execução da política de saúde**
  - Na instância correspondente;
  - Inclusive nos aspectos econômicos e financeiros,
  - Cujas decisões serão homologadas pelo chefe

COMENTÁRIO

Tanto as Conferências quanto os Conselhos de Saúde têm composição **tetrapartite**:

Composição tetrapartite

Prestadores de serviço | Governo | Profissionais de saúde | Usuários

2.1.2 - Artigo 1° § 3°

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde **(Conass)**

O Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde **(Conasems)**

> terão **representação** no Conselho Nacional de Saúde.

2.1.4 - Artigo 1° § 4°

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

COMENTÁRIO

Conforme dito anteriormente, os Conselhos e as Conferências possuem composição tetrapartite. Mas atentem para o fato que o segmento de representação dos usuários, por lei, **deve ocupar 50% (metade) - ou seja, o caráter paritário**. Discutiremos essa distribuição de forma mais profunda na Resolução 453/12.

2.1.5 - Artigo 1° § 5°

As **Conferências** de Saúde e os **Conselhos** de Saúde terão suas:

- Organização
- Normas de funcionamento

→ Definidas em **regimento próprio;**
→ Aprovadas pelo respectivo conselho.

3 - ARTIGO 2°

Os **recursos** do **fundo nacional de saúde** (FNS) serão **alocados** como:

1. Despesas de custeio;
   - Despesas de capital
     - Do Ministério da Saúde;
     - Seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;
2. Investimentos previstos em **lei orçamentária:**
   - De iniciativa do Poder Legislativo;
   - Aprovados pelo Congresso Nacional;
3. Investimentos previstos no **Plano Quinquenal** do Ministério da Saúde;
4. Cobertura das ações e serviços de saúde, a serem implementados pelos:
   - Municípios;
   - Estados;
   - Distrito Federal (DF);

3.1 - Artigo 2° - Parágrafo Único e Artigo 3° § 1° e 2°

Os recursos para **cobertura das ações e serviços de saúde**, a serem implementados pelos estados e municípios:

1. Destinar-se-ão:
   - A investimentos na rede de serviços;
   - À cobertura **assistencial ambulatorial e hospitalar**;
   - Às demais ações de saúde.

2. Serão repassados para os Municípios, Estados e DF:
   - De forma **regular e automática**
   - De acordo com os critérios previstos no **art. 35 da Lei n° 8.080/90**

⇩

> **Art. 35.** Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a estados, DF e municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:
>
> - 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 da saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
> - Previsão do plano quinquenal de investimentos da rede.

3. Serão destinados:
   - Pelo menos 70% aos **municípios**
   - O restante aos Estados.

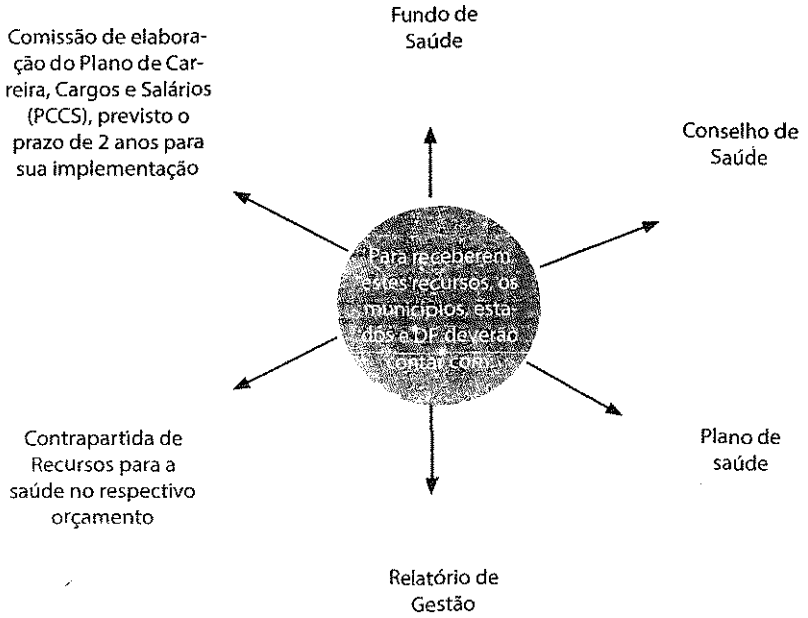
3.1.1 - Artigo 3°, § 3°

Os municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas desse recursos.

COMENTÁRIO

Mais uma vez, a legislação prevê que os municípios poderão formar consórcios (parcerias) para a realização de objetivos de interesse comum, no caso, ações e serviços de saúde.

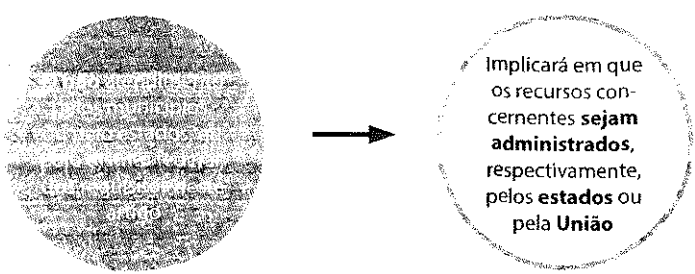
3.1.2 - Artigo 4º



COMENTÁRIO

Para que os estados e municípios recebam os recursos de forma automática e regular através dos fundos de saúde, devem contar com todos os requisitos acima.

3.1.3 - Artigo 3º, Parágrafo Único



3.1.4 - Art. 5º

É o Ministério da Saúde, mediante Portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para a aplicação desta Lei.

4 - DICAS E LEMBRETES:

- A Lei 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (não se esquecer de que a Lei 8.080/90 dispõe sobre a gestão dos recursos financeiros, e forma de repasse só foi definida pela lei supracitada!);
- A Lei 8.142/90 Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS (é a marca desta lei!). Não se esquecer de que a participação comunitária é conhecida como "controle social" e existem duas formas previstas na Lei: as **Conferências** (que acontecem a cada 4 anos em cada esfera de governo) e os **Conselhos** (que são instâncias colegiadas e deliberativas que devem se reunir mensalmente ou em caráter extraordinário em cada esfera de governo);
- Não de esquecer se que o caráter deliberativo é o poder de **voto e aprovação** das ações de saúde;
- As duas formas de controle social previstas em Lei são de formação **paritária** (onde metade dos componentes deve ser **representante dos usuários**);
- Os **Conselhos de Saúde** serão formados por eleição, e seus conselheiros, nomeados (publicação em Diário Oficial);
- O repasse automático de recursos será **Fundo Nacional de Saúde** para o **Fundo Estadual e Municipal de Saúde**;
- As esferas estaduais e municipais deverão **depositar nessa mesma conta** (fundo de saúde) **uma contrapartida de recursos** oriundos dos seus orçamentos;
- A Emenda Constitucional nº 29 (13 de setembro de 2000) foi aprovada em janeiro de 2012 e transformada na **Lei Complementar 141/12**, que define **percentuais fixos** a serem repassados por cada esfera de governo, que deve corresponder a um percentual da receita de impostos e transferências constitucionais e legais (veremos mais à frente).

QUESTÕES

LOS 8.142/90

01 (UFCG/COMPROV/HUAC-UFCG, Enfermagem, 2014) Considerando a Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação popular no SUS, assinale a alternativa INCORRETA.

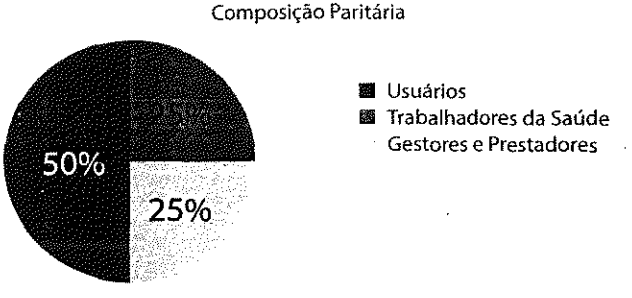
Ⓐ A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde.
Ⓑ O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, exceto nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão prerrogativa do chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.
Ⓒ 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.

Ⓓ A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.
Ⓔ As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

●●○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** Para responder as questões sobre controle social faz-se faz necessário, não apenas a leitura da LOS 8.142/90, mas o estudo do processo teórico que tangencia a participação social como uma das principais diretrizes do SUS.
Alternativa A: CORRETA. As Conferências de Saúde são espaços de discussão e proposição das políticas de saúde. De acordo com a LOS 8.142/90 acontecem a cada 4 anos, de forma ordinária. Vejamos como consta na Lei em seu art. 1º parágrafo 1º: *"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."*
Alternativa B: INCORRETA. O Conselho de Saúde é um órgão permanente, deliberativo e fiscalizador e além de outras atribuições, tem o papel de acompanhar os aspectos econômicos e financeiros da instância correspondente. Vamos à letra da Lei 8.142/90, art. 1º, parágrafo 2º: *"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."*
Alternativa C: CORRETA. Em seu art. 1º, parágrafo 3º a Lei 8.142/90 traz a seguinte redação: *"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."*
Alternativa D: CORRETA. O princípio da paridade é garantido tanto nos conselhos quanto nas conferências de saúde. E o que isso representa? 50% dos representantes das instâncias de controle social devem ser do seguimento dos USUÁRIOS.

Princípio da Paridade e o Controle Social:



Alternativa E: CORRETA. De acordo com o art. 5º da Lei em estudo: *" As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho."*

---

02 **(FUNCAB/Pref. Ji-Paraná/RO/2013)** Em relação à atuação dos Conselhos e Conferências de Saúde, marque a alternativa correta.

Ⓐ A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada dois 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.
Ⓑ Compete ao Conselho Nacional de Saúde decidir sobre o credenciamento de instituições de saúde que se candidatem a realizar pesquisas em seres humanos.
Ⓒ As Conferências e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass).
Ⓓ Os conselheiros de saúde poderão ser remunerados pelas atividades desenvolvidas nos respectivos conselhos, uma vez que desempenham uma função de relevância pública.
Ⓔ Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados que devem ser compostos majoritariamente por representantes do governo e prestadores de serviço e minoritariamente por profissionais de saúde e usuários.

●○○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** Para responder às questões sobre controle social faz-se necessário, não apenas a leitura da LOS 8.142/90, mas o estudo do processo teórico que tangencia a participação social como uma das principais diretrizes do SUS.
Alternativa A: INCORRETA. A Conferência de Saúde se reunirá a cada 4 anos.
Alternativa B: CORRETA. O Conselho Nacional de Saúde é a instância maior de controle social no SUS, cabendo a ele a deliberação de temas de interesse a todos os cidadãos.
Alternativa C: INCORRETA. Os conselhos e as Conferências terão sua organização e funcionamento definido em regimento próprio APROVADOS PELO PRÓPRIO CONSELHO.
Alternativa D: INCORRETA. A função de conselheiro não é remunerada por ser de relevância pública.
Alternativa E: INCORRETA. Os conselhos e as conferencias devem seguir o princípio da paridade, onde obrigatoriamente 50% dos representantes deve ser do seguimento dos usuários.

---

03 **(IADES/BAHIA/2014)** No âmbito do SUS, a participação, na perspectiva do controle social, possibilita à população
Ⓐ contrapor-se às ações de saúde promovidas pela Administração Pública.
Ⓑ agir sem a ajuda de equipes médicas e de apoio às ações em saúde.
Ⓒ interferir na gestão da saúde, colocando as ações do Estado na direção dos interesses da coletividade.
Ⓓ definir que o que é público deve estar sob o controle dos governantes, apenas.
Ⓔ não interferir no controle social, que deve ser traduzido apenas em mecanismos formais.

●○○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** Controle Social é a participação da sociedade civil nos processos de planejamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações da gestão pública e na execução das políticas e programas públicos.
Para corroborar, vamos ao conceito/finalidade das políticas públicas: ofertar as ações de acordo com a necessidade da população e não de interesses dos governantes.

---

04 **(IADES/BAHIA/2014)** No âmbito do SUS, a participação social é um processo em permanente construção e, por isso, muitas vezes, depende de:

Ⓐ verbas oficiais, para o correto funcionamento dos mecanismos de controle.
Ⓑ ocorrências nefastas, como epidemias e desastres naturais, para que os governos percebam o nível de mobilização das populações.
Ⓒ ampla mobilização da comunidade na defesa de seus direitos.

Ⓓ fornecimento de vacinas e medicamentos em quantidades suficientes para o atendimento às populações atingidas por epidemias e (ou) desastres naturais.
Ⓔ fluxos de aprovação orçamentária constantes, para garantir o acesso da população aos remédios e assistência médico-hospitalar.

●○○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** A Lei 8.142/90 regulamenta o direito de participação comunitária na gestão do sus. Quando falamos em regulamentação, queremos que seja observado que essa participação da comunidade já estava prevista na constituição federal como uma das diretrizes do SUS. Logo, quando se pergunta de que depende a construção da participação social, estamos sim falando de uma necessidade cada vez maior de que a população se mobilize pelos seus direitos.

---

05 (HUB /IBFC/2013) Considerando a lei 8142/1990, analise os itens abaixo e, a seguir, assinale a alternativa correta:

I. A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada 2 (dois) 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, pelo Conselho de Saúde.
II. 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.
III. 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. A representação dos usuários nestes conselhos será definida pelos próprios conselhos.
IV. A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.
V. As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio provados pelas respectivas secretarias municipais, estaduais ou Ministério da Saúde.

Ⓐ I,II,III, IV e V estão corretas.
Ⓑ Apenas II e IV estão corretas
Ⓒ Apenas I,II,IV e V estão corretas.
Ⓓ Apenas II, IV e V estão corretas.

●●○ Grau de dificuldade

Alternativa I: INCORRETA. De acordo com a Lei 8.142/90, as conferências reunir-se-ão a cada 4 anos. Observem que todo o texto desta questão está correto, só alteraram a periodicidade, obrigatória por lei, da realização das conferências.
Alternativa II: CORRETA. De acordo com o art. 1, § 2º da Lei 8.142/90: *"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."*
Alternativa III: INCORRETA. Tanto o CONASS (representação dos Secretários Estaduais de Saúde no CNS) quanto o CONASEMS (representação dos Secretários Municipais de Saúde) possuem representação garantida no Conselho Nacional de Saúde. Mas observem como a questão induz ao erro:

o CONASS e o CONASEMS são conselhos? Sim – mas não são instancias colegiadas de controle social, logo não há participação da comunidade. Por este motivo, a representação da população não é prevista nesses espaços.

Alternativa IV: CORRETA. De acordo com a Lei supracitada, art. 1, §2º: *"A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos".* O princípio da paridade prevê 50% da participação dos usuários.

Assertiva V: CORRETA. De acordo com a lei em estudo, art. 1, § 5º - "As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio aprovados pelo respectivo Conselho".

---

06 (UFSM – 2014 – AOCP) De acordo com a Lei 8.142/1990, analise as assertivas e assinale a alternativa que aponta as corretas.

I. O Sistema Único de Saúde (SUS) contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.
II. A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada dois 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.
III. O Conselho de Saúde é órgão colegiado, em caráter permanente e deliberativo, composto 50% (cinquenta por cento) por representantes do governo e 50% (cinquenta por cento) por representantes dos usuários dos serviços de saúde.
IV. A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

Ⓐ Apenas II e III.
Ⓑ Apenas I e IV.
Ⓒ Apenas I, II e IV.
Ⓓ Apenas I, II e III.
Ⓔ I, II, III e IV.

●○○ Grau de dificuldade

Alternativa I: Verdadeira. De acordo com o art. 1º, da LOS 8.142/90 – *"O Sistema Único de Saúde - SUS de que trata a Lei nº 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."*

Alternativa II: INCORRETA. De acordo com a Lei 8.142/90, as Conferências acontecerão a cada 4 anos.

Alternativa III: INCORRETA. De acordo com a lei em estudo, art. 1, §2º: "A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos".

Alternativa IV: CORRETA. O princípio da paridade é garantido tanto nos conselhos quanto nas conferências de saúde. E o que isso representa? 50% dos representantes das instâncias de controle social devem ser do seguimento dos usuários.

---

07 (AOCP/HU-UFGD/2014) Parte dos recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos municípios, Estados e Distrito Federal. Conforme a Lei 8.142/1990, referidos recursos serão destinados

Ⓐ pelo menos setenta por cento, aos municípios, afetando-se o restante aos Estados.
Ⓑ pelo menos cinquenta por cento, aos municípios, afetando-se o restante aos Estados.
Ⓒ pelo menos sessenta por cento, aos municípios, afetando-se o restante aos Estados.
Ⓓ pelo menos setenta por cento, aos Estados, afetando-se o restante aos municípios.
Ⓔ pelo menos cinquenta por cento, aos Estados, afetando-se o restante aos municípios.

●○○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** De acordo com o art. 2º, § 2º - *"Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados."*

---

08 (IBFC/HU-UFPI/2012) Em relação ao Controle Social no SUS – Sistema Único de Saúde – e ao CNS – Conselho Nacional de Saúde, julgue os itens a seguir.

I. O CNS é a instância máxima de deliberação do SUS.
II. O CNS não está vinculado ao Ministério da Saúde, uma vez que o governo, enquanto gestor da saúde, não possui membros dentre os conselheiros.
III. Um dos documentos mais importantes para o Controle Social no SUS é o Plano Nacional de Saúde, aprovado pelo CNS a cada 4 anos.
IV. Um dos maiores problemas da atuação do CNS frente ao Controle Social no SUS é a ausência de deliberação do Sistema Único de Saúde sobre as questões de aprovação e execução orçamentária da saúde.

A quantidade de itens certos é igual a:

Ⓐ 0.
Ⓑ 1.
Ⓒ 2.
Ⓓ 3.
Ⓔ 4.

●●○ Grau de dificuldade

Alternativa I: CORRETA. A questão, em seu enunciado, versa sobre o conselho nacional de saúde. Este espaço de controle social está ligado à direção nacional do SUS – Ministério da Saúde, consequentemente é a instância máxima de deliberação do SUS.
Alternativa II: INCORRETA. Como explicitado anteriormente o CNS está vinculado ao Ministério da Saúde, mas possui autonomia administrativa e financeira. (Veremos este item quando discutirmos a resolução 453/12).
Alternativa III: CORRETA O plano de saúde é obrigatório em todas as esferas de governo, pois além de ser uma condição para recebimento de recursos fundo a fundo é o instrumento de planejamento do SUS.
Alternativa IV: INCORRETA. Como a deliberação pode ser um problema se em todas as esferas de governo, de forma obrigatória, existem conselhos de saúde (que são instâncias colegiadas e deliberativas)?

---

09 (SECRETARIA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO, Residência Multiprofissional de Saúde/2013) O que se refere aos Conselhos Municipais de Saúde, assinale a alternativa INCORRETA.

Ⓐ São órgãos permanentes.
Ⓑ Possuem poder deliberativo.

Ⓒ São compostos por representantes do Governo, dos prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários.
Ⓓ Atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde.
Ⓔ Os aspectos econômicos e financeiros das políticas municipais de saúde não são de seu interesse.

●●○ Grau de dificuldade

Alternativas A e B: CORRETA. De acordo com o Artigo 1º da Lei 8.142/90 *"o Conselho de Saúde tem caráter permanente e deliberativo"*, ou seja, duração indeterminada e suas propostas serão decididas após discussão entre os membros. Ressaltando que há poder de veto e de voto, por isso caráter deliberativo. Além disso, seu papel mais importante dentro do controle social é o poder de fiscalizar as ações da gestão, incluindo a movimentação dos fundos de saúde. (Os aspectos econômicos e financeiros). Os conselhos não executam ações de gestão.
Alternativa C: CORRETA. De acordo com o Artigo 1º da Lei 8.142/90 o Conselho de Saúde *"é um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários"* de forma paritária. O princípio da paridade significa que é obrigatório de acordo com a lei citada, que 50% dos representantes dos conselhos devem ser de usuários.
Alternativa D: CORRETA. De acordo com o parágrafo 2º do Artigo 1º da Lei 8.142/90 os Conselhos de Saúde *"atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde"* direcionando e fiscalizando os serviços que são prestados a população. Atenção para a atuação dos conselhos, que se dá no que diz respeito ao controle da execução e não na execução.
Alternativa E: INCORRETA. De acordo com o parágrafo 2º do Artigo 1º da Lei 8.142/90 os Conselhos de Saúde *"atuam no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros"*.

---

10 **(Fundação CEFET/BA/Residência Multiprofissional em Saúde/2014)**: Analise as assertivas abaixo sobre as disposições da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e identifique com V as verdadeiras e com F as falsas.

I. O Sistema Único de Saúde (SUS) contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: Conferência de Saúde e Conselhos Intergestores.
II. Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) alocados como cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos municípios, Estados e Distrito Federal destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, às coberturas assistencial, ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.
III. Para receberem os recursos de que trata esta lei, os municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar somente com: Fundo de Saúde, Plano de Saúde e Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS).
IV. Os municípios não poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde.

A alternativa que contém a sequência correta, de cima para baixo, é:

Ⓐ F V F F
Ⓑ V V V F
Ⓒ F V V V
Ⓓ F F F V
Ⓔ V F F F

●●○ Grau de dificuldade

Assertiva I: INCORRETA. De acordo com a Lei nº 8.142/90 o Sistema Único de Saúde contará com as instâncias colegiadas: Conferências e Conselhos de Saúde, e não Conselho Intergestores - foi criado

apenas a partir das Normas Operacionais Básicas (NOB/93) Nas Comissões Intergestores não há participação da comunidade, por esse motivo não pode ser instância de controle social.
Assertiva II: CORRETA. De acordo com a Lei nº 8.142/90 no seu artigo 2º os recursos do Fundo Nacional de Saúde serão alocados como *"cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal [...] e destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde".*
Assertiva III: INCORRETA. De acordo com a Lei nº 8.142/90 para fazer jus ao repasse os municípios, Estados e Distrito Federal devem conter com 06(seis) pré-requisitos que são o Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, Plano de Saúde, Relatórios de Gestão, Contrapartida de Recursos e Comissão para Elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários e não somente três como cita a assertiva.
Assertiva IV: INCORRETA. De acordo o parágrafo 3º, artigo 4º da Lei 8.142/90 os Municípios poderão constituir consórcios para execução de ações e serviços de saúde.

---

11 (UFTM, 2013- Residência Multiprofissional) A Lei n.º 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, determina que, para receber os recursos relativos à cobertura das ações e serviços de saúde, os municípios devem contar, entre outros itens, com

Ⓐ Fundo Nacional de Saúde.
Ⓑ implantação da estratégia de saúde da família.
Ⓒ A alocação de recursos financeiros próprios em seu orçamento, para a formação e capacitação dos profissionais de saúde.
Ⓓ Conselho Gestor organizado e atuante em, pelo menos, 75% das unidades de saúde em operação.
Ⓔ contrapartida de recursos para a saúde, no respectivo orçamento.

●●● Grau de dificuldade

Alternativa A: INCORRETA. O artigo 4º, inciso I, traz que para receber os devidos repasses, os estados e municípios devem possuir, no mínimo, 06 pré-requisitos, dentre os quais encontra-se o fundo de saúde que é uma conta especial e deve existir em cada esfera de governo, ou seja, não é fundo nacional de saúde.
Alternativa B: INCORRETA. A implementação da estratégia de saúde da família, nasce em 1993/94 e atualmente está regulamentada pela Portaria 2488/11.
Alternativa C: INCORRETA. A Lei 8.142/90 não traz esse pré-requisito, mas a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde está prevista no artigo 6º da Lei Orgânica 8.080/90.
Alternativa D: INCORRETA. De acordo com o inciso II do artigo 4º da Lei em questão o pré-requisito é: *"Conselho de Saúde, com composição paritária".*
Alternativa E: CORRETA. Dentre os seis pré-requisitos necessários para os repasses fundo a fundo, encontra-se a contrapartida de recursos (a parte dos recursos próprios dos municípios, DF e estados para as ações de saúde).

---

12 (UNIFESP/Residência Multiprofissional em Saúde/ Enfermagem/2014) Segundo a lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, os segmentos sociais que devem ser representados em um conselho municipal de saúde são:

Ⓐ Representantes do governo, usuários, conselhos profissionais e movimentos sociais.
Ⓑ Profissionais de saúde, usuários, prestadores de serviço e conselhos profissionais.
Ⓒ Profissionais de saúde, representantes do governo, usuários e prestadores de serviço.
Ⓓ Representantes do governo, profissionais de saúde, usuários e movimentos sociais.

Ⓔ Conselhos profissionais, movimentos sociais, representantes do governo.

●○○ Grau de dificuldade

Alternativas A,B, D e E: INCORRETAS. De acordo com a lei 8.142/90 a representação dos conselhos e das conferências sempre será através de quatro segmentos: de usuários (50%- princípio da paridade, de entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, do governo e de entidades representativas de prestadores de serviços de saúde.

Resposta: Ⓒ

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Lei 8080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: www.saude.gov.br/legislação Acesso em: 25/01/16
2. _____. Lei nº 8142/90. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: www.saude.gov.br/legislação. Acesso em: 25/01/16
3. _____. Lei nº7508/2011. Regulamenta a Lei no8.080, 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, e dá outras providências. Disponível em: www.saude.gov.br/legislação Acesso em: 25/05/14.
4. _____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS Série B. Textos Básicos de Saúde, DF,2004.
5. _____. Resolução 453/12. Resolve: Aprovar as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/12_jun_resolucao453.html . Acesso em: 25/05

05
CAPÍTULO

Portaria nº 2.488/11 - Política nacional da atenção básica

Natale Oliveira de Souza e Yara Cardoso Coletto

1 - ATENÇÃO BÁSICA: PORTA DE ENTRADA E ORDENADORA DO SISTEMA

1.1 - Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011:

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

1.1.1 - Disposições gerais sobre a atenção básica dos princípios e diretrizes gerais da atenção básica

A Atenção Básica caracteriza-se por um **conjunto de ações de saúde**, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

COMENTÁRIO

A Atenção Básica é o primeiro nível do sistema de saúde. Também conhecida como Atenção Primária. Podemos sinalizar a Iª Conferência de Cuidados Primários em Saúde – Conferência de Alma-Ata em 1978, como um dos marcos iniciais da discussão de cuidados primários em nível internacional. No Brasil, podemos considerar as AIS (Ações Integradas em Saúde) como o marco inicial das ações voltadas para o primeiro nível, entre os anos de 1983/84.

É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. **Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas** que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

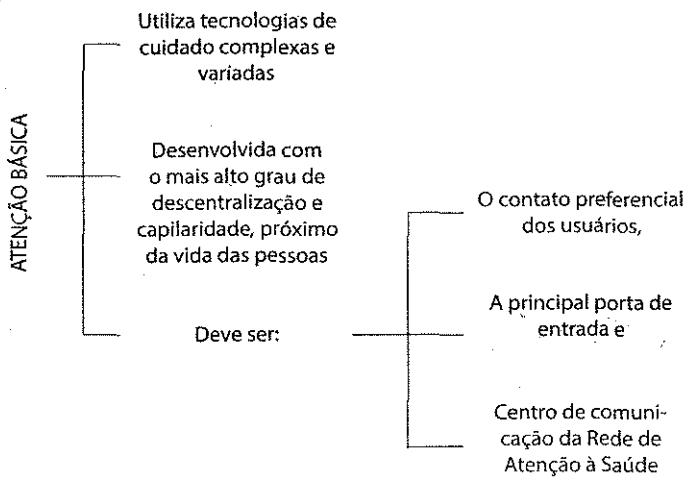
É desenvolvida com o mais alto grau de **descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas.**

Deve ser **o contato preferencial dos usuários**, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde.

COMENTÁRIO

O território é o espaço de atuação da atenção primária. As ações são executadas pelas equipes de Saúde da Família (ESF), equipes de agentes comunitários de saúde (ACS) em um espaço geograficamente definido – área de abrangência. Vale ressaltar que agir no território não é apenas a utilização de ruas e avenidas dentro de um mapa. **O território deve ser visto como um espaço vivo**, onde acontecem as relações interpessoais da população, onde encontramos os fatores determinantes e condicionantes para o adoecimento, percebemos a potencialidade e fragilidades da comunidade e indivíduos. Por esse motivo há necessidade de utilização de tecnologias complexas de trabalho – o trabalho com o ser em sua totalidade, a escuta, o acolher. Agregando conhecimentos científicos e posturas diferenciadas para cada caso. **Não é um espaço pobre para pobres e sim um local onde há vida e os usuários são corresponsáveis pelo seu cuidado. Além disso, há criação de vínculo.**

Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. **A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.**



1.1.2 - A Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes:

A. Ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir:

- O planejamento,
- A programação descentralizada e
- O desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais

⇨ Com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território sempre em consonância com o **princípio da equidade;**

COMENTÁRIO

Quanto mais próximo do problema, mais fácil a priorização e planejamento das ações. Observem que a Atenção Primária e as equipes que implementam as ações estão inseridas na própria comunidade. Adscrever o território ajuda na construção de vínculos, diagnóstico situacional, identificação dos problemas que causam maior impacto e resolutividade dentro do seu grau de atuação.

B. Possibilitar o **acesso universal e contínuo** a serviços de saúde de qualidade e resolutivos,
- Caracterizados como a **porta de entrada aberta e preferencial** da rede de atenção,
- Acolhendo os usuários e
- Promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde

O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que a unidade de saúde deva **receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços**, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua **função central** de:
- Acolher,
- Escutar e
- Oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda
- Se responsabilizar pela resposta, mesmo que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede.

A **proximidade** e a capacidade de:

- Planejamento,
- Vinculação
- Responsabilização e
- Resolutividade

⇨ São fundamentais para a efetivação da atenção básica como **contato e porta de entrada** preferencial da rede de atenção.

C. **Adscrever os usuários** e desenvolver **relações de vínculo e responsabilização** entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a **longitudinalidade do cuidado**.

COMENTÁRIO

Atente para os conceitos. Essa forma de fazer e agir da Atenção Básica fazem dela um espaço dinâmico, rico, acolhedor e resolutivo. Além disso, a grande tarefa de ordenar o sistema de saúde.

- **A adscrição dos usuários** é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado.
- **O vínculo**, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico.
- **A longitudinalidade do cuidado** pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção

de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado;

D. **Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber:**

- Integração de ações programáticas e demanda espontânea;
- Articulação das ações de promoção à saúde,
- Prevenção de agravos,
- Vigilância à saúde,
- Tratamento e reabilitação e
- Manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e a ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; **trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe**; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção

A presença de **diferentes formações profissionais,** assim como um **alto grau de articulação entre os profissionais** é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, **mas também tenha lugar um processo interdisciplinar** no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica; e

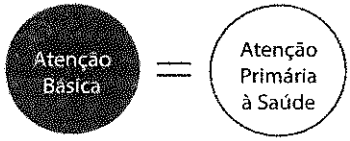
D. **Estimular a participação dos usuários** como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.

COMENTÁRIO

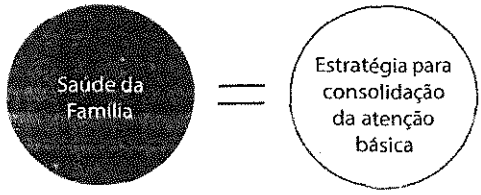
Vamos diferenciar trabalho multidisciplinar de trabalho interdisciplinar?

O trabalho multidisciplinar ou multiprofissional é a junção de pessoas com núcleos de atuação diferentes para exercer um trabalho em equipe – uma das condições para execução da atenção básica. **O trabalho interdisciplinar** é, além da junção desses indivíduos de núcleos diferentes, a otimização dos saberes de cada um, o respeito, a certeza que só há equipe com a união de conhecimentos, onde não existe "quem é o melhor". Dessa maneira a equipe interdisciplinar melhora o resultado do cuidado individual e coletivo no território.

A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária á Saúde, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associa a ambos os termos: os princípios e as diretrizes definidos neste documento.



A Política Nacional de Atenção Básica tem na **Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica**. A qualificação da **Estratégia de Saúde da Família** e de outras estratégias de organização da atenção básica deverão seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades loco regionais.



1.1.3 - Das funções na rede de atenção à saúde

Esta Portaria, conforme normatização vigente do SUS, define a organização de **Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população.**

COMENTÁRIO

As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos. Entre eles, destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde. O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que "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".

Neste sentido, **atenção básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, são elas:**

a. **Ser Base:** ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;
b. **Ser Resolutiva**: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo,

⇩

Por meio de uma **clínica ampliada** capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;

c. **Coordenar o cuidado:**
- Elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como
- Acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS.

COMENTÁRIO

O que são Projetos Terapêuticos?

"O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. No fundo é uma variação da discussão de "caso clínico". (MS, 2007)

Atuando como o **centro de comunicação** entre os diversos pontos de atenção, **responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários** em qualquer destes pontos através de uma relação:

- Horizontal,
- Contínua e
- Integrada

⇨ Com o objetivo de produzir a **gestão compartilhada** da atenção integral.

Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, é necessário incorporar **ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado,** tais como:

- Gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames),
- Prontuário eletrônico em rede,
- Protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado,
- Discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinela e incidentes críticos, dentre outros.

As práticas de **regulação** realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, **ao mesmo tempo**, a qualidade da micro regulação realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade; e

d. **Ordenar as redes:** reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

1.1.4 - Das responsabilidades

1.1.4.1 - São responsabilidades comuns a todas as esferas de governo:

a. Contribuir para a reorientação do modelo de atenção e de gestão com base nos fundamentos e diretrizes assinalados;
b. Apoiar e estimular a adoção da **estratégia Saúde da Família** pelos serviços municipais de saúde como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da atenção básica à saúde;
c. Garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, de acordo com suas responsabilidades;
d. Contribuir com o **financiamento tripartite** da Atenção Básica;

Financiamento da Atenção Básica

União Estados Municípios

e. Estabelecer, nos respectivos Planos de Saúde:
- Prioridades,
- Estratégias e
- Metas

Para a **organização** da Atenção

f. Desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de **qualificação da força de trabalho** para gestão e atenção à saúde, valorizar os profissionais de saúde estimulando e viabilizando:
- A formação e educação permanente dos profissionais das equipes,
- A garantia de direitos trabalhistas e previdenciários,
- A qualificação dos vínculos de trabalho e
- A implantação de carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados aos usuários;

g. Desenvolver, disponibilizar e implantar os sistemas de informações da Atenção Básica de acordo com suas responsabilidades;

COMENTÁRIO

Quais são os sistemas de informação da Atenção Básica?
Sistema de Informação Atenção Básica é um sistema (software), desenvolvido pelo DATASUS em 1998, cujo objetivo centra-se em agregar, armazenar e processar as informações relacionadas à Atenção Básica (AB) usando como estratégia central a Estratégia de Saúde da Família (ESF). O SIAB será substituído pelo SISAB -Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica. À partir do SISAB, outros sistemas com dados originados na atenção primária seriam alimentados automaticamente. Esse processo de mudança é decorrente da implantação do e-SUS da AB.

h. Planejar, apoiar, monitorar e avaliar a Atenção Básica;
i. Estabelecer mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da Atenção Básica, como parte do processo de planejamento e programação;
j. Divulgar as informações e os resultados alcançados pela atenção básica;
k. Promover o intercâmbio de experiências e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à Atenção Básica;
l. Viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não governamentais e do setor privado, para fortalecimento da Atenção Básica e da estratégia de Saúde da Família no País; e
m. Estimular a participação popular e o controle social

1.1.4.2 - Compete ao Ministério da Saúde:

a. Definir e rever periodicamente, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite, as **diretrizes** da Política Nacional de Atenção Básica;
b. Garantir **fontes de recursos federais** para compor o financiamento da Atenção Básica;
c. Prestar **apoio institucional**
   - Aos gestores dos estados
   - Ao Distrito Federal e
   - Aos municípios

   No processo de qualificação e de consolidação da Atenção Básica;

d. Definir, de forma tripartite, estratégias de articulação com as gestões estaduais e municipais do SUS
   - Com vistas à institucionalização da avaliação e qualificação da Atenção Básica;
e. Estabelecer, de forma tripartite, **diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos** e pedagógicos que facilitem o processo de gestão, de formação e educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica;
f. Articular com o Ministério da Educação estratégias **de indução às mudanças** curriculares nos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde
   - Visando à **formação de profissionais** e gestores com perfil adequado à Atenção Básica; e
g. Apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal,
   - para formação e garantia de **educação permanente** para os profissionais de saúde da Atenção Básica.

1.1.4.3 - Compete às secretarias estaduais de saúde e ao distrito federal:

a. Pactuar, com a Comissão Intergestores Bipartite, **estratégias, diretrizes e normas de implementação da Atenção Básica no Estado**, de forma complementar às estratégias, diretrizes e normas existentes, desde que não haja restrições destas e que sejam respeitados as diretrizes e os princípios gerais regulamentados nesta Portaria;
b. Destinar **recursos estaduais** para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica prevendo, entre outras, formas de repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços
c. Ser coorresponsável, pelo **monitoramento da utilização dos recursos federais** da Atenção Básica transferidos aos municípios;
d. Submeter à CIB, para resolução **acerca das irregularidades** constatadas na execução dos recursos do Bloco de Atenção Básica, conforme regulamentação nacional, visando:

   A. Aprazamento para que o gestor municipal corrija as irregularidades;

   B. Comunicação ao Ministério da Saúde

   C. Bloqueio do repasse de recursos ou demais providências, conforme regulamentação nacional, consideradas necessárias e devidamente oficializadas pela CIB;

e. Analisar os **dados de interesse estadual**, gerados pelos sistemas de informação,
   - Utilizá-los no planejamento e
   - Divulgar os resultados obtidos;
f. Verificar a **qualidade e a consistência dos dados enviados pelos municípios** por meio dos sistemas informatizados,
   - Retornando informações aos gestores municipais;
g. Consolidar, analisar e transferir para o Ministério da Saúde os **arquivos dos sistemas de informação enviados pelos municípios**
   - De acordo com os fluxos e prazos estabelecidos para cada sistema;
h. Prestar **apoio institucional** aos municípios no processo de:
   - implantação, acompanhamento, e qualificação da Atenção Básica e
   - de ampliação e consolidação da estratégia Saúde da Família;
i. Definir **estratégias de articulação** com as gestões municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica;

j. Disponibilizar aos municípios **instrumentos técnicos e pedagógicos** que facilitem o processo de formação e **educação permanente** dos membros das equipes de gestão e de atenção à saúde;
k. Articular instituições, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde:
   - a. das equipes de Atenção Básica e
   - b. das equipes de Saúde da Família; e
l. Promover o intercâmbio de **experiências** entre os diversos municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria dos serviços da Atenção Básica.

1.1.4.4 - Compete às secretarias municipais de saúde e ao distrito federal:

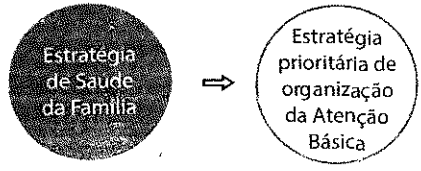
a. Pactuar, com a Comissão Intergestores Bipartite, através do COSEMS:
   - Estratégias
   - Diretrizes e
   - Normas

   de implementação da Atenção Básica no Estado

   ⇩

   Mantidos as **diretrizes e os princípios** gerais regulamentados nesta Portaria;

b. Destinar **recursos municipais** para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica;
c. Ser **cooresponsável,** junto ao Ministério da Saúde, e Secretaria Estadual de Saúde **pelo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica** transferidos aos municípios;
d. Inserir a **estratégia de Saúde da Família** em sua rede de serviços como estratégia prioritária de organização da Atenção Básica;



e. Organizar, executar e gerenciar os **serviços e ações de Atenção Básica,**
   - de forma universal,
   - dentro do seu território,
   - incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União;
f. Prestar **apoio institucional** às equipes e serviços no processo de:
   - implantação, acompanhamento, e qualificação da **Atenção Básica** e de
   - ampliação e consolidação da estratégia **Saúde da Família;**
g. Definir **estratégias de institucionalização da avaliação da Atenção Básica;**
h. Desenvolver ações e articular instituições para formação e garantia de **educação permanente** aos profissionais de saúde das equipes de Atenção Básica e das equipes de Saúde da Família;
i. **Selecionar, contratar e remunerar** os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica,
   - em conformidade com a legislação vigente;
j. Garantir a **estrutura física necessária para:**
   - O funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para
   - A execução do conjunto de ações propostas,

   Podendo contar com apoio técnico e/ou financeiro das Secretarias de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde

k. Garantir

- Recursos materiais
- Equipamentos e
- Insumos suficientes

  → para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e

  → para a execução do conjunto de ações propostas

l. Programar as **ações da Atenção Básica**:
   - A partir de sua base territorial e
   - De acordo com as necessidades de saúde das pessoas,
   - Utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local;

m. Alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos **dados alimentados nos sistemas nacionais de informação** a serem enviados às outras esferas de gestão, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos;

n. **Organizar o fluxo de usuários**,
   - Visando à garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica e
   - De acordo com as necessidades de saúde dos usuários;

o. Manter **atualizado** o cadastro no sistema de **Cadastro Nacional** vigente,
   - dos profissionais,
   - de serviços e
   - de estabelecimentos ambulatoriais, públicos e privados, sob sua gestão; e

p. Assegurar o cumprimento da **carga horária integral** de todos os **profissionais que compõem as equipes de atenção básica**,
   - De acordo com as jornadas de trabalho especificadas no SCNES e
   - A modalidade de atenção.

1.1.5 - Da infraestrutura e funcionamento da Atenção Básica

São necessárias à realização das ações de **Atenção Básica** nos municípios e Distrito Federal:

⇩

1. **Unidades Básicas De Saúde (UBS)**

- Construídas de acordo com as normas sanitárias e
- Tendo como referência o manual de infra estrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS MS

Unidades Básicas de Saúde

a. Devem estar cadastradas no **sistema de Cadastro Nacional** vigente de acordo com as normas vigentes;

b. Recomenda-se que as UBS **disponibilizem**, conforme orientações e especificações do manual de infra estrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/ MS:

1

- Consultório médico/enfermagem,
- Consultório odontológico
- Consultório com sanitário,

- Sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea,
- Sala de administração e gerência e
- Sala de atividades coletivas para os profissionais da Atenção Básica;

2

- área de recepção,
- local para arquivos e registros,
- sala de procedimentos,
- sala de vacinas,
- área de dispensação de medicamentos e
- sala de armazenagem de medicamentos (quando há dispensação na UBS),
- sala de inalação coletiva,
- sala de procedimentos,
- sala de coleta,
- sala de curativos,
- sala de observação,
- entre outros:

As **Unidades Básicas de Saúde Fluviais** deverão cumprir os seguintes requisitos específicos:

Quanto à estrutura física mínima, devem dispor de:
- consultório médico;
- consultório de enfermagem;
- ambiente para armazenamento e dispensação de medicamentos;
- laboratório;
- sala de vacina;
- banheiro público;
- banheiro exclusivo para os funcionários;
- expurgo;
- cabines com leitos em número suficiente para toda a equipe;
- cozinha;
- sala de procedimentos; e,
- se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo;

c. Devem possuir **identificação segundo padrões visuais do SUS e da Atenção Básica** pactuados nacionalmente;
d. Recomenda-se que estas possuam **conselhos/colegiados**, constituídos de:

Gestores Locais | Profissionais de Saúde | Usuários

→ viabilizando a participação social na gestão da Unidade Básica de Saúde;

Além das Unidades Básicas de Saúde, são necessárias à realização das ações de **Atenção Básica** nos municípios e Distrito Federal, ainda:

1. **Manutenção regular da infraestrutura** e dos equipamentos das Unidades Básicas de Saúde;
2. Existência e **manutenção regular de estoque dos insumos** necessários para o funcionamento das unidades básicas de saúde,
   - Incluindo **dispensação de medicamentos** pactuados nacionalmente quando esta dispensação está prevista para serem realizadas naquela UBS;
3. **Equipes Multiprofissionais** compostas, conforme modalidade das equipes, por:

Médicos	Enfermeiros	Cirurgiões Dentistas
Auxiliar ou Técnico em Saúde Bucal	Auxiliar ou Técnico de Enfermagem	Agentes Comunitários de Saúde

→ Dentre outros profissionais em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população

5. **Cadastro atualizado dos profissionais** que compõem a equipe de atenção básica no sistema de Cadastro Nacional vigente de acordo com as normas vigentes e com as cargas horárias de trabalho informadas e exigidas para cada modalidade;
6. Garantia, pela gestão municipal, de acesso ao **apoio diagnóstico e laboratorial** necessário ao cuidado resolutivo da população; e
7. Garantia, pela gestão municipal, dos **fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde:**

   - Entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas
   - Integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão

⇩

Para garantir a integralidade do cuidado

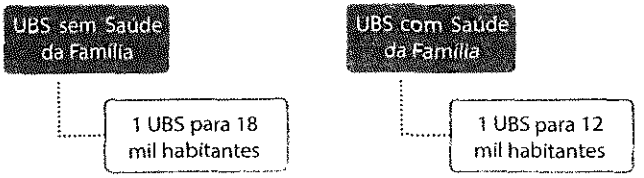
- Com o intuito de facilitar os **princípios:**

  - do acesso
  - do vínculo,
  - da continuidade do cuidado e
  - da responsabilidade sanitária e

⇩

- Reconhecendo que existem **diversas realidades sócioepidemiológicas**, diferentes necessidades de saúde e distintas maneiras de organização das UBS, recomenda-se:

I - para Unidade Básica de Saúde (UBS) **sem Saúde da Família** em grandes centros urbanos, o parâmetro de **uma UBS** para no máximo **18 mil habitantes,** localizada dentro do território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica; e
II - para UBS **com Saúde da Família** em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de **uma UBS** para no máximo **12 mil habitantes**, localizada dentro do território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica.



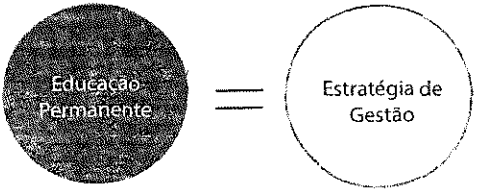
1.1.6 - Educação permanente das equipes de Atenção Básica

A consolidação e o aprimoramento da Atenção Básica como importante reorientadora do modelo de atenção à saúde no Brasil **requer um saber e um fazer em educação permanente** que sejam encarnados na prática concreta dos serviços de saúde. A educação permanente deve ser constitutiva, portanto, da **qualificação das práticas** de:

- cuidado,
- gestão e
- participação popular.

O redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de **transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho** das equipes exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho.

Nesse sentido, a **educação permanente**, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante "**estratégia de gestão**", com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolitica, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá "no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho".



A Educação Permanente deve embasar-se num **processo pedagógico** que contemple **desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho,** envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa).

Outro pressuposto importante da educação permanente é o **planejamento/programação educativa ascendente**, em que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde.

A vinculação dos processos de educação permanente à estratégia de apoio institucional pode potencializar enormemente o desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na Atenção Básica, na medida em que aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano. Nessa mesma linha é importante diversificar este

repertório de ações incorporando dispositivos de apoio e cooperação horizontal, tais como trocas de experiências e discussão de situações entre trabalhadores, comunidades de práticas, grupos de estudos, momentos de apoio matricial, visitas e estudos sistemáticos de experiências inovadoras etc.

Por fim, reconhecendo o **caráter e iniciativa ascendente da educação** permanente, é central que cada equipe, cada unidade de saúde e cada município de mandem, proponha e desenvolva **ações de educação permanente** tentando combinar:

- necessidades e possibilidades singulares com
- ofertas e processos mais gerais de uma política proposta para todas as equipes e para todo o município.

É importante sintonizar e mediar as ofertas de educação permanente pré-formatadas (cursos, por exemplo) com o momento e contexto das equipes, para que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade.

De modo análogo é importante a **articulação e apoio dos governos estaduais e federal aos municípios,** buscando responder suas necessidades e fortalecer suas iniciativas. A referência é mais de apoio, cooperação, qualificação e oferta de diversas iniciativas para diferentes contextos que a tentativa de regular, formatar e simplificar a diversidade de iniciativas.

1.1.7 - Do processo de trabalho das equipes de atenção básica

São características do processo de trabalho **das equipes** de Atenção Básica:

1. **Definição do território de atuação** e de população sob responsabilidade das UBS e das equipes;
2. Programação e implementação das **atividades de atenção à saúde** de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de **intervenções clínicas e sanitárias** nos problemas de saúde segundo critérios de:
   - frequência,
   - risco,
   - vulnerabilidade e
   - resiliência.

Inclui-se aqui o **planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais** e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de:

- Problemas de saúde,
- ciclos de vida,
- sexo e
- patologias

— Dificultando o acesso dos usuários

3. Desenvolver ações que **priorizem:**
   - os grupos de risco e
   - os fatores de risco
     - clínico-comportamentais
     - alimentares e/ou
     - ambientais

— Com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de **doenças e danos evitáveis**

4. Realizar o **acolhimento** com:
   - escuta qualificada,
   - classificação de risco,
   - avaliação de necessidade de saúde e
   - análise de vulnerabilidade

— Tendo em vista a **responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências**

5. Prover atenção:
- Integral
- Contínua e
- Organizada

à população adscrita

6. Realizar **atenção à saúde**:
- na Unidade Básica de Saúde,
- no domicílio,
- em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças etc.) e
- outros espaços que comportem a ação planejada;

7. Desenvolver **ações educativas** que possam interferir
- no processo de saúde-doença da população,
- no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e
- na busca por qualidade de vida pelos usuários;

8. Implementar **diretrizes de qualificação dos modelos de atenção** e gestão, tais como:
- a participação coletiva nos processos de gestão,
- a valorização, fomento à autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde,
- o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado,
- a constituição de vínculos solidários,
- a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas,
- entre outras;

9. Participar do:
- Planejamento local de saúde, assim como
- Do monitoramento e a avaliação das ações na sua equipe, unidade e município

→ visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento frente às necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas;

10. Desenvolver **ações intersetoriais**, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;

11. Apoiar as estratégias de:
- fortalecimento da gestão local e
- do controle social e

12. Realizar **atenção domiciliar** destinada a usuários

Que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde

→ E realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos

1.1.7 - Das atribuições dos membros das equipes de Atenção Básica

As atribuições de cada um dos profissionais das equipes de atenção básica devem seguir as **referidas disposições legais** que regulamentam o exercício de cada uma das profissões.

São **atribuições comuns** a todos os profissionais:

1. Participar do processo **de territorialização e mapeamento** da área de atuação da equipe, identificando:
   - grupos,
   - famílias e
   - indivíduos; — Expostos a riscos e vulnerabilidades

2. Manter atualizado o **cadastramento das famílias** e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os **dados para a análise da situação de saúde** considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, **priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;**

3. Realizar o **cuidado da saúde da população adscrita**:
   - prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e
   - quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

4. Realizar ações de **atenção à saúde**:
   - conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

5. Garantir a atenção à saúde **buscando a integralidade** por meio da realização de ações de:
   - **promoção, proteção e recuperação** da saúde e prevenção de agravos; e
   - da garantia de atendimento da demanda espontânea,
   - da realização das ações programáticas, coletivas e
   - de vigilância à saúde;

6. participar do **acolhimento dos usuários** realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a **primeira avaliação** (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e **identificação das necessidades de intervenções de cuidado,**

   - Proporcionando atendimento humanizado,
   - Se responsabilizando pela continuidade da atenção e
   - Viabilizando o estabelecimento do vínculo;

7. Realizar **busca ativa** e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

8. Responsabilizar-se pela população adscrita:
   - Mantendo a **coordenação do cuidado** mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

9. praticar **cuidado familiar** e dirigido a coletividades e grupos sociais
   - que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença:
     - dos indivíduos,
     - das famílias,
     - coletividades e
     - da própria comunidade;

10. Realizar **reuniões de equipes** a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

11. Acompanhar e avaliar sistematicamente as **ações implementadas**,
    - visando à readequação do processo de trabalho;

12. Garantir a **qualidade do registro das atividades** nos sistemas de informação na Atenção Básica;

13. Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, **integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;**

14. Realizar ações de **educação em saúde** à população adstrita, conforme planejamento da equipe;

15. Participar das atividades de **educação permanente**;

16. Promover a mobilização e a **participação da comunidade**,
    - Buscando efetivar o CONTROLE SOCIAL;

17. Identificar **parceiros e recursos** na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; e

18. Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

Outras atribuições específicas dos profissionais da Atenção Básica poderão constar de normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas.

1.1.8 - Das atribuições específicas

1.1.8.1 - Do enfermeiro:

1. Realizar **atenção à saúde** aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

2. Realizar **consulta de enfermagem**, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;

3. Realizar **atividades programadas** e de **atenção à demanda espontânea**;

4. Planejar, gerenciar e avaliar as **ações desenvolvidas pelos ACS** em conjunto com os outros membros da equipe;

5. Contribuir, participar, e realizar **atividades de educação permanente** da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e

6. Participar do **gerenciamento dos insumos** necessários para o adequado funcionamento da UBS.

1.1.8.2 - Do auxiliar e do técnico de enfermagem:

1. Participar das **atividades de atenção** realizando **procedimentos regulamentados** no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);

2. Realizar **atividades programadas** e de **atenção à demanda espontânea;**

3. Realizar ações de **educação em saúde à população adstrita**, conforme planejamento da equipe;

4. Participar do **gerenciamento dos insumos** necessários para o adequado funcionamento da UBS; e

5. Contribuir, participar e realizar atividades de **educação permanente**.

1.1.8.3 - Do médico:

1. Realizar **atenção à saúde** aos indivíduos sob sua responsabilidade;

2. Realizar:
   - Consultas clínicas,
   - Pequenos procedimentos cirúrgicos,
   - Atividades em grupo na UBS e,
   - Quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);

3. Realizar **atividades programadas** e de **atenção à demanda espontânea**;

4. **Encaminhar**, quando necessário, **usuários a outros pontos de atenção,**
   - Respeitando fluxos locais,
   - Mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário;

5. **Indicar**, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, **a necessidade de internação hospitalar** ou domiciliar,
   - Mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;

6. Contribuir, realizar e participar das atividades de **Educação Permanente** de todos os membros da equipe; e

7. Participar do **gerenciamento dos insumos** necessários para o adequado funcionamento da USB.

1.1.8.4 - Do agente comunitário de saúde:

1. Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

2. **Cadastrar todas as pessoas** de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

3. **Orientar as famílias** quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis

4. Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

5. Acompanhar, por meio de **visita domiciliar,** todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade.
   - As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que **famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes**, mantendo como referência a média de 1 (uma) visita/família/mês;

6. Desenvolver ações que busquem a **integração entre a equipe de saúde e a população adscrita** à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

7. Desenvolver atividades de:

   - Promoção da saúde
   - de prevenção das doenças e agravos e
   - de vigilância à saúde

   → Por meio de **visitas domiciliares** e de **ações educativas** individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, como por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, **mantendo a equipe informada**, principalmente a respeito das situações de risco; e

8. Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com **problemas de saúde**, bem como ao **acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família** ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe.

É permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.

1.1.8.5 - Do cirurgião-dentista:

1. Realizar **diagnóstico** com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;

2. Realizar a **atenção à saúde em saúde bucal** (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a:
   - Todas as famílias,
   - A indivíduos e
   - A grupos específicos

   → Com resolubilidade → de acordo com planejamento da equipe

3. Realizar os **procedimentos clínicos** da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo:
   - Atendimento das urgências,
   - Pequenas cirurgias ambulatoriais e
   - Procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares;

4. Realizar **atividades programadas** e de atenção à **demanda espontânea**;

5. Coordenar e participar de **ações coletivas** voltadas à **promoção da saúde** e à **prevenção de doenças bucais**;

6. Acompanhar, apoiar e desenvolver **atividades referentes à saúde bucal** com os demais membros da equipe,
   - Buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

7. Realizar **supervisão técnica** do Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB); e

8. Participar do **gerenciamento dos insumos** necessários para o adequado funcionamento da UBS.

1.1.8.6 - Do técnico em saúde bucal (TSB):

1. Realizar a atenção em **saúde bucal** individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos,
   - Segundo programação e
   - De acordo com suas competências técnicas e legais;

2. Coordenar a **manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos**;

3. Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à **saúde bucal** com os demais membros da equipe,
   - Buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

4. **Apoiar as atividades** dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;

5. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;

6. Participar do **treinamento e capacitação de Auxiliar em Saúde Bucal** e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;

7. Participar das **ações educativas** atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;

8. Participar na realização de **levantamentos e estudos epidemiológicos,** exceto na categoria de examinador;

9. Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

10. Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

11. Fazer a **remoção do biofilme**, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;

12. **Realizar fotografias e tomadas de uso odontológicos** exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;

13. **Inserir e distribuir no preparo cavitário** materiais odontológicos na restauração dentária direta, vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;

14. Proceder à **limpeza e à anti-sepsia do campo operatório**, antes e após atos cirúrgicos, inclusive em ambientes hospitalares; e

15. Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos.

1.1.8.7 - Do auxiliar em saúde bucal (ASB):

1. Realizar ações de **promoção e prevenção em saúde bucal** para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;

2. Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

3. Executar **limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização** do instrumental, equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

4. **Auxiliar e instrumentar** os profissionais nas intervenções clínicas;

5. Realizar o **acolhimento do paciente** nos serviços de saúde bucal;

6. Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de Saúde de Forma multidisciplinar;

7. Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

8. Processar filme radiográfico;

9. Selecionar moldeiras;

10. Preparar modelos em gesso;

11. Manipular materiais de uso odontológico; e

12. Participar na realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador.

1.1.9 - Especificidades da estratégia de Saúde da Família.

A estratégia de Saúde da Família visa à **reorganização da Atenção Básica** no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo CONASS e CONASEMS, como **estratégia de expansão, qualificação e consolidação** da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

1.1.10 - Especificidades da equipe de Saúde da Família

São itens necessários à estratégia Saúde da Família:

1. Existência de **equipe multiprofissional** (equipe Saúde da Família) composta por, no mínimo:

Médico
- Generalista ou
- Especialista em Saúde da Família
- Médico de família e comunidade

Enfermeiro
- Generalista ou
- Especialista em Saúde da Família

Auxiliar ou técnico de enfermagem

Agentes comunitários de saúde

⇩

E podendo **acrescentar** à esta composição, como **parte da equipe multiprofissional**, os **profissionais de saúde bucal:**

⇩

Cirurgião Dentista
- Generalista ou
- Especialista em Saúde da Família

Auxiliar e/ou técnico em saúde bucal

2. **O número de ACS**: deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de:

750 Pessoas - por ACS

12 ACS - por Equipe de Saúde da Família

→ Não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe

3. Cada equipe de saúde da família deve ser responsável por:
   - No máximo → 4.000 Pessoas
   - Sendo a média recomendada de → 3.000 Pessoas
     - Respeitando critérios de equidade para esta definição

Recomenda-se que o **número de pessoas por equipe** considere **o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território**, sendo **que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe**;

⇧ Grau de Vulnerabilidade ⇩ Quantidade de pessoas por equipe

4. Cadastramento de cada profissional de saúde em **apenas 01 (uma) ESF,**
   - EXCEÇÃO feita somente ao profissional médico que poderá atuar em no **máximo 02 (duas) ESF** e com carga horária total de 40 (quarenta) horas semanais; e

4. **Carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de Saúde da Família**, à exceção dos profissionais médicos, cuja jornada é descrita no próximo inciso.

A jornada de 40 (quarenta) horas deve observar a necessidade de:
- Dedicação mínima de 32 (trinta e duas) horas da carga horária para atividades na equipe de Saúde da Família
- Podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até 08 (oito) horas do total da carga horária para:
  - Prestação de serviços na rede de urgência do município ou p
  - Para atividades de especialização em Saúde da Família,
  - Residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade,
  - Bem como atividades de educação permanente e apoio matricial.

Serão admitidas também, além da inserção integral (40h), as seguintes **modalidades de inserção dos profissionais médicos** generalistas ou especialistas em Saúde da Família ou médicos de família e comunidade nas Equipes de Saúde da Família, com as respectivas equivalências de incentivo federal:

a. **2 (dois) médicos** integrados a uma única equipe em uma mesma UBS, cumprindo individualmente carga horária semanal de **30 horas** (equivalente a 01 (um) médico com jornada de 40 horas semanais), com repasse integral do incentivo financeiro referente a UMA equipe de saúde da família;
b. 3 (três) médicos integrados a uma equipe em uma mesma UBS, cumprindo individualmente carga horária semanal de **30 horas** (equivalente a 02 (dois) médicos com jornada de 40 horas, de duas equipes), com repasse integral do incentivo financeiro referente a DUAS equipes de saúde da família;
c. **4 (quatro) médicos** integrados a uma equipe em uma mesma UBS, com carga horária semanal de **30 horas** (equivalente a 03 (três) médicos com jornada de 40 horas semanais, de três equipes), com repasse integral do incentivo financeiro referente a TRÊS equipes de saúde da família;
d. **2 (dois) médicos** integrados a uma equipe, cumprindo individualmente jornada de **20 horas semanais,** e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse mensal equivalente a 85% **do incentivo financeiro referente a** UMA equipe de saúde da família; e
e. 1 (um) médico cumprindo jornada de 20 horas semanais e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse mensal equivalente a 60% do incentivo financeiro referente a UMA equipe de saúde da família.

Tendo em vista a presença do médico em horário parcial, o gestor municipal deve organizar:

- Os protocolos de atuação da equipe
- Os fluxos e
- A retaguarda assistencial

} Para atender à esta especificidade

Além disso, é recomendável que o **número de usuários por equipe** seja próximo de **2,5 mil pessoas**. As equipes com esta configuração são denominadas **equipes transitórias**, pois, ainda que não tenham tempo mínimo estabelecido de permanência neste formato, é desejável que o gestor, tão logo tenha condições, transite para um dos formatos anteriores que prevêem horas de médico disponíveis durante todo o tempo de funcionamento da equipe.

A quantidade de **equipes de Saúde da Família** na modalidade **transitória** ficará condicionada aos seguintes critérios:

a. Município com até 20 mil habitantes e contando com 01 (uma) a 03 (duas) equipes de Saúde da Família, poderá ter até 2 (duas) equipes na modalidade transitória;

b. Município com até 20 mil habitantes e com mais de 03 (três) equipes poderá ter até 50% das equipes de Saúde da Família na modalidade transitória;

c. Municípios com população entre 20 e 50 mil habitantes poderá ter até 30% (trinta por cento) das equipes de Saúde da Família na modalidade transitória;

d. Município com população entre 50 e 100 mil habitantes poderá ter até 20% (vinte por cento) das equipes de Saúde da Família na modalidade transitória; e

e. Município com população acima de 100 mil habitantes poderá ter até 10% (dez por cento) das equipes de Saúde da Família na modalidade transitória.

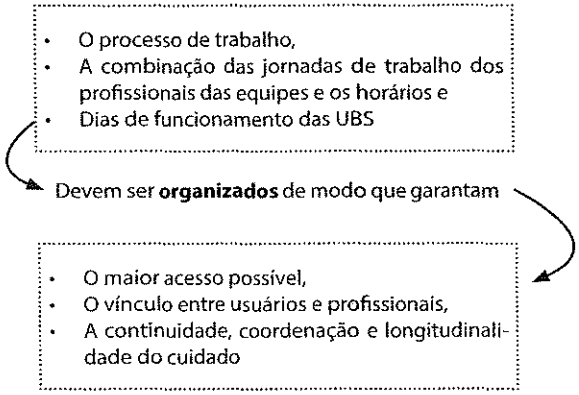
Em todas as possibilidades de inserção do profissional médico descritas acima, considerando a importância de manutenção do vínculo e da longitudinalidade do cuidado, este profissional deverá ter usuários adscritos de modo que cada usuário seja obrigatoriamente acompanhando por:

- 1 (um) ACS (Agente Comunitário de Saúde),
- 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem,
- 01 (um) enfermeiro e
- 01 (um) médico e
- preferencialmente por 1 (um) cirurgião-dentista, 1 (um) auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal,

→ sem que a carga horária diferente de trabalho comprometa o cuidado e/ou processo de trabalho da equipe.

Todas as equipes deverão ter **responsabilidade sanitária por um território de referência**, sendo que nos casos previstos nos itens b e c, poderão ser constituídas equipes com número de profissionais e população adscrita equivalentes a **2 (duas) e 3 (três) equipes de saúde da família**, respectivamente.

As equipes de saúde da família devem estar **devidamente cadastradas no sistema de cadastro nacional** vigente de acordo com conformação e modalidade de inserção do profissional médico.



1.1.11- Especificidades dos profissionais de Saúde Bucal das equipes de Saúde da Família

Os profissionais de saúde bucal que compõem as equipes de Saúde da Família podem se organizar nas seguintes modalidades:

1. Cirurgião dentista generalista ou especialista em Saúde da Família e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB); e **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.012 de 26.12.2012).**
2. Cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou outro técnico em saúde bucal (TSB). **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.012 de 26.12.2012).**

Os profissionais das modalidades 1 ou 2 podem desenvolver parte de suas atividades em **Unidade Odontológica Móvel (UOM).** (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.012 de 26.12.2012).

Independente da modalidade adotada, recomenda-se que os profissionais de Saúde Bucal, estejam vinculados a uma ESF e compartilhem a gestão e o processo de trabalho da equipe tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território que a ESF à qual integra, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes.

Cada Equipe de Saúde de Família que for implantada com os profissionais de saúde bucal ou quando se introduzir pela primeira vez os profissionais de saúde bucal numa equipe já implantada, modalidade 1 ou 2, **o gestor receberá do Ministério da Saúde** os equipamentos odontológicos, através de doação direta ou o repasse de recursos necessários para adquiri-los (equipo odontológico completo).

1.1.12 - Especificidades da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde

É prevista a implantação da **estratégia de agentes comunitários de saúde** nas Unidades Básicas de Saúde como uma possibilidade para a **reorganização INICIAL** da Atenção Básica com vistas à implantação gradual da estratégia de Saúde da Família ou como uma forma de agregar os agentes comunitários à outras maneiras de organização da atenção básica.

São itens necessários à implantação desta estratégia:

1. A existência de uma Unidade Básica de Saúde, inscrita no sistema de Cadastro Nacional vigente que passa a ser a UBS de referência para a equipe de agentes comunitários de saúde;
2. A existência de **um enfermeiro** para até **no máximo 12 ACS e no mínimo 04**, constituindo assim uma equipe de Agentes Comunitários de Saúde; e
3. O cumprimento da carga horária integral de 40 horas semanais por toda a equipe de agentes comunitários, composta por ACS e enfermeiro supervisor.

Fica garantido o **financiamento** das equipes de agentes comunitários de saúde já credenciadas em data anterior a esta portaria que não estão adequadas ao parâmetro de 01 enfermeiro para no máximo 12 ACS, porém extinta a possibilidade de implantação de novas equipes com esta configuração a partir da publicação desta Portaria.

Cada ACS deve realizar as ações previstas nesta portaria e ter uma microárea sob sua responsabilidade, **cuja população não ultrapasse 750 pessoas.**

O **enfermeiro** da Estratégia Agentes Comunitários de Saúde, além das atribuições de atenção à saúde e de gestão, comuns a qualquer enfermeiro da atenção básica descritas nesta portaria, a atribuição de planejar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, comum aos enfermeiros da estratégia de saúde da família, e deve ainda facilitar a relação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde e os ACS contribuindo para a organização da Atenção à Saúde, qualificação do acesso, acolhimento, vínculo, longitudinalidade do cuidado e orientação da atuação da equipe da UBS em função das prioridades definidas equanimemente conforme critérios de necessidade de saúde, vulnerabilidade, risco, entre outros.

1.1.13 - Equipes de atenção básica para populações específicas

Equipes do consultório na rua

A **responsabilidade** pela Atenção à Saúde da população de rua, como de qualquer outro cidadão, é de **todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde, com destaque** especial para a atenção básica.

Em situações específicas, com o objetivo de ampliar o acesso destes usuários à rede de atenção e ofertar de maneira mais oportuna a atenção integral à saúde, pode-se lançar mão das **equipes dos consultórios na rua**

Equipes dos consultórios na rua

↓

- São equipes da atenção básica
- Compostas por profissionais de saúde
- Com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua

As equipes deverão realizar suas atividades de forma itinerante, **desenvolvendo ações:**

- Na **Rua**
- Em **instalações específicas**
- Na **unidade móvel** e também
- Nas instalaçoes de Unidades Básicas de Saúde do território onde está atuando

Sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes:
- De atenção básica do território (UBS e NASF), e
- Dos Centros de Atenção Psicossocial,
- Da Rede de Urgência e
- Dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social
- Entre outras instituições públicas e da sociedade civil.

As equipes dos Consultórios na Rua deverão cumprir a **carga horária mínima semanal de 30 horas.** Porém seu horário de funcionamento deverá ser adequado às demandas das pessoas em situação de rua, **podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno em todos os dias da semana.**

As equipes **dos Consultórios na Rua** podem estar **vinculadas aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família** e, respeitando os limites para vinculação, cada equipe será considerada como uma equipe de saúde da família para vinculação ao NASF.

Em Municípios ou áreas que **não** tenham consultórios na rua, o cuidado integral das pessoas em situação de rua deve seguir sendo de **responsabilidade das equipes de atenção básica**, incluindo os profissionais de saúde bucal e os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) do território onde estas pessoas estão concentradas.

Para cálculo do **teto das equipes dos consultórios na rua** de cada município, serão tomados como base os dados dos **censos populacionais relacionados à população em situação de rua** realizados por órgãos oficiais e reconhecidos pelo Ministério da Saúde.

Caso seja necessário o **transporte da equipe** para a realização do cuidado *in loco*, nos sítios de atenção da população sem domicílio, o gestor poderá fazer a opção de agregar ao incentivo financeiro mensal o componente de custeio da **Unidade Móvel**. O gestor local que fizer esta opção deverá viabilizar **veículo de transporte** com capacidade de transportar os profissionais da equipe, equipamentos, materiais e insumos necessários para a realização das atividades propostas, além de permitir que alguns procedimentos possam ser realizados no seu interior. Esta Unidade Móvel deverá estar adequada aos requisitos pactuados e definidos nacionalmente, incluindo o padrão de identificação visual.

O Ministério da Saúde publicará Portaria Específica e Manual Técnico disciplinando:
- composição das equipes,
- valor do incentivo financeiro,
- diretrizes de funcionamento,
- monitoramento e acompanhamento das equipes de consultório na rua,
- entre outras disposições.

Equipes de Saúde da Família para o atendimento da população ribeirinha da amazônia legal e pantanal matogrossense do sul

Considerando as **especificidades locais**, os municípios da Amazônia Legal e Mato Grosso do Sul podem optar entre **dois arranjos** organizacionais para equipes Saúde da Família, além dos existentes para o restante do país:

Equipe de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR):

equipes que desempenham a maior parte de suas funções em unidades básicas de saúde construídas/localizadas nas comunidades pertencentes à área adscrita e cujo acesso se dá por meio fluvial; e

Equipe de Saúde da Família Fluviais (ESFF):

equipes que desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF).

As **Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e Fluviais** deverão ser compostas, durante todo o período de atendimento à população por, no mínimo:

(01) Médico
- Generalista ou especialista em Saúde da Família, ou médico de família e comunidade,

(01) Enfermeiro
- Generalista ou especialista em Saúde da Família;

(1) Técnico ou auxiliar de enfermagem

de seis (06) a doze (12) Agentes comunitários de saúde.

As equipes de Saúde da Família Ribeirinhas devem contar ainda com um (01) **microscopista,** nas regiões endêmicas.

As equipes de Saúde da Família Fluviais devem contar ainda com um (01) **técnico de laboratório e/ou bioquímico.** Estas equipes poderão incluir na composição mínima os **profissionais de saúde bucal**:
- Um (1) cirurgião dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, e
- Um (01) Técnico ou Auxiliar em Saúde Bucal, conforme modalidades 1 e 2 descritas anteriormente.

As Equipes de **Saúde da Família Ribeirinha** deverão prestar atendimento à população por, no mínimo, 14 dias mensais (carga horária equivalente à 8h/dia) e 2 dias para:
- Atividades de educação permanente,
- Registro da produção e
- Planejamento das ações.

Os Agentes Comunitários de Saúde deverão:

- Cumprir 40h/semanais de trabalho e
- Residir na área de atuação

→ É recomendável as mesmas condições para os auxiliares e técnicos de enfermagem e saúde bucal

As Unidades básicas de saúde fluviais (UBSF) devem:

1. Funcionar, no mínimo, **20 dias/mês,** com pelo menos uma equipe de saúde da família fluvial. O tempo de funcionamento destas unidades deve compreender:
   - O deslocamento fluvial até as comunidades e
   - O atendimento direto à população ribeirinha.

Em uma UBSF pode **atuar mais de uma ESFF** a fim de:
- Compartilhar o atendimento da população e dividir e
- Reduzir o tempo de navegação de cada equipe.

O gestor municipal deve **prever tempo em solo**, na sede do município, para que as equipes possam fazer atividades de:

- Planejamento e
- Educação permanente junto com outros profissionais e equipes.

Os Agentes Comunitários de Saúde deverão:

- Cumprir 40h/semanais de trabalho e
- Residir na área de atuação

→ É recomendável as mesmas condições para os auxiliares e técnicos de enfermagem e saúde bucal

2. Nas situações nas quais for demonstrada a **impossibilidade de funcionamento** da Unidade Básica de Saúde Fluvial pelo mínimo de 20 dias devido às características e dimensões do território, deverá ser construída **justificativa e proposição alternativa de funcionamento**, aprovada na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite e encaminhada ao Ministério da Saúde para avaliação e parecer redefinindo tempo mínimo de funcionamento e adequação do financiamento, se for o caso;
3. Adotar **circuito de deslocamento** que garanta o atendimento a todas as comunidades assistidas, **ao menos até 60 (sessenta) dias**, para assegurar a execução das ações de Atenção Básica pelas equipes visando minimamente:

Continuidade de pré-natal	Puericultura	e cuidado continuado de usuários com condições crônicas

4. **Delimitar área de atuação com população adscrita**, acompanhada por Agentes Comunitários de Saúde, compatível com sua capacidade de atuação e considerando a alínea 2;
5. As equipes que trabalharão nas UBSF deverão **garantir as informações referentes à sua área de abrangência**. No caso de prestar serviços em mais de um município, cada município deverá garantir a alimentação das informações de suas respectivas áreas de abrangência.

As Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) deverão cumprir, cumulativamente, os **seguintes requisitos:**

1. Quanto à estrutura física mínima, devem dispor de:
   - Consultório médico;
   - Consultório de enfermagem;
   - Consultório Odontológico;
   - Ambiente para armazenamento e dispensação de medicamentos;
   - Laboratório;
   - Sala de vacina;
   - Banheiros;
   - Expurgo;
   - Cabines com leitos em número suficiente para toda a equipe;
   - Cozinha;
   - Sala de procedimentos;
   - Identificação segundo padrões visuais da Saúde da Família, estabelecidos nacionalmente; e

2. Quanto aos **equipamentos**, devem dispor, no mínimo, de:
   - Maca ginecológica;
   - Balança Adulto;
   - Balança Pediátrica;
   - Geladeira para vacinas;
   - Instrumentos básicos para o laboratório: macro e microcentrífuga e microscópio binocular, contador de células, espectrofotômetro e agitador de Kline, autoclave e instrumentais;
   - Equipamentos diversos: sonar, esfignomanômetros, estetoscópios, termômetros, medidor de glicemia capilar,
   - Equipo odontológico completo e instrumentais.

O **valor do repasse mensal** dos recursos para o custeio das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas será **publicado em portaria específica** e poderá ser agregado de um valor caso esta equipe necessite de transporte fluvial para a execução de suas atividades.

O valor do incentivo mensal para custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais será publicado em portaria específica, com uma modalidade **sem** profissionais de saúde bucal e outra **com** estes profissionais.

Devido à grande dispersão populacional, os municípios poderão solicitar **ampliação da composição mínima das equipes de saúde da família fluviais** e **equipes de saúde da família ribeirinhas** conforme o quadro abaixo, fazendo jus a um incentivo para cada agregação a ser definido em portaria específica:

Profissionais	Critério para solicitação de ampliação da equipe	Máximo
Agente Comunitário de Saúde	trabalhador vinculado a no mínimo 100 pessoas	12 (doze)
Aux. ou Técnico de Enfermagem	trabalhador vinculado a no mínimo 500 pessoas	04 (quatro)
Técnico em Saúde Bucal	trabalhador vinculado a no mínimo 500 pessoas	01 (um)
Enfermeiro	trabalhador vinculado a no mínimo 1.000 pessoas	02 (dois)

Para **implantar** Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas nos Municípios onde o teto de cobertura de Equipes de Saúde da Família já tenha sido atingido, estas devem ser **substituídas pela nova modalidade de equipe** mediante aprovação pelo:
- Conselho Municipal de Saúde (CMS),
- Comissão Intergestores Regional (CIR) e
- Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

As Unidades Básicas de Saúde Fluviais e as Equipes de Saúde da Família para Populações Ribeirinhas poderão **prestar serviços a populações de mais de um Município**,
- desde que celebrado **instrumento jurídico** que formalize a relação entre os municípios,



devidamente aprovado na respectiva Comissão Intergestores Regional (CIR) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Para implantação de Equipes de Saúde da Família Fluviais e Equipes de Saúde da Família para Populações Ribeirinhas, os municípios deverão seguir o fluxo previsto para a implantação de Equipes de Saúde da Família.

1.1.14 - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF foram criados com o objetivo de **ampliar** a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF são constituídos por equipes compostas por **profissionais de diferentes áreas de conhecimento**, que devem atuar de maneira integrada e **apoiando os profissionais:**

- das Equipes Saúde da Família,
- das Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais etc.) e
- academia da saúde,

→
- Compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes,
- Atuando diretamente no **apoio matricial** às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado e no território destas equipes.

Os NASF fazem parte da atenção básica, mas:

(1) • NÃO se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais

(2) • NÃO são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo
• (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de atenção básica).

Os NASFs devem, **a partir das demandas identificadas** no trabalho conjunto com as equipes e/ou Academia da Saúde, **atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde** e seus serviços (ex.: CAPS, CEREST, Ambulatórios Especializados etc.) além de outras redes como SUAS, redes sociais e comunitárias.

A responsabilização compartilhada entre a **equipe do NASF** e as equipes de Saúde da Família/ **equipes de atenção básica para populações específicas** prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliand-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de atenção básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde.

Os NASF devem **buscar contribuir para a integralidade do cuidado** aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários.

São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF:
- discussão de casos,
- atendimento conjunto ou não,
- interconsulta,
- construção conjunta de projetos terapêuticos,
- educação permanente,
- intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade,
- ações intersetoriais,
- ações de prevenção e promoção da saúde,

- discussão do processo de trabalho das equipes e etc.

Todas as atividades podem se desenvolvidas nas **unidades básicas de saúde, academias da saúde ou em outros pontos do território**. Os NASF devem utilizar as **Academias da Saúde** como espaços que ampliam a capacidade de intervenção coletiva das equipes de atenção básica para as ações de promoção de saúde, buscando fortalecer o protagonismo de grupos sociais em condições de vulnerabilidade na superação de sua condição.

Quando presente no NASF, **o profissional sanitarista** pode **reforçar as ações de apoio institucional e/ou matricial**, ainda que as mesmas não sejam exclusivas dele, tais como:

- Análise e intervenção conjunta sobre riscos coletivos e vulnerabilidades,
- Apoio à discussão de informações e indicadores e saúde (bem como de eventos-sentinela e casos-traçadores e analisadores),
- Suporte à organização do processo de trabalho:
  - acolhimento,
  - cuidado continuado/programado,
  - ações coletivas,
  - gestão das agendas,
  - articulação com outros pontos de atenção da rede,
  - identificação de necessidades de educação permanente,
  - utilização de dispositivos de gestão do cuidado

Os **NASF** podem ser organizados em **DUAS modalidades**, NASF 1 e NASF 2.

A implantação de **mais de uma modalidade** de forma concomitante nos municípios e no Distrito Federal **não** receberá incentivo financeiro federal.

NASF 1 ⇨ Deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior escolhidos dentre as ocupações listadas abaixo que reúnam as seguintes condições:

1. A soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 horas semanais;
2. Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas; e
3. Cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 80 horas de carga horária semanal.

NASF2 ⇨ deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior escolhidos dentre as ocupações listadas abaixo que reúnam as seguintes condições:

1. A soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 120 horas semanais;
2. Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas; e
3. Cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 40 horas de carga horária semanal.

Poderão compor os NASF 1 e 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO):

Médico Acupunturista	Médico Acupunturista	Psicólogo	
Assistente Social	Nutricionista	Terapeuta Ocupacional	
Profissional/ Professor de Educação Física	Médico Homeopata	Médico Veterinário	Profissional de saúde sanitarista
Fonoaudiólogia	Médico Ginecologista/ Obstetra	Médico do Trabalho	Profissional com formação em arte e educação
Fisioterapeuta	Farmacêutico	Médico Internista (clínica médica)	Médico Geriatra

Profissional de saúde sanitarista ⇨ Profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

A composição de cada um dos NASF ⇨ Será definida pelos getores municipais

- Seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas.

Os NASF 1 e 2 devem **funcionar em horário de trabalho** coincidente com o das **equipes de Saúde da Família** e/ou equipes de atenção básica para populações específicas que apoiam.

Os profissionais do NASF devem ser **cadastrados em uma única unidade de saúde**, localizada preferencialmente dentro do território de atuação das equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas, às quais estão vinculados, não recomendado a existência de uma Unidade de Saúde ou serviço de saúde específicos para a equipe de NASF.

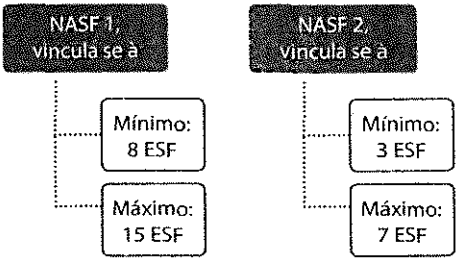
A organização do trabalho do NASF deve seguir as normas publicadas pelo Ministério da Saúde destacando os **Cadernos de Atenção Básica/Primária** que tratam do tema, descrevendo:

- As diretrizes,
- O processo de trabalho,
- As principais ferramentas e
- As ações de responsabilidade de todos os profissionais dos NASF a serem desenvolvidas em conjunto com as equipes de Saúde da Família, equipes de atenção básica para populações específicas e/ou academia da saúde.

Define-se que cada NASF 1 realize suas atividades vinculado a, **no mínimo, 8 (oito) Equipes de Saúde da Família e no máximo 15 (quinze) equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica** para populações específicas.

Excepcionalmente, nos municípios com menos de 100 mil habitantes dos Estados da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense, cada NASF 1 poderá realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 5 (cinco) e no máximo 9 (nove) equipes.

Define-se que cada NASF 2 realize suas atividades vinculado a, **no mínimo, 3 (três) equipes de Saúde da Família e no máximo 7 (sete) equipes de saúde da família.**



OS NASF 3, que são suprimidos por essa portaria, se tornarão automaticamente NASF 2, para isso os municípios com projetos de NASF 3 anteriormente enviados ao Ministério da Saúde deverão enviar para CIB documento que informa as alterações ocorridas. Fica garantido o financiamento dos NASF intermunicipais já habilitados em data anterior, porém extinta a possibilidade de implantação de novos a partir da publicação desta portaria.

Cada NASF poderá ser vinculado a no máximo 03 (três) pólos do Programa Academia da Saúde em seu território de abrangência, independente do tipo de NASF e da modalidade do polo implantado. Para cada pólo vinculado à equipe do NASF deverá existir pelo menos:

- 1 (um) profissional de saúde de nível superior com carga horária de 40 horas semanais ou
- 2 (dois) profissionais de saúde de nível superior com carga horária mínima de 20 horas semanais cada, que será(ao) responsável(is) pelas atividades do Programa Academia da Saúde.

→ Este(s) profissional(is) deve(m) ter formação compatível e exercer função relacionada às atividades da Academia da Saúde

Quanto ao NASF, **compete às Secretarias de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal:**

1. Definir o **território de atuação** de cada NASF de acordo com as equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas às quais estes NASF estiverem vinculados;
   - Propiciar o planejamento das ações que serão realizadas pelos NASF, de forma compartilhada entre os profissionais (Equipe NASF e Equipe SF e Equipes de atenção básica para populações específicas);

2. **Selecionar, contratar e remunerar os profissionais dos NASF,** em conformidade com a legislação vigente nos municípios e Distrito Federal; e
3. Disponibilizar **espaço físico adequado nas UBS,** e garantir os recursos de custeio necessários ao desenvolvimento das atividades mínimas descritas no escopo de ações dos diferentes profissionais que comporão os NASF, não sendo recomendada estrutura física específica para a equipe de NASF.

1.1.15 - Programa saúde na escola

O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007, surgiu como uma **política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação**, na perspectiva da atenção integral (promoção, prevenção, diagnóstico e recuperação da saúde e formação) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no âmbito das escolas e unidades básicas de saúde, realizada pelas equipes de saúde da atenção básica e educação de forma integrada, por meio de ações de:

1. Avaliação clínica e psicossocial que objetivam:
   - Identificar necessidades de saúde e
   - Garantir a atenção integral às mesmas na rede de Atenção à Saúde;

2. Promoção e prevenção que articulem práticas de formação, educativas e de saúde visando:
   - A promoção da alimentação saudável,
   - A promoção de práticas corporais e atividades físicas nas escolas,
   - A educação para a saúde sexual e reprodutiva,
   - A prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas,
   - A promoção da cultura de paz e prevenção das violências,
   - A promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável; e

3. **Educação permanente** para qualificação da atuação dos profissionais da educação e da saúde e formação de jovens.

A Gestão do PSE é centrada em ações **compartilhadas e coresponsáveis**. A articulação intersetorial das redes públicas de saúde, de educação e das demais redes sociais se dá por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI) (Federal, Estadual e Municipal) que são responsáveis:

- Pela gestão do incentivo financeiro e material,
- Pelo apoio institucional às equipes de saúde e educação na implementação das ações,
- Pelo planejamento, monitoramento e avaliação do Programa.

Sobre o processo de:

- Implantação, credenciamento,
- Cálculo dos tetos das equipes de atenção básica, e
- Do financiamento do bloco de atenção básica:

Implantação e Credenciamento

Para implantação e credenciamento das equipes de atenção básica, descritas neste anexo, os municípios e o Distrito Federal deverão:

1. Realizar **projeto(s) de implantação** das equipes de Saúde da Família, com ou sem os profissionais de saúde bucal, equipe de agentes comunitários de saúde, das equipes de atenção básica para populações específicas e do NASF. Os itens que devem minimamente constar do projeto estão descritos no anexo III desta portaria;
2. **Aprovar o projeto elaborado** nos Conselhos de Saúde dos Municípios e encaminhá-lo à Secretaria Estadual de Saúde ou sua instância regional para análise. O Distrito Federal, após a aprovação por seu Conselho de Saúde, deverá encaminhar sua proposta para o Ministério da Saúde;
3. **Cadastrar os profissionais das equipes**, previamente credenciadas pelo estado conforme decisão da CIB, no SCNES e alimentar os dados no sistema de informação que comprove o início de suas atividades; para passar a receber o incentivo correspondente às equipes efetivamente implantadas; e

4. Solicitar substituição, no SCNES, de **categorias de profissionais colocados no projeto inicial caso exista a necessidade de mudança**, sendo necessário o envio de um ofício comunicando sobre a necessidade desta alteração ao Estado.

Para Implantação e Credenciamento das referidas equipes as **secretarias estaduais de saúde e o Distrito Federal** deverão:

1. **Analisar e encaminhar as propostas de implantação das equipes elaboradas pelos municípios** e aprovadas pelos Conselhos Municipais de à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) no prazo máximo de 30 dias, após a data do protocolo de entrada do processo na Secretaria Estadual de Saúde ou na instância regional;
2. Após aprovação na CIB, cabe à Secretaria de Saúde dos Estados e do Distrito Federal **informar ao Ministério da Saúde,** até o dia 15 de cada mês, o número de equipes, suas diferentes modalidades e composições de profissionais com as respectivas cargas horárias, que farão jus ao recebimento de incentivos financeiros da atenção básica;
3. Submeter à CIB, para resolução, o fluxo de acompanhamento do cadastramento dos profissionais das equipes nos sistemas de informação nacionais, definidos para esse fim;
4. Submeter à CIB, para resolução, o fluxo de descredenciamento e/ou o bloqueio de recursos diante de irregularidades constatadas na implantação e no funcionamento das equipes a ser publicado como portaria de resolução da CIB, visando à regularização das equipes que atuam de forma inadequada; e
5. **Responsabilizar-se perante o Ministério da Saúde pelo monitoramento,** o controle e a avaliação da utilização dos recursos de incentivo destas equipes.

1.1.16 - Cálculo do teto das equipes de atenção básica

Para o cálculo do teto máximo de equipes de Saúde da Família, de agentes comunitários de saúde, de equipes de saúde bucal e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família a fonte de dados populacionais utilizada será a mesma vigente para cálculo do recurso per capita definida pelo IBGE e publicada pelo Ministério da Saúde.

SAÚDE DA FAMÍLIA
com ou sem os profissionais de saúde bucal

O número máximo de ESF com ou sem os profissionais de saúde bucal pelas quais o município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pela fórmula: **população/2400**.

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

O número máximo de ACS pelos quais o município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pela fórmula: **população/400.**

Para municípios dos estados da Região Norte, Maranhão e Mato Grosso, a fórmula será: **população da área urbana/400 + população da área rural/280.**

NASF 1

O número máximo de NASF 1 aos quais os municípios e o Distrito Federal podem fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pelas fórmulas:

1. Para Municípios com menos de 100 mil habitantes de Estados da Amazônia Legal = **número de ESF do município/5**; e
2. Para Municípios com 100 mil habitantes ou mais da Amazônia Legal e para municípios das demais unidades da Federação = **número de ESF do município/8.**

NASF 1

O número máximo de NASF 2 aos quais o município pode fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será de **1 (um) NASF 2.**

- O teto máximo de Equipes Saúde da Família Ribeirinha e Fluvial e equipes de consultório na rua será avaliado posteriormente, de acordo com cada projeto.

1.1. 17 - Do financiamento da atenção básica

O financiamento da Atenção Básica deve ser **tripartite.**

No âmbito federal o montante de recursos financeiros destinados à viabilização de ações de Atenção Básica à Saúde compõe o **Bloco de financiamento de Atenção Básica (Bloco AB)** e parte do **Bloco de financiamento de investimento**. Seus recursos deverão ser utilizados para financiamento das ações de Atenção Básica descritas na RENASES e nos Planos de Saúde do município e do Distrito Federal.

Os repasses dos recursos do **Bloco AB** aos municípios:

- São efetuados em conta aberta especificamente para este fim,
- De acordo com a normatização geral de transferências de recursos fundo a fundo do Ministério da Saúde,
- Com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal.

O Ministério da Saúde definirá os **códigos de lançamentos**, assim como seus identificadores literais, que constarão nos respectivos avisos de crédito, para tornar claro o objeto de cada lançamento em conta. O aviso de crédito deverá ser enviado ao Secretário de Saúde, ao Fundo de Saúde, ao Conselho de Saúde, ao Poder Legislativo e ao Ministério Público dos respectivos níveis de governo.

Os registros contábeis e os demonstrativos gerenciais mensais devidamente atualizados relativos aos recursos repassados a essas contas ficarão, permanentemente, à disposição dos Conselhos responsáveis pelo acompanhamento, e a fiscalização, no âmbito dos municípios, dos Estados, do Distrito Federal e dos órgãos de fiscalização federais, estaduais e municipais, de controle interno e externo.

Os municípios deverão remeter por via eletrônica o processamento da produção de serviços referentes ao Bloco AB ao Ministério da Saúde ou à Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com cronograma pactuado. As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal devem enviar as informações ao DATASUS, observando cronograma estabelecido pelo Ministério da Saúde.

De acordo com o **artigo 6º, do Decreto nº 1.651/95**, a comprovação da aplicação dos recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, na forma do Decreto nº 1.232/94, que trata das transferências, fundo a fundo, deve ser apresentada ao Ministério da Saúde e ao Estado, por meio de relatório de gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

Da mesma forma, a prestação de contas dos valores recebidos e aplicados no período deve ser aprovada no Conselho Municipal de Saúde e encaminhada ao Tribunal de Contas do Estado ou Município e à Câmara Municipal.

A **demonstração da movimentação dos recursos de cada conta** deverá ser efetuada, seja na Prestação de Contas, seja quando solicitada pelos órgãos de controle, mediante a apresentação de:

1. Relatórios mensais da origem e da aplicação dos recursos;
2. Demonstrativo sintético de execução orçamentária;
3. Demonstrativo detalhado das principais despesas
4. Relatório de gestão.

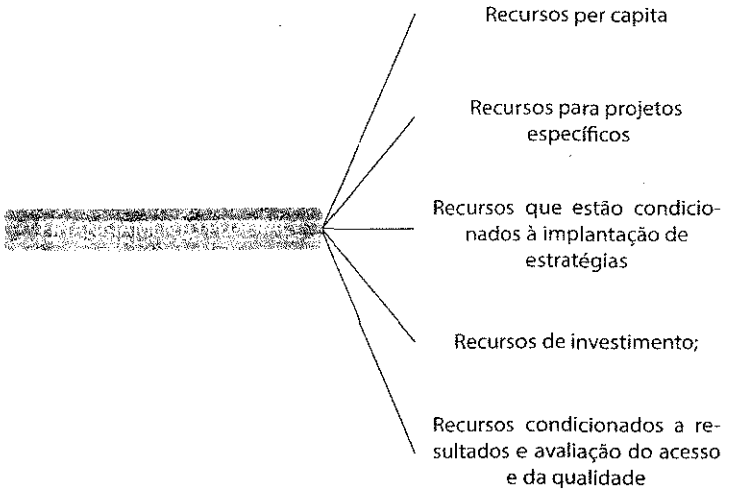
O Relatório de Gestão deverá demonstrar como a aplicação dos recursos financeiros resultou em ações de saúde para a população; incluindo quantitativos mensais e anuais de produção de serviços de Atenção Básica.

O financiamento federal desta política é composto por:

a. Recursos **per capita**;
b. Recursos para **projetos específicos**, tais como:
   - Os recursos da compensação das especificidades regionais (CER), do Programa de Requalificação das Unidades Básica de Saúde,
   - Recurso de Investimento/Estruturação e
   - Recursos de Estruturação na Implantação;

c. Recursos **de investimento**;
d. Recursos que estão **condicionados à implantação de estratégias e programas prioritários**, tais como os recursos específicos para os municípios que implantarem:
   - As Equipes de Saúde da Família,
   - As Equipes de Saúde Bucal,
   - De Agentes Comunitários de Saúde,
   - Dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família,
   - Dos Consultórios na Rua,
   - De Saúde da Família Fluviais e Ribeirinhas,
   - De Atenção Domiciliar,
   - Programa Saúde na Escola (PSE),
   - Microscopistas e
   - A Academia da Saúde;

e. Recursos **condicionados a resultados e avaliação do acesso e da qualidade**, tal como o do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ);



a. **Recurso per capita**

O recurso per capita será transferido mensalmente, de forma REGULAR e AUTOMÁTICA, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e do Distrito Federal com base num valor multiplicado pela população do Município.

O recurso será calculado pela multiplicação da população de cada município e do Distrito Federal por um valor, fruto de pactuação tripartite e devidamente publicado em portaria específica, levando em conta critérios de equidade.

A população de cada município e do Distrito Federal será a população definida pelo IBGE e publicada em portaria específica pelo Ministério da Saúde.

b. **Recursos para projetos específicos**, que inclui os recursos da Compensação das Especificidades Regionais (CER), o Programa de Requalificação das Unidades Básica de Saúde e Recurso de Estruturação.

Parte dos recursos do Bloco AB poderá ser repassado para implantação e execução de ações e programas específicos definidos de maneira tripartite, entre eles:

Compensação de Especificidades Regionais:

- Trata-se de recursos transferidos com o objetivo de responder a especificidades de municípios, populações ou situações que exigem **maior aporte de recursos**, mas que **não** são devidamente contempladas nos demais componentes do Bloco AB.
- Os critérios de distribuição dos recursos e valores para cada Estado e para o Distrito Federal pactuados são definidos em Portaria Ministerial especifica para este fim.
- A utilização dos recursos de Compensação de Especificidades Regionais é definida por cada CIB levando em conta os objetivos deste componente e pactuando projeto com finalidade, critérios, distribuição e utilização dos recursos, monitoramento e avaliação dos resultados. O projeto, os critérios, bem como a lista de municípios contemplados com seus respectivos valores deverão ser informados ao plenário da CIT. No caso do Distrito Federal, a proposta de aplicação deste recurso deverá ser submetida à aprovação pelo Colegiado Gestor do Distrito Federal.

Assim os municípios podem receber **um recurso complementar aos demais componentes do Bloco AB** relacionados ao enfrentamento de especificidades geradoras de iniquidade tais como:

- Municípios mais pobres,
- . Com piores indicadores e maiores necessidades;
- Municípios com maiores dificuldades de atração e fixação de profissionais e municípios isolados ou com dificuldade de acesso;
- Qualificação da atenção às populações sazonais, rurais, quilombolas, tradicionais, assentadas, isoladas;
- Projetos cuja implantação se dá mediante adesão e estão ligados ao enfrentamento da iniquidade através de ações de educação permanente, fortalecimento, modernização e qualificação da gestão, implantação de ações e alternativas que enfrentem iniquidades entre os municípios ligadas a qualquer um dos temas citados ou outros.

Programa de requalificação das unidades básicas de saúde:

- Recursos destinados à **estruturação da rede de serviços da atenção básica** publicados em portaria específica com o montante disponibilizado por Unidade da Federação e cuja aplicação dos critérios de decisão é objeto de pactuação na CIT e nas CIB.
- Esses recursos serão transferidos fundo a fundo aos municípios que se adequarem a esses critérios, e depositados em conta específica.

Recursos de Investimento/Estruturação:

- São recursos destinados a estruturação dos serviços e ações da atenção básica, que **podem ser repassados aos municípios/estados fundo a fundo ou através de convênio.**

Recursos de Implantação:

- Na implantação das equipes de Saúde da Família, saúde bucal e dos NASF os municípios e/ou o Distrito Federal receberão recursos específicos para estruturação das Unidades Básicas de Saúde, visando à melhoria da infraestrutura física e de equipamentos para o trabalho das equipes.

- Esses recursos serão repassados na competência financeira do mês posterior à implantação das equipes.

Em caso de redução do número de equipes, o município ou o Distrito Federal não farão jus a novos recursos de implantação até que seja alcançado o número de equipes já implantado anteriormente

c. **Os recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas prioritários**, tais como os recursos específicos para os municípios que implantarem:

- As equipes de Saúde da Família,
- Equipes de Saúde Bucal,
- De Agentes Comunitários de Saúde,
- Dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família,
- Dos Consultórios na Rua,
- De Saúde da Família Fluviais e Ribeirinhas,
- De Atenção Domiciliar, Programa Saúde na Escola (PSE),
- Microscopistas e
- A Academia da Saúde

1. **Equipes de Saúde da Família (SF)**: os valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde da Família implantadas:
   - Serão transferidos a cada mês,
   - Tendo como base o número de Equipe de Saúde da Família registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira. São estabelecidas duas modalidades de financiamento para as eSF:

Equipes de Saúde da família Modalidade 1: são as ESF que atendem aos seguintes critérios:

I. Estiverem implantadas em municípios com população de até 50 mil habitantes nos Estados da Amazônia Legal e até 30 mil habitantes nos demais estados do País; e
II. Estiverem implantadas em municípios não incluídos no estabelecido na alínea I e atendam a população remanescente de quilombos ou residente em assentamentos de no mínimo 70 (setenta) pessoas, respeitado o número máximo de equipes por município, publicado em portaria específica.

As equipes que na data de publicação desta Portaria recebem como modalidade 1 de financiamento, por qualquer um dos motivos listados abaixo, não terão decréscimo do recurso repassado atualmente, ainda que não enquadradas nos critérios acima descritos:

I. Pertencerem a municípios que integraram o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS);

II. Pertencerem a municípios que têm índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7; e
III. Estiverem nas áreas do Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania - Pronasci.

Equipes de Saúde da família Modalidade 2: são as ESF implantadas em todo o território nacional que não se enquadram nos critérios da Modalidade 1.

Quando um município, por aumento da população, deixar de ter direito ao valor da modalidade 1, deverá ser realizada etapa de transição durante o ano da mudança que busque evitar a perda nominal acentuada de recursos do Bloco de Atenção Básica.

- As equipes de Saúde da Família com diferentes inserções do profissional médico receberão recursos de acordo com sua modalidade e segundo a descrição abaixo:
  - 2 (dois) médicos integrados a uma única equipe, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 01 (um) médico com jornada de 40 horas semanais), com repasse integral do financiamento para uma equipe de saúde da família modalidade I ou II.
  - 3 (três) médicos cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 02 (dois) médicos com jornada de 40 horas, de duas equipes), com repasse integral do financiamento para duas equipes de saúde da família modalidade I ou II.
  - 4 (quatro) médicos com carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 03 (três) médicos com jornada de 40 horas semanais, de 03 equipes), com repasse integral do financiamento para três equipes de saúde da família modalidade I ou II.
  - 2 médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente jornada de 20 horas semanais, e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse de 85% do financiamento para uma equipe de Saúde da Família modalidade I ou II.

- As equipes de Saúde da Família na modalidade transitória:

  - 01 (um) médico cumprindo jornada de 20 horas semanais e
  - Demais profissionais com jornada de 40 horas semanais,

  → o município receberá repasse mensal equivalente a **60% do valor do incentivo financeiro para uma equipe**, sendo VEDADA sua participação no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade

Quando as Equipes de Saúde da Família forem compostas também por profissionais de Saúde Bucal, o incentivo financeiro será transferido a cada mês, tendo como base:

I. A modalidade específica dos profissionais de Saúde Bucal (ESB) que compõem a equipe de saúde da família e estão registrados no cadastro do SCNES no mês anterior ao da respectiva competência financeira; e
II. A modalidade de toda a equipe de Saúde da Família, conforme descrito acima e relacionado às características dos municípios e da população atendida. Assim, se ela faz parte de uma equipe de saúde da família modalidade I tem 50% de acréscimo no incentivo financeiro específico.

2 - EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA COMUNIDADES RIBEIRINHAS E FLUVIAIS

2.1 - Equipes Saúde da Família Ribeirinhas;

Os valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Equipe de Saúde da Família Ribeiri-

nhas (ESFR) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.
O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas será publicado em portaria específica e poderá ser agregado um valor nos casos em que a equipe necessite de transporte fluvial para acessar as comunidades ribeirinhas adscritas para execução de suas atividades.

2.2 - Equipes de Saúde da Família Fluviais:

Os valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde da Família Fluviais implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais será publicado em portaria específica, com uma modalidade sem profissionais de saúde bucal e outra com estes profissionais. Os critérios mínimos para o custeio das Unidades preexistentes ao Programa de Construção de Unidades Básicas de Saúde Fluviais também serão publicados em portaria específica.

3 - EQUIPES CONSULTÓRIO NA RUA:

Os valores do incentivo financeiro para as equipes dos Consultórios na Rua implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base a modalidade e o número de equipes cadastradas no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

Os valores do repasse mensal que as equipes dos Consultórios na Rua farão jus será definido em portaria específica, conforme sua modalidade e a necessidade de custeio para transporte da equipe de consultório de rua.

O início do repasse mensal do incentivo ocorrerá após a publicação de portaria de habilitação ao custeio que será emitida pelo Ministério da Saúde após a demonstração, pelo município, do cadastramento da equipe Consultório de Rua no sistema de Cadastro Nacional vigente e da alimentação de dados no Sistema de Informação indicado pelo Ministério da saúde que comprovem o início de suas atividades.

4 - NÚCLEO DE APOIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF):

O valor do incentivo federal para o custeio de cada NASF **dependerá da sua categoria** (1 ou 2) e será determinado em portaria específica. Os valores dos incentivos financeiros para os NASF implantados serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de NASF cadastrados no SCNES. O registro de procedimentos referentes à produção de serviços realizada pelos profissionais cadastrados nos NASF deverá ser realizado no sistema indicado pelo Ministério da Saúde, mas não gerarão créditos financeiros.

5 - AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS)

Os valores dos incentivos financeiros para as equipes de ACS implantadas são transferidos a cada mês, tendo como base o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira. Será repassada uma parcela extra, no último trimestre de cada ano, cujo valor será calculado com base no número de Agentes Comunitários de Saúde, registrados no cadastro de equipes e profissionais do SCNES, no mês de agosto do ano vigente.

6. MICROSCOPISTAS, PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE), ACADEMIA DA SAÚDE E ATENÇÃO DOMICILIAR

O repasse do recurso para Microscopistas, Programa Saúde na Escola (PSE), Academia da Saúde e atenção domiciliar, assim como seus respectivos valores serão definidos em portarias específicas.

Sobre a efetivação do repasse dos recursos referentes ao item D (Os recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas prioritários, tais como os recursos específicos para os municípios que implantarem as equipes de Saúde da Família, equipes de Saúde Bucal, de Agentes Comunitários de Saúde, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, dos Consultórios na Rua, de Saúde da Família Fluviais e Ribeirinhas, de atenção domiciliar, Programa Saúde na Escola (PSE), microscopistas e a Academia da Saúde)

A efetivação da transferência dos recursos **financeiros descritos no item D tem por base os dados de alimentação obrigatória do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde,** cuja responsabilidade de manutenção e atualização é dos gestores dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, estes devem :

1. Transferir os dados mensalmente, para o Departamento de Informática do SUS - DATASUS, por via magnética, de acordo com o cronograma definido anualmente pelo SCNES; e
2. A transferência dos dados para a Base Nacional do sistema de Cadastro Nacional vigente se dará após geração do arquivo pelo sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde para a Atenção Básica.

Os valores dos componentes descritos acima serão definidos em portarias específicas pelo Ministério da Saúde.

Sobre a suspensão do repasse dos recursos referentes ao item D

O Ministério da Saúde suspenderá os repasses dos incentivos referentes às equipes e aos serviços citados acima, nos casos em que forem constatadas, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde ou por auditoria do DENASUS ou dos órgãos de controle competentes, qualquer uma das seguintes situações:

1. Inexistência de unidade básica de saúde cadastrada para o trabalho das equipes e/ou
2. Ausência, por um período superior a 60 dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes descritas no item D, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica, e/ou
3. Descumprimento da carga horária mínina prevista para os profissionais das equipes; e
4. Ausência de alimentação de dados no sistema de informação definidos pelo Ministério da Saúde que comprovem o início de suas atividades

Especificamente para as equipes de Saúde da Família com os profissionais de saúde bucal:

As equipes de Saúde da Família que sofrerem suspensão de recurso, por falta de profissional médico, enfermeiro ou técnico/auxiliar de enfermagem conforme previsto acima, poderão manter os incentivos financeiros específicos para saúde bucal, conforme modalidade de implantação, contanto que adotem procedimento do SCNES preconizados pelo Ministério da Saúde.

Especificamente para o NASF:

1. Inexistência de no mínimo 02 (duas) Equipes de Saúde da Família/Equipes de Atenção Básica para populações específicas, vinculadas ao NASF 1 para municípios com menos de 100.000 habitantes da Amazônia Legal ou;
2. Inexistência de no mínimo 04 (quatro) Equipes de Saúde da Família/Equipes de Atenção Básica

para populações específicas, vinculadas ao NASF 1 no restante do País ou; e
3. Inexistência de no mínimo 01 (uma) Equipe de Saúde da Família/Equipe de Atenção Básica para populações específicas, vinculadas ao NASF 2.

Sendo consideradas para esse fim as Equipes completas de Saúde da Família/Equipes de Atenção Básica para populações específicas, ou equipes incompletas por período de até 60 (sessenta) dias.

Especificamente para os Consultórios na Rua:
Ausência de vinculação à Equipe de Saúde Bucal cadastrada para o trabalho das equipes;

Da solicitação de crédito retroativo dos recursos referentes ao item D

Considerando a ocorrência de problemas na alimentação do SCNES, por parte dos estados, Distrito Federal e dos municípios na transferência dos arquivos, realizada pelos municípios, o Distrito Federal e os estados, o Fundo Nacional de Saúde (FNS/SE/MS) poderá efetuar crédito retroativo dos incentivos financeiros deste recurso variável (C), com base em solicitação da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS). Esta retroatividade se limitará aos seis meses anteriores ao mês em curso.

Para solicitar os créditos retroativos, os municípios e o Distrito Federal deverão:
1. Preencher a planilha constante do Anexo III a esta Portaria, para informar o tipo de incentivo financeiro que não foi creditado no Fundo Municipal de Saúde ou do Distrito Federal, discriminando a competência financeira correspondente e identificando a equipe, com os respectivos profissionais que a compõem;
2. Imprimir o relatório de produção das equipes de atenção básica, referente à equipe e ao mês trabalhado que não geraram a transferência dos recursos; e
3. Enviar ofício à Secretaria de Saúde de seu estado, pleiteando a complementação de crédito, acompanhado da planilha referida no item I e do relatório de produção correspondente. No caso do Distrito Federal, o ofício deverá ser encaminhado ao Departamento de Atenção Básica da SAS/MS.

As Secretarias Estaduais de Saúde, após analisarem a documentação recebida dos municípios, deverão encaminhar ao Departamento de Atenção Básica da SAS/MS solicitação de complementação de crédito dos incentivos tratados nesta Portaria, acompanhada dos documentos referidos nos itens I e II.

A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), por meio do Departamento de Atenção Básica, procederá à análise das solicitações recebidas, verificando a adequação da documentação enviada, se houve suspensão do crédito em virtude da constatação de irregularidade no funcionamento das equipes e se a situação de qualificação do município ou do Distrito Federal, na competência reclamada, permite o repasse dos recursos pleiteados.

e. Recursos condicionados a resultados e avaliação do acesso e da qualidade, tal como o do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ)

Há um esforço do Ministério da Saúde em fazer com que parte dos recursos induzam a ampliação do acesso, a qualificação do serviço e a melhoria da atenção à saúde da população. Estes recursos devem ser repassados em função de programas que avaliem a implantação de processos e a melhoria de resultados como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ).

O PMAQ tem como objetivo ampliar o acesso e a qualidade do cuidado na atenção básica. Ele se dará através de monitoramento e avaliação da atenção básica, e está atrelado a um incentivo financeiro para as gestões municipais que aderirem ao programa. O incentivo de qualidade é variável e dependente dos resultados alcançados pelas equipes e pela gestão municipal. Este incentivo será transferido a cada mês, tendo como base o número de equipes cadastradas no programa e os critérios definidos em portaria específica do PMAQ.

Requisitos mínimos para manutenção da transferência dos recursos do Bloco da Atenção Básica.

Os requisitos mínimos para a manutenção da transferência do Bloco da Atenção Básica são aqueles definidos pela legislação federal do SUS.

O Plano de Saúde municipal ou do Distrito Federal, e a programação anual de saúde aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, deve especificar a proposta de organização da Atenção Básica e explicitar como serão utilizados os recursos do Bloco da Atenção Básica.

O Relatório de Gestão deverá demonstrar como a aplicação dos recursos financeiros resultou em ações de saúde para a população, incluindo quantitativos mensais e anuais de produção de serviços de Atenção Básica.

Da suspensão do repasse de recursos do Bloco da Atenção Básica

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos do Bloco da Atenção Básica aos municípios e ao Distrito Federal, quando:

- Não houver alimentação regular, por parte dos municípios e do Distrito Federal, dos bancos de dados nacionais de informação, relacionados na portaria no. 3462 de 11 de novembro de 2010; e
- Forem detectados, por meio de auditoria federal ou estadual, malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos.

→ A suspensão será mantida até a adequação das irregularidades identificadas.

ANEXO II

O projeto de implantação das Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Saúde Bucal, Equipes de Agentes Comunitários, das Equipes de Atenção Básica para Populações Específicas e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família deve conter:

1. O território a ser coberto, com:
   - Estimativa da população residente,
   - Definição do número de equipes que deverão atuar e com o mapeamento das áreas;

2. Infraestrutura incluindo:

- Área física
- Equipamentos e
- materiais disponíveis nas UBS onde atuarão as equipes,

→ explicitando o número e o local das unidades onde irão atuar cada uma das equipes;

3. O fluxo dos usuários para garantia da referência e contra-referência e cuidado em outros pontos de atenção,
- incluindo apoio diagnóstico laboratorial e de imagem,
- levando em conta os padrões mínimos de oferta de serviços de acordo com RENASES e protocolos estabelecidos pelos municípios, estados e pelo Ministério da Saúde;

4. A proposta para **garantia da assistência farmacêutica básica;**
5. **Descrição das principais ações a serem desenvolvidas** pelas equipes no âmbito da Atenção Básica, especialmente nas áreas prioritárias definidas no âmbito nacional;
6. Processo de **gerenciamento e apoio institucional ao trabalho das equipes**
7. **A forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais** das equipes,
   - contemplando o cumprimento da carga horária definida para cada profissional das equipes;
8. Implantação do **Sistema de Informação** para atenção básica vigente no momento da implantação da equipe da Atenção Básica,
   - incluindo recursos humanos e materiais para operá-lo
9. Processo de **avaliação do trabalho das equipes** e a forma de acompanhamento dos indicadores da Atenção Básica;
10. A **contrapartida de recursos dos municípios e do Distrito Federal;**
11. No caso das equipes do NASF:
    - Os profissionais que vão compor os NASF, incluindo as justificativas da escolha,
    - As identificação das Equipes que cada núcleo vai apoiar,
    - O planejamento e/ou a previsão de agenda compartilhada entre as diferentes equipes e a equipe dos NASF, que incluam ações individuais e coletivas, de assistência, de apoio pedagógico tanto das equipes quanto da comunidade e as ações de visita domiciliar, em qual(ais) UBS.

- O NASF será cadastrado no SCNES de acordo com o número de equipes que a ele está vinculado.

QUESTÕES

PORTARIA 2448/11 – PNAB

01 (PUCPR/Prefeitura Municipal de Curitiba/Nível Técnico, 2012) A Saúde da Família é a estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Dado esse contexto, assinale a alternativa CORRETA.

(A) A qualificação da equipe da Saúde da Família deverá seguir as diretrizes da atenção municipal e dos sistemas privados de saúde.
(B) As ações e práticas da Saúde da Família devem considerar somente as especificidades locoregionais.
(C) O trabalho da Saúde da Família pressupõe a construção da autonomia dos usuários do SUS.
(D) A Saúde da Família visa à organização dos serviços de saúde com base unicamente na cura e no tratamento das doenças regionais.
(E) A Saúde da Família realiza ações de Atenção à Saúde conforme as orientações previstas nas prioridades da gestão federal.

●○○ Grau de dificuldade

Assertiva A: INCORRETA. As diretrizes que devem ser seguidas são da direção Nacional, além do mais a estratégia de saúde da família é realizada prioritariamente pelo SUS.
Assertiva B: INCORRETA. As especificidades loco regionais devem ser consideradas, porém não é somente olhar para seu próprio umbigo, é preciso não ferir uma política nacional existente.
Assertiva C: CORRETA. Baseado no diálogo mais próximo entre o profissional da saúde e a população que utiliza o SUS, o trabalho em saúde da família busca uma corresponsabilização dos usuários com sua própria saúde, buscando engajar a população no sentido de promover e prover sua bem estar.

Assertiva D: INCORRETA Vamos lembrar: Promoção, Prevenção e Recuperação. Logo, uma estratégia que está dentro do SUS não pode estar baseada unicamente na cura e tratamento da doença. Assertiva E. Incorreta. A Saúde da Família realiza ações de Atenção à Saúde conforme as orientações previstas nas prioridades locais.

---

02 **(PUCPR/Prefeitura Municipal de Curitiba/Nível Técnico, 2012)** São algumas das atribuições comuns a todos os profissionais da Estratégia de Saúde da Família:

I. I. Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe.
II. II. Atualizar semestralmente o cadastramento das famílias.
III. III. Analisar a situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território.
IV. IV. Realizar o cuidado da saúde da população adscrita somente no âmbito da unidade de saúde.
V. V. Realizar busca ativa e notificar e situações de importância regional.

Está(ão) correta(s) APENAS:

Ⓐ I e V.
Ⓑ I e II.
Ⓒ I, II e V.
Ⓓ I e III.
Ⓔ I, II e III.

●●○ Grau de dificuldade

Assertiva I: CORRETA. Como está na PNAB:
"São atribuições comuns a todos os profissionais:
I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;"
Assertiva II. INCORRETA. O cadastro das famílias devem estar sempre atualizado não havendo a periodicidade de 06 meses.
Assertiva III. CORRETA. De acordo com a PNAB:
"II - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;"
Assertiva IV. INCORRETA. Vejamos como está na PNAB:
"III - realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);"
Assertiva V: INCORRETA. Segundo a PNAB:
"VII - realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;"

---

03 **(PUCPR/Prefeitura Municipal de Curitiba/Nível Técnico, 2012)** Em relação à Estratégia Saúde da Família, é CORRETO afirmar:

Ⓐ A carga horária de 30 (quarenta) horas semanais deve valer para todos os profissionais de saúde.
Ⓑ O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 40% da população cadastrada.
Ⓒ Cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4 mil pessoas.

Ⓓ A equipe de saúde da família deve responsabilizar-se pela população adscrita e não adscrita.
Ⓔ A equipe de saúde da família deve ser responsável pelo registro trimestral das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica.

●●○ Grau de dificuldade

Alternativa A: INCORRETA. A carga horaria válida para todos os profissionais da ESF será 40 horas. Excetuando-se os médicos.
Alternativa B: INCORRETA. Segundo a PNAB o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;
Alternativa C: CORRETA. Segundo a PNAB cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4 mil pessoas, sendo a média recomendada de 3mil pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe;
Alternativa D: INCORRETA. Atentem para uma boa pegadinha de prova. A saúde da família não deve deixar de prestar atendimento á todas as demandas, afinal o SUS é de todos. Mas deve se RESPONSABILIZAR por uma população adscrita.
Alternativa E: INCORRETA. Segundo consta na PNAB, as equipes de saúde da família devem garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica;

---

04 (UESPI/Prefeitura Municipal de Parnarama- MA/Enfermeiro, 2014) De acordo com a Portaria nº 2.488/2011, assinale a alternativa que NÃO apresenta uma característica do processo de trabalho das equipes participantes da Estratégia Saúde da Família.

Ⓐ Certificar o atendimento intrahospitalar de alta complexidade, visando à melhora no quadro clínico de saúde do paciente.
Ⓑ Realizar atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas em saúde.
Ⓒ Desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis.
Ⓓ Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários.
Ⓔ Prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita.
Grau de dificuldade: Intermediário

●●○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** Quais são as características do processo de trabalho? Vamos lembrar?
São características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica:

I. definição do território de atuação e de população sob responsabilidade das UBS e das equipes;
II. programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias dificultando o acesso dos usuários;
III. desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamen-

tais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis;

IV. realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências;

V. prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita;

VI. realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças etc.) e outros espaços que comportem a ação planejada;

VII. desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;

VIII. implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão tais como a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento à autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras;

IX. participar do planejamento local de saúde assim como do monitoramento e a avaliação das ações na sua equipe, unidade e município; visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento frente às necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas;

X. desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;

XI. apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social; e

XII. realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos.

---

05 **(AOCP/FESF-SUS-BA/Enfermeiro, 2010)** São características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica e Equipes de Saúde da Família, EXCETO:

Ⓐ implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento.
Ⓑ desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença.
Ⓒ definição do território de atuação das Unidades Básicas de Saúde.
Ⓓ trabalho multiprofissional fragmentado e compartimentalizado.
Ⓔ apoio à estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social.

●○○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** Observem que a assertiva incorreta (D) diverge da proposta da atenção básica, que deve ser: compartilhada, em rede, articulada, inter, trans e intersetorial!

Resposta: Ⓓ

---

06 **(CESPE/TRT-8ªRegião/Analista: Especialidade Enfermagem, 2013)** No que diz respeito às equipes de saúde da família (ESF) e aos núcleos de apoio à saúde da família (NASF), assinale a opção correta.

Ⓐ As ESF, os NASF e as equipes de saúde bucal vinculam-se a um número mínimo de famílias distribuídas ao longo do território em que estão situados.

Ⓑ A supervisão continuada das equipes multiprofissionais e a execução de protocolos de atendimento têm sido avaliadas como medidas de sucesso para a expansão do Programa Saúde da Família no território nacional.
Ⓒ As ESF são responsáveis por oferecer serviços de saúde por meio de ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e manutenção da saúde da comunidade.
Ⓓ Os NASF são responsáveis por promover ações verticais em saúde materno-infantil junto às populações de baixo risco.
Ⓔ Os NASF compartilham as mesmas responsabilidades e competências inerentes às equipes de saúde da família.

●●○ Grau de dificuldade

Alternativa A: INCORRETA. O NASF não está vinculado a um número mínimo de família por não ser porta de entrada aberta. Atentem que o NASF é vinculado ás equipes de saúde da família e não a população. Segundo a portaria 3124/12: - Cada NASF 1 deverá estar vinculado a no mínimo 5 (cinco) e a no máximo 9 (nove) Equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais);
Cada NASF 2 deverá estar vinculado a no mínimo 3 (três) e a no máximo, 4 (quatro) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais);
Cada NASF 3 deverá estar vinculado a no mínimo 1 (uma) e a no máximo 2 (duas) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada.
Alternativa B: INCORRETA. Não se trabalha com supervisão e sim com apoio. Principalmente pelos profissionais da equipe serem corresponsáveis pela gestão e terem autonomia no processo de trabalho.
Alternativa C: CORRETA. A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.
Alternativa D: INCORRETA. A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de saúde da família/equipes de atenção básica para populações específicas prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de atenção básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde
Alternativa E: INCORRETA. Os NASF possuem atribuições próprias, incluindo o apoio às equipes de saúde da família. Lembrem que não são portas de entrada, atuam de forma longitudinal e prestando apoio matricial à ab.

---

07 (VUNESP / IAMSPE-SP/ Assistente Social, 2012) A estratégia de Saúde da Família

Ⓐ Prevê a implantação de equipes multiprofissionais em serviços de saúde de baixa, média e alta complexidade.
Ⓑ Propõe que suas equipes atuem com ações voltadas para todos os agravos de uma dada comunidade, dos mais frequentes aos mais raros.
Ⓒ Coloca a necessidade de se ultrapassarem os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil.
Ⓓ Foi iniciada em 2001, tendo apresentado um crescimento pouco expressivo desde então.
Ⓔ Prevê resultados de longo prazo na mudança do perfil de morbimortalidade, não tendo ainda

produzido alterações importantes nos principais indicadores de saúde das populações assistidas pelas equipes de Saúde da Família.

●○○ Grau de dificuldade

Alternativa A: INCORRETA. Lembrem que a Atenção Básica é o primeiro nível da assistência e desenvolve ações no nível primário. Mas vale reforçar: a atenção básica, principalmente através da estratégia de saúde da família, é a ordenadora do sistema.

Alternativa B: INCORRETA. De acordo com a PNAB, a atenção básica:

"É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos."

Alternativa C: CORRETA. *"A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes de saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS."*

Fonte: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902011000400016&script=sci_arttext

Alternativa D: INCORRETA. A Saúde da Família teve seu início em 1994, ainda como um programa.

Alternativa E: INCORRETA. A implantação da estratégia de Saúde da Família tem demonstrado significativa melhoria nos indicadores de saúde do país, em especial na ampliação do acesso à saúde da população brasileira, tendo se mostrado também efetiva na redução das iniquidades, cumprindo seu papel de porta de entrada do SUS.

Fonte: http://inovacao.enap.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=310

---

08 **(FUNVAPI/Prefeitura Municipal de Guaraí- TO/ Agente Comunitário de Saúde, 2012)** O cadastramento das famílias é a etapa inicial do trabalho do agente comunitário de saúde(ACS) em sua micro área (território de atuação). O máximo de pessoas que um (ACS) deve cadastrar em sua micro área é:

Ⓐ 450 pessoas.
Ⓑ 550 pessoas.
Ⓒ 650 pessoas.
Ⓓ 750 pessoas.

●○○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** Cada ACS deve realizar as ações previstas nesta portaria e ter uma micro área sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse 750 pessoas.

---

09 **(EDUCA /Prefeitura Municipal de Poço de José de Moura-PB/ Assistente Social, 2012)** Em relação à Estratégia de Saúde da Família, assinale a alternativa INCORRETA

Ⓐ É considerada um modelo de atenção primária à saúde, focado na unidade familiar e em território definido.
Ⓑ Desenvolve atividades de acordo com o planejamento realizado com base no diagnóstico situacional.
Ⓒ Tem como equipe mínima um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde.
Ⓓ Tem caráter complementar em relação à rede de Atenção Básica tradicional.

Ⓔ Tem como atribuições comuns a todos os profissionais da equipe participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe.

●●○ Grau de dificuldade

Alternativa A: CORRETA. *"A estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo CONASS e CONASEMS, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade."*

Além disso, tem como um dos fundamentos e diretrizes – atuar em território adscrito e tem o indivíduo (inserido no seu contexto familiar, social e econômico) como base do cuidado.

Alternativa B: CORRETA. A saúde da família tem como características o planejamento das ações. Esse planejamento se inicia com o diagnóstico situacional – percepção e observação dos determinantes e condicionantes do território adscrito. Um dos instrumentos utilizados para esse fim é o SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica. Atentem que o mesmo passa por processo de transformação atualmente de SIAB para SISAB (e-sus).

Alternativa C: CORRETA.São itens necessários à estratégia Saúde da Família:

I - existência de equipe multiprofissional (equipe saúde da família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal;

Observem que a equipe mínima não contempla o cirurgião dentista. Esse profissional pode ser acrescentado na composição da equipe multiprofissional.

Alternativa D: INCORRETA. A ESF é a estratégia escolhida para organizar a atenção básica no brasil.

Alternativa E: CORRETA.São atribuições comuns a todos os profissionais:

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades.

---

10 **(EDUCA/Prefeitura Municipal de Poço de José de Moura-PB/ Assistente Social, 2012)** Qual é à média recomendada de número de habitantes por equipe de Saúde da Família?

Ⓐ 4.000 pessoas.
Ⓑ 600 a 1.000 famílias.
Ⓒ 1.200 pessoas.
Ⓓ 800 famílias.
Ⓔ 3.000 pessoas.

●○○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** São itens necessários à estratégia Saúde da Família:

III - cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3 mil pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Decreto nº7508/2011. Regulamenta a Lei no8.080, 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, e dá outras providências. Disponível em: www.saude.gov.br/legislação Acesso em: 12/03/16
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde)
3. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
4. _____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Disponível em: < http://cnes.datasus.gov.br/info_legislacao.asp > Acesso em 15 dezembro 2012

06
CAPÍTULO

Decreto 7.508/11

Natale Oliveira de Souza e Yara Cardoso Coletto

1 - INTRODUÇÃO

Conforme já estabelecido na lei 8080/90, o SUS deve ser organizado de forma **regionalizada e hierarquizada**. Por isso, o Decreto 7.508/2011 cria as Regiões de Saúde. Cada região deve oferecer serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e, por fim, vigilância em saúde.

Em relação à hierarquização, o Decreto estabelece que as portas de entrada do SUS, pelas quais os pacientes podem ter acesso aos serviços de saúde, são: de atenção primária; de atenção de urgência e emergência; de atenção psicossocial e, ainda, especiais de acesso aberto.

O Decreto também define quais são os serviços de saúde que estão disponíveis no SUS para o atendimento integral dos usuários, através da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), que deve ser atualizada a cada dois anos.

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) também é citada no documento, que será acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional, como forma de subsidiar a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos.

A Assistência Farmacêutica também é alvo da regulamentação, no Artigo 28, que define sobre o acesso universal e igualitário à Assistência Farmacêutica, pressupondo que:

- O usuário deve estar assistido por ações e serviços de saúde do SUS
- O medicamento deve ter sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;
- A prescrição deve 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;
- A dispensação deve ter ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.

Este Decreto se consolida como um marco no sistema de saúde brasileiro, pois define critérios operacionais da organização do SUS, ressaltando a importância destas políticas de saúde.

A perspectiva é que, com o Decreto, os usuários ganhem mais qualidade nos serviços do SUS.

Além disso, contribuirá também para aumentar a transparência sobre as responsabilidades dos entes federativos na gestão de saúde.

Regulamenta a lei 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**, e dá outras providências.

2 - 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.**

COMENTÁRIO

Abaixo seguem as **definições** presentes no 2° artigo deste Decreto. **Este artigo deve ser apreciado com cuidado, pois traz conceitos importantes.**

Art. 2º

Para efeito deste Decreto, considera-se:

Espaço geográfico contínuo

Região de Saúde →

- Constituído por agrupamentos de municípios limítrofes
- Delimitado a partir de identidades → Culturais; Econômicas; e Sociais.
- De → Redes de comunicação e Infraestrutura de transportes } compartilhados

- Finalidade: Integrar → a organização, o planejamento, a execução } de ações e serviços de saúde

- **Acordo de colaboração** firmado entre entes federativos
- **Finalidade:** organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede **regionalizada** e **hierarquizada**, com **definição** de:

Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap) →

- 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;

Portas de Entrada → Serviços de atendimento **inicial** à saúde do usuário no 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:

1. Recursos humanos e
2. Ações e serviços de saúde ofertados pelo **SUS** e **iniciativa privada**

↓

Considerando-se → A capacidade instalada existente, Os investimentos e 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**
- **Finalidade**: garantir a **integralidade** da assistência à saúde

Serviços Especiais de Acesso Aberto →

Serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de:

- Agravo ou
- Situação

} Laboral → Necessita de atendimento especial

Protocolo clínico e Diretriz terapêutica →

Documento que estabelece:

1. Critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde;
2. O tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber;
3. As posologias recomendadas;
4. Os mecanismos de controle clínico;
5. O acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos,

↓

A serem seguidos pelos gestores do SUS.

COMENTÁRIO

Vamos lá – para lembrar:

1. Região de saúde: espaço geográfico;
2. Mapa de saúde – descrição geográfica;
3. Coap – acordo de colaboração;
4. Porta de entrada: contato inicial;
5. Rede de atenção: níveis de complexidade
6. Especiais de acesso aberto: relacionados ao trabalhador

3 - DA ORGANIZAÇÃO DO SUS

Artigo 3°

O SUS

- É constituído → pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.
- É organizado → de forma regionalizada e hierarquizada

COMENTÁRIO

Conceito de SUS - Reformulação do Art. 4ª da LOS 8.080/90

3.1 - Regiões de Saúde

Artigo 4°, e § 1° e 2°

Regiões de Saúde

- Serão **instituídas** pelo estado, em articulção com os municípios.
- Respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na comissão intergestores tripartite a que se refere o inciso **I do Art. 30.**

  → a CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais

- **Poderão** ser instituídas, por ato conjunto dos respectivos estados em articulação com os municípios,

  Regiões de saúde interestaduais — Compostas por municípios limítrofes

- A instituição de regiões de saúde situadas em áreas de fronteiras com outros países → **Deverá** respeitar as normas que regem as **relações internacionais**

Para ser instituída, a região de saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de:

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

COMENTÁRIO

Uma região de saúde é composta por um conjunto de municípios e, para esta formação, o conjunto destes municípios devem conter as ações e serviços previstos no art. 5. Não é cada município que deve contemplar todas as ações.

Artigo 5° - Parágrafo único

A **instituição** das regiões de saúde → Observará cronograma pactuado nas Comissões intergestores.

Artigo 6°

- As regiões de saúde serão referência → para as **transferências de recursos** entre os entes federativos.

Artigo 7°

- 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.

Artigo 7° - Parágrafo único

Os entes federativos **definirão os seguintes elementos** em relação às regiões de saúde:

- Seus Limites Geográficos
- População Usuária das Ações e Serviços
- Rol de Ações e Serviços que serão ofertados
- Respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços.

3.2 - Da Hierarquização

Artigo 8°

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.

Artigo 9°

São **portas de entrada** do SUS os serviços de:

- Atenção Primária
- Atenção de urgência e emergência
- Atenção Psicossocial
- Especiais de acesso aberto.

COMENTÁRIO

O conceito de porta de entrada consta no artigo segundo, no artigo 7º, O decreto define quais são as Portas de Entrada. Perceba a inclusão da atenção psicossocial e que a atenção primária não é a única Porta de Entrada, mas continua como ordenadora do sistema.

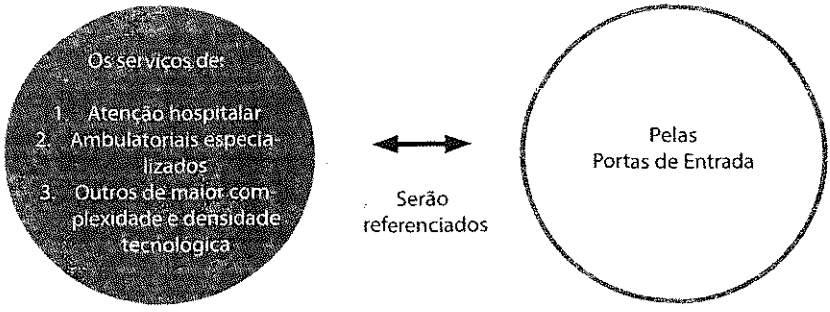
Artigo 9° - Parágrafo único

- Os entes federativos **poderão** criar novas **Portas de Entrada** às ações e serviços de saúde, considerando as características da Região de Saúde:
  - Mediante justificativa técnica e
  - De acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores,

COMENTÁRIO

Note que o Decreto permite a criação de novas portas de entrada, de acordo com peculiaridades dos entes federativos - **locorregionalidade**!

Artigo 10°



Artigo 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

Artigo 11° - Parágrafo único

- A população indígena contará com regramentos diferenciados de acesso:
  - Compatíveis com suas especificidades e

- Compatíveis com a necessidade de assistência integral à sua saúde,
- De acordo com disposições do Ministério da Saúde.

Artigo 12° - Parágrafo único

- Ao usuário será **assegurada** a **continuidade do cuidado em saúde**
  - Em todas as suas modalidades,
  - Nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região.

→ As Comissões Intergestores pactuarão as regras de continuidade do acesso às ações e aos serviços de saúde na respectiva área de atuação.

Artigo 13° e 14°

Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS

- Caberá aos entes federativos, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas comissões intergestores:
  1. garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde;
  2. orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde;
  3. monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e
  4. ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde.

→ O Ministério da Saúde disporá sobre **critérios, diretrizes, procedimentos** e demais medidas que auxiliem os entes federativos no cumprimento destas atribuições.

4 - PLANEJAMENTO DA SAÚDE

Artigo 15° e § 2°

O processo de **planejamento da saúde** será: ascendente e integrado → do nível local até o federal

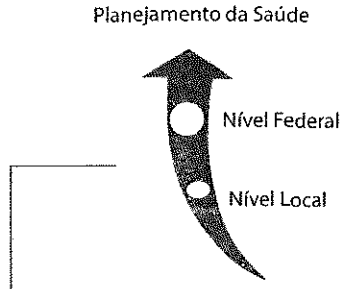
Ouvidos os respectivos conselhos de saúde (instâncias deliberativas)

Compartibilizando-se
- as necessidades das políticas de saúde com
- a disponibilidade de recursos financeiros.

→ Esta **compartibilização** será efetuada no âmbito dos **Planos de Saúde**

- Serão o resultado do planejamento integrado dos entes federativos, e
- Deverão conter metas de saúde.
- As diretrizes a serem observadas em sua elaboração serão estabelecidas pelo **Conselho Nacional de Saúde**

Artigo 15° e § 1°



Artigo 16° e § 17°

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

- Orientará o **planejamento integrado** dos entes federativos,
- Será utilizado na **identificação** das necessidades de saúde
- Contribuindo para o **estabelecimento de metas** de saúde.

Artigo 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

Artigo 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.

5 - DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Artigo 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

COMENTÁRIO

Este artigo deixa claro que **não** é o usuário que vai sozinho para um município vizinho para ser atendido. Ele deve ser **referenciado** pelo serviço de saúde de seu município.

5.1 - Das RENASES

Artigo 21° á 24°

RENASES

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

- Ministério da Saúde:
  - Disporá sobre a RENASES em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT.
  - A cada **2 (dois)** anos, consolidará e publicará as atualizações da RENASES.
- A União, os Estados, o DF e os municípios:
  - Pactuarão nas respectivas Comissões Intergestores as suas responsabilidades em relação ao rol de ações e serviços constantes da RENASES.
- **Os Estados, o DF 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.

5.2 - Da RENAME

Artigos 25° a 27° e 29°

RENAME

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) → Compreende **a seleção e a padronização de medicamentos** indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.

- Os entes federativos **poderão** ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem.
- A RENAME será acompanhada do **Formulário Terapêutico Nacional (FTN)** que subsidiará:
  - a prescrição
  - a dispensação e
  - o uso

  ] dos seus medicamentos

- **O Ministério da Saúde**
  - 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.
  - **A cada 2 (dois) anos**, consolidará e publicará as atualizações da RENAME, do respectivo FTN e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.
  - Poderá estabelecer regras diferenciadas de acesso a medicamentos de caráter especializado.

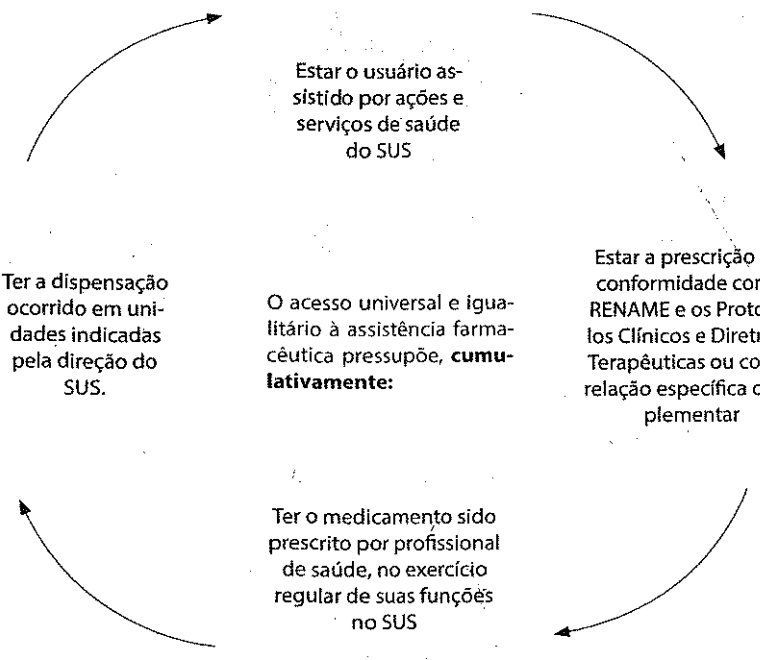
- **O Estado, o DF e o Município: poderão adotar relações específicas e complementares de medicamentos:**
  - Em consonância com a RENAME,
  - Respeitadas as responsabilidades dos entes pelo financiamento de medicamentos,
  - De acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.

- 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**.

COMENTÁRIO

Tanto a RENASES quanto a RENAME são atribuição do ministério da saúde. Por este motivo a sua pactuação será feita com a Comissão Intergestora Tripartite (CIT). Ambas devem ser revisadas a cada 2 anos.

Artigos 25° a 28°



Artigo 28°

§ 1° Os entes federativos poderão **ampliar o acesso do usuário** à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem.

§ 2° O Ministério da Saúde poderá estabelecer **regras diferenciadas** de acesso a medicamentos de caráter especializado.

6 - DA ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA

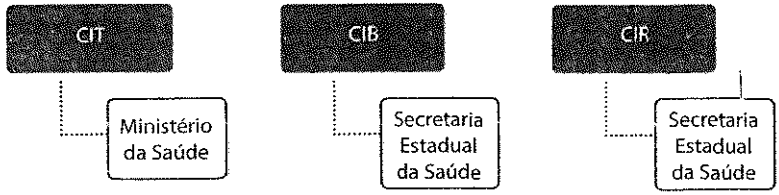
6.1 - Das Comissões Intergestoras

Artigo 30°

- As Comissões Intergestores **pactuarão a organização e o funcionamento** das ações e serviços de saúde, integrados em redes de atenção à saúde, sendo:
  1. A CIT, no âmbito da União, → vinculada ao **Ministério da Saúde** para efeitos administrativos e operacionais;
  2. A CIB, no âmbito do Estado → vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e
  3. A CIR, no âmbito regional → vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos operacionais e administrativos, devendo observar as diretrizes da CIB

COMENTÁRIO

Abaixo segue esquema contemplando as vinculações das Comissões Intergestoras.



Artigo 31°

Nas comissões intergestores, os **gestores públicos** de saúde poderão ser **representados**

1. Pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS),
2. Pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e
3. Pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS)

Artigo 32°

As comissões intergestores pactuarão:

1. Aspectos → Operacionais, Financeiros e Administrativos — da gestão compartilhada do SUS
   - De acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos
   - Consubstanciada nos seus planos de saúde
   - Aprovados pelos respectivos conselhos de saúde

2. Diretrizes gerais sobre
   - Regiões de Saúde
   - Integração de limites geográficos
   - Referência e contrarreferência
   - Demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes

3. Diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual → a respeito da organização das redes de atenção à saúde:
   - Principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos;

4. Responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde de acordo com o:
   - Seu porte demográfico e
   - Seu desenvolvimento econômico-financeiro,

↓

Estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias;

5. Referências das regiões **intraestaduais e interestaduais** de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência.

Artigo 32° - Parágrafo único

Serão de competência **exclusiva** da **CIT** a **pactuação** de:

Diretrizes Gerais	Para a composição da RENASES
Critérios para o planejamento integrado	Das ações e serviços de saúde da Região de Saúde, em razão do compartilhamento da gestão; e
Diretrizes nacionais, financiamento e questões operacionais	Das Regiões de Saúde situadas em fronteiras com outros países, respeitadas, em todos os casos, as normas que regem as relações internacionais.

6.2 - Do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

Artigos 33°, 34° e Parágrafo único

O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde

- O **acordo de colaboração entre os entes federativos** para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde
  - Será firmado por meio de contrato organizativo da ação pública da saúde

- **Objeto do Contrato:** organização e integração das ações e dos serviços de saúde,
  - Sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde,
  - **Finalidade:** garantir a integralidade da assistência aos usuários.

- **O Contrato resultará da integração** dos planos de saúde dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, - tendo como fundamento as **pactuações estabelecidas pela CIT.**

Artigo 35°

O contrato definirá:
1. As responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde,
2. Os indicadores e as metas de saúde

3. Os critérios de avaliação de desempenho
4. Os recursos financeiros que serão disponibilizados
5. A forma de controle e fiscalização da sua execução
6. Demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde

§ 1° e § 2° do Artigo 35°

- 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

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.

Artigo 36°

O contrato conterá as seguintes disposições essenciais:

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

Artigo 36° - Parágrafo unico

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

Artigo 37°

- O contrato organizativo de ação pública de saúde observará as seguintes **diretrizes básicas** para fins de garantia da **gestão participativa:**

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

Artigo 38°

- A humanização do atendimento do usuário: → será fator determinante para o estabelecimento das metas de saúde previstas no COAP

Artigo 39°

- As normas de **elaboração e fluxos** do contrato organizativo de ação pública de saúde:
  - Serão pactuados pela CIT
  - Cabendo à Secretaria de Saúde Estadual coordenar a sua implementação.

Artigo 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.

§ 1° do Artigo 40°

O Relatório de Gestão:
- Conterá seção específica relativa aos compromissos assumidos no âmbito do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde.

Artigo 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	À aplicação dos recursos disponibilizados

Artigo 41° - 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

Artigo 42°

Sem prejuízo das outras providências legais, o **Ministério da Saúde informará aos órgãos de controle interno e externo:**

1. O descumprimento injustificado de responsabilidades na prestação de ações e serviços de saúde e de outras obrigações previstas neste decreto;
2. A não apresentação do relatório de gestão;
3. A não aplicação, malversação ou desvio de recursos financeiros; e
4. Outros atos de natureza ilícita de que tiver conhecimento.
   - 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

Artigo 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.

Artigo 44°

- O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes de que trata o § 3° do art. 15 no prazo de 180 (cento e oitenta) dias a partir da publicação deste Decreto.

> § 3° do art. 15 - O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde

Artigo 45°

- Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Dicas e Lembretes:

- Regulamenta a **lei 8080**, 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.
- Traz conceitos importantes e que são questões certas de provas: RENASES, RENAME, Região de Saúde, Coap, Mapa de Saúde, Porta de Entrada, Rede de Atenção à Saúde
- Não esquecer dos **5 critérios mínimos** para a constituição de uma região de saúde!!
- Atentar para os elementos para a **conformação** de uma Região de Saúde!!
- Não esquecer o conceito de porta de entrada para esta portaria e quais são define como **portas de entrada** às ações e aos serviços de saúde nas redes de atenção à saúde;
- A **população indígena** contará com regramentos diferenciados de acesso, compatíveis com suas especificidades.
- As **RENASES** deverão ser atualizadas a cada 2 anos! E constituem um instrumento importante no mapa de saúde, pois deverão contemplar a rede SUS, a rede complementar e a rede suplementar! O que teoricamente melhora o acesso, que é a palavra chave desse decreto!
- Atentar para o conceitos e prerrogativas da Coap (contrato)
- **Lembrar que a CIR** é uma forma de descentralização do poder, o que facilita o planejamento em nível local/regional;

- O **mapa de saúde** é um instrumento para facilitar o acesso e a qualidade da assistência dentro do SUS;

QUESTÕES

DECRETO 7.508/11

01 (IDECAN/HU-UFPE/2014) De acordo com o Decreto Presidencial nº 7.508/2011, o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde denomina-se

Ⓐ Zona franca.
Ⓑ polo de saúde.
Ⓒ região de saúde.
Ⓓ área de influência.
Ⓔ área de abrangência.

●○○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** A questão traz a descrição de Região de Saúde, presente no Inciso I, do parágrafo 2º do Decreto, conforme abaixo:
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;

---

02 (AOCP/HUCAM-ES/2014) - De acordo com o Decreto 7508/2011, 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, denomina-se

Ⓐ Área de Saúde.
Ⓑ Período de Saúde.
Ⓒ Mapa da Saúde.
Ⓓ Clima de Saúde.
Ⓔ Perímetro da Saúde

●○○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** A questão traz a descrição de Mapa de Saúde, presente no Inciso V, do parágrafo 2º do Decreto, conforme abaixo:
Mapa de 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;
Dica para não confundir Região e Mapa de Saúde: Perceba que as Regiões de Saúde são espaços geográficos contínuos e Mapas de Saúde são descrições geográficas

---

03 (IADES/EBSERH-SEDE/2013) O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, visa dar mais transparência à estrutura do SUS, com a finalidade de garantir maior segurança jurídica na fixação das responsabi-

lidades dos entes federativos, para que o cidadão possa, de fato, conhecer as ações e os serviços de saúde ofertados nas regiões de saúde e organizados em redes de atenção à saúde. Sobre vertentes deste decreto, assinale a alternativa correta.

Ⓐ O Ministério da Saúde disporá sobre a RENASES, em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIB.
Ⓑ A RENASES compreende todas as ações e serviços, que o SUS oferece ao usuário, para atendimento da integralidade da assistência à saúde.
Ⓒ RENAME é a Relação Nacional de Medicamentos Especiais, atualizada, a cada três anos pelo Ministério da Saúde.
Ⓓ A Rede de Atenção à Saúde é o conjunto de ações e serviços de saúde, articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a equidade da assistência à saúde.
Ⓔ Serviços Especiais de Acesso Aberto são instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos, para definição das regras da gestão compartilhada do SUS.

●●○ Grau de dificuldade

Alternativa A: INCORRETA. Observem que as RENASES são em âmbito nacional, logo devem ser observadas pela CIT (comissão intergestoras tripartite);
Alternativa B: CORRETA. De acordo com o 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.'
Alternativa C: INCORRETA. De acordo com o parágrafo único do art. 26.
"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."
Alternativa D: INCORRETA. A finalidade principal da rede é garantir a integralidade e não a equidade. Atenção para esta pegadinha de prova.
Alternativa E: INCORRETA. O conceito de Acesso Especial Aberto: serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial; e

---

04 **(FUNCAB/ Prefeitura Municipal de Vila Velha/ Enfermeiro, 2012)** No que se refere à Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES – analise as afirmativas abaixo.

I. Os Estados, o Distrito Federal e os municípios não poderão adotar relações específicas e complementares de ações e serviços de saúde.
II. A cada três anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENASES.
III. A RENASES compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde.

Conforme análise, assinale a opção correta.

Ⓐ Somente a afirmativa I está correta.
Ⓑ Somente a afirmativa II está correta.
Ⓒ Somente a afirmativa III está correta.
Ⓓ Somente as afirmativas I e II estão corretas.
Ⓔ Somente as afirmativas II e III estão corretas.

●●○ Grau de dificuldade

Assertiva I: INCORRETA. De acordo com o art. 24, do decreto 7.508/11, que escreve: *"Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão adotar relações específicas e complementares de ações e ser-*

viços de saúde, em consonância com a RENASES, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo seu financiamento, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores."

Assertiva II: INCORRETA. De acordo com o parágrafo único do artigo 22, do decreto 7.508/11, que diz: *"Parágrafo único. A cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENASES.*

Assertiva III: INCORRETA. De acordo com o art. 21 do decreto 7.508/11 que escreve: *"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."*

---

05 (FUNCAB/ Prefeitura Municipal de Vila Velha/ Enfermeiro, 2012) Em relação às Comissões Intergestores, é INCORRETO afirmar que:

Ⓐ serão responsáveis pela articulação de políticas e programas de vigilância sanitária e farmacoepidemiologia.
Ⓑ pactuarão diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência.
Ⓒ no âmbito da união serão vinculadas ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais.
Ⓓ são instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS.
Ⓔ a instituição das Regiões de Saúde observará cronograma pactuado nessas Comissões.

●●○ Grau de dificuldade

Alternativa A: INCORRETA. Para clarear, veremos os artigos 12 e 13 da lei 8.080/90:
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.
Observem que não se deve confundir comissões intersetoriais com intergestores.
Alternativa B: CORRETA. Agora vamos para o artigo 32 do decreto 7.508/11
e seu inciso que II, que versa:
Art. 32. As Comissões Intergestores pactuarão: 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;
Alternativa C: CORRETA. Art. 30, inciso I, que diz:
I - a CIT, *no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais;*
Alternativa D: CORRETA. De acordo com o inciso IV, artigo 2º do decreto 7.508/11:
Comissões Intergestores - instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS;

Assertiva E: CORRETA. De acordo com o parágrafo único do artigo 5º do decreto 7.508/11: Parágrafo único. A instituição das Regiões de Saúde observará cronograma pactuado nas Comissões Intergestores.

---

06 (EBSERH/AOCP/UFS/2014) De acordo com a organização do SUS estabelecida no Decreto 7.508/2011, é possível afirmar que:

Ⓐ o SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados apenas pela União, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma hierarquizada.
Ⓑ o SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados apenas pelos Estados e Distrito Federal, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e não hierarquizada.
Ⓒ 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.
Ⓓ o SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados apenas pelos municípios, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma não hierarquizada.
Ⓔ o SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos e pela iniciativa privada, de forma direta ou indireta, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada.

●○○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** De acordo com art. 3º do DECRETO, o SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada.

---

07 (IBFC/HU-UFPI/2012) O Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011, dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, particularmente abordando o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Sobre estas considerações, assinale a alternativa correta.

Ⓐ As Regiões de Saúde não podem compor transferências de recursos entre os entes federativos, uma vez que são instituídas unicamente pelos municípios.
Ⓑ O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, entre outros fatores, que o medicamento seja prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS.
Ⓒ O planejamento da saúde é facultativo para os entes públicos, sendo realizado somente como indutor de políticas para a iniciativa privada.
Ⓓ O usuário perde o direito assegurado à continuidade do cuidado em saúde, quando não procurar os serviços, hospitais ou unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região de seu domicílio.
Ⓔ O desempenho aferido a partir dos indicadores nacionais de garantia de acesso à saúde não serão utilizados como parâmetro para avaliação do desempenho da prestação das ações de saúde, tendo em vista as especificidades municipais.

●●○ Grau de dificuldade

Alternativa A: INCORRETA. De acordo com o art. 6º As Regiões de Saúde serão referência para as transferências de recursos entre os entes federativos;
Alternativa B: CORRETA. Observem que a assertiva não solicita todos os pré requisitos e sim deixa claro que existem outros;
Alternativa C: INCORRETA. O planejamento no SUS é obrigatório e será indutor de mudanças para a rede privada. não esqueçam que, de acordo com o decreto o planejamento é ascendente e integrado – tem como um dos instrumentos mais importantes o plano de saúde.
Alternativa D: INCORRETA. O usuário nunca perderá o direito à continuidade do cuidado, pelo contrário: garantida pelo decreto.
Alternativa E: INCORRETA. Se foram utilizados indicadores de desempenho como não utilizá-los?

---

08 (IADES/ HC-UFTM /2013) Sobre a concepção do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como base sua Lei Orgânica e o Decreto Presidencial nº 7.508/2011, assinale a alternativa correta.

Ⓐ A saúde é colocada como um direito de todos, cuja assistência deve ser assegurada em um sistema integral, com vistas às atividades curativas e, em menor escala, às preventivas.
Ⓑ O sistema de saúde deve estar organizado em uma rede hierarquizada na qual os serviços controlados pelas secretarias de Estado da Saúde têm supremacia sobre os serviços municipais.
Ⓒ Os recursos aplicados na saúde são provenientes da União e repassados para estados e municípios, os quais têm a responsabilidade de fixar as ações com base apenas no recurso transferido.
Ⓓ As ações de vigilância sanitária e epidemiológica não são atribuições do SUS.
Ⓔ A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) é um dos instrumentos do SUS para atendimento aos usuários, devendo conter apenas medicamentos com registro concedido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

●●○ Grau de dificuldade

Alternativa A: INCORRETA. Sempre a prevenção tem prioridade. Lembrem: deve haver o somatório de ações assistenciais e preventivas mas com prioridade para a prevenção.
Alternativa B: INCORRETA. Não há supremacia entre as esferas de governo! lembrem que o sus é descentralizado com direção única em cada esfera de governo.
Alternativa C: INCORRETA. De acordo com o parágrafo único do art 198 da CF/88 os recursos do SUS são provenientes da: seguridade social, união, estados, distrito federal municípios, além de outras fontes. As últimas são descritas na LOS 8.080/90. Atentem para a seguinte pegadinha: o financiamento do sus é compartilhado, pois cabe, além da união, à todas as esferas de governo – o que chamamos de contrapartida.
Alternativa D: INCORRETA. De acordo com o art. 200 da CF/88 e do art. 6º da LOS 8.080/90 são atribuições do SUS.
Alternativa E: CORRETA. De acordo com o 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."

---

09 (IADES-HC-UFTM-2013) Considere que os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) estejam reunidos na capital do respectivo estado para discutir em aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS. Nessa situação hipotética, com relação ao planejamento das ações de saúde desse estado conforme o disposto no Decreto no 7.508/2011, assinale a alternativa correta.

Ⓐ O planejamento de saúde a ser discutido é direcionado para os serviços públicos e não repercute nos serviços privados.

Ⓑ O Mapa da Saúde é um instrumento importante e deverá ser utilizado na identificação das necessidades de saúde para orientar o planejamento. Nele constam os serviços da administração pública, sem a iniciativa privada.
Ⓒ As etapas do processo e os prazos do planejamento municipal devem ocorrer em consonância com o planejamento estadual e o nacional, sendo também pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).
Ⓓ O planejamento da saúde, em âmbito estadual, deve ser realizado, de maneira regionalizada, com base nas necessidades dos municípios, mas sem considerar as metas de saúde.
Ⓔ O planejamento não é obrigatório para os serviços públicos.

●●● Grau de dificuldade

Alternativa A: INCORRETA. De acordo com o artigo 15 em seu Parágrafo primeiro que diz:
§ 1º O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada. (PLANEJASUS).
O planejamento da saúde será o indutor de políticas para a iniciativa privada.
Alternativa B: INCORRETA. Traz o conteúdo do artigo 17, mas o que torna a questão errada é a exclusão da iniciativa privada.
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.
Alternativa C: CORRETA. *Art. 19. Essa afirmação pode ser encontrada com base na leitura do art19: 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.*
Alternativa D: INCORRETA. Vejam o que diz o artigo 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.
Assertiva E-Incorreta. Só Para Reforçar: ART. 15, § 1o:
O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada. (PLANEJASUS)

---

10 (IBFC / HU-UFMA/ 2013) O Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011 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, e dá outras providências. Considerando esse decreto, assinale a alternativa incorreta:

Ⓐ Poderão ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados em articulação com os municípios.
Ⓑ 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 especificações previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente.
Ⓒ A população indígena contará com os mesmos regramentos de acesso, que o conjunto da população conforme a necessidade de assistência integral à sua saúde, de acordo com disposições do Ministério da Saúde.
Ⓓ 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.
Ⓔ Ao usuário será assegurada a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e em outras unidade da rede de atenção da respectiva região.

●●● Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** Atentem que a banca pede a assertiva incorreta!

Alternativa A: CORRETA. pois transcreve o parágrafo 1º do artigo 4º. Vejamos:

§ 1º Poderão ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados em articulação com os Municípios.

Alternativa B: CORRETA. Traz o conteúdo do art. 11:

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. (princípio da equidade)

Alternativa C: CORRETA. Os regramentos de acesso para a população indígena serão diferenciados! Basta lembrar que há uma particularidade, logo precisa-se utilizar o princípio da equidade.

Alternativa D: CORRETA. É uma transcrição do parágrafo 3º do artigo 15, vejamos:

§ 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.

Alternativa E: CORRETA. É mais um recorte-cole da banca, vejamos o que diz o artigo 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. (Integralidade da assistência)

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Lei 8080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: www.saude.gov.br/legislação Acesso em: 25/01/16
2. _____. Lei nº 8142/90. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: www.saude.gov.br/legislação. Acesso em: 25/01/16
3. _____. Lei nº7508/2011. Regulamenta a Lei no8.080, 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, e dá outras providências. Disponível em: www.saude.gov.br/legislação Acesso em: 25/01/16
4. _____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS Série B. Textos Básicos de Saúde, DF,2004.
5. _____. Resolução 453/12. Resolve: Aprovar as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/12_jun_resolucao453.html . Acesso em: 25/01/16

07
CAPÍTULO

Lei Complementar 141/12

Natale Oliveira de Souza e Yara Cardoso Coletto

1 - INTRODUÇÃO

- Regulamenta o **§ 3° do art. 198** da Constituição Federal para dispor sobre **os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde;**
- Estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo;
- Revoga dispositivos das leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e
- Dá outras providências. A Presidenta da República Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei Complementar:

COMENTÁRIO

Esse marco jurídico transforma a Emenda Constitucional nº 29 em lei complementar e em linhas gerais dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde, bem como sobre os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 esferas de governo.
Traz a revogação expressa e tácita de alguns dispositivos das leis 8.080/90; 8.142/90 e 8.689/93 e **deve ser reavaliada a cada 5 anos**, segundo disposto no art. 198, §3º/CF.

A Presidenta da República Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei Complementar:

Esta Lei Complementar institui, nos termos do **§ 3° do art. 198 da Constituição Federal:**

1. O **valor mínimo** e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela **União**
   - **Em ações e serviços públicos de saúde;**

2. Percentuais Mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos **Estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios**
   - **Em ações e serviços públicos de saúde;**

3. Critérios de rateio:

dos recursos da união vinculados à saúde	Destinados →	aos estados, ao DF e aos municípios	Visando à progressiva **redução das disparidades regionais**
dos recursos dos estados vinculados à saúde	Destinados →	aos seus respectivos municípios	

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

COMENTÁRIO

Segundo Paim 2009, as ações e serviços de saúde, implementadas pelos estados, municípios e Distrito Federal, são financiados com recursos públicos da União, estados e municípios e de outras fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no orçamento da seguridade social. Cada esfera de governo deve assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo fundo de saúde.

Quais são as outras fontes de recursos do SUS?

Segundo o disposto no artigo 32 da lei 8.080/90 as outras fontes de recursos para o financiamento da saúde são provenientes de:

- Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;
- Ajuda, contribuições, doações e donativos;
- Alienações patrimoniais e rendimentos de capital;
- Taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e
- Rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

Artigo 2°

Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, considera-se:

Despesas com ações e serviços públicos de saúde →

Despesas voltadas para a:

- Promoção
- proteção e
- recuperação

— da saúde

↓

que atendam, **simultaneamente:**

1. aos princípios estatuídos no **art.7° da Lei n°8.080/90**
2. as seguintes diretrizes

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

- Estejam em conformidade com:
  - Objetivos e
  - Metas

  explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação;
- Sejam de responsabilidade **específica do setor da saúde,**

Não se aplicando a despesas relacionadas **a outras** políticas públicas que atuam sobre determinantes:

- Sociais e
- Econômicos

Ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.

Parágrafo único. Além de atender aos critérios estabelecidos no caput, as despesas com ações e serviços públicos de saúde realizadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios **deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde.**

COMENTÁRIO

Lembre que os fundos de saúde são contas especiais movimentadas pelos gestores nas três esferas de governo e fiscalizados pelos respectivos conselhos.
A Lei 141/12 traz em seu texto definições importantes. Fiquem atentos para as diferenças entre:
- O que são gastos com saúde (art. Art. 3º, I ao XII);
- O que não são gastos com saúde (Art. 4º, I ao X) para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos na lei.

Artigo 3°

Observadas as disposições do art. 200 da Constituição Federal, do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e do art. 2° desta Lei Complementar, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos aqui estabelecidos, **serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde referentes à:**

1. **Vigilância em saúde**, incluindo a epidemiológica e a sanitária;
2. **Atenção integral e universal à saúde** em todos os níveis de complexidade:
   - Incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;
3. **Capacitação do pessoal** de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);
4. Desenvolvimento **científico e tecnológico e controle de qualidade** promovidos por instituições do SUS;
5. **Produção, aquisição e distribuição** de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como:
   - Imunobiológicos,
   - Sangue e hemoderivados,

- Medicamentos e
- Equipamentos médico-odontológicos;

6. **Saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades**, desde que:
   - Seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e
   - Esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;
7. **Saneamento básico:**
   - Dos distritos sanitários especiais indígenas e
   - De comunidades remanescentes de quilombos
8. **Manejo ambiental** vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;
9. Investimento na **rede física** do sus, incluindo:
   - A execução de obras de recuperação,
   - Reforma,
   - Ampliação e
   - Construção;

   ] de estabelecimentos públicos de saúde
10. **Remuneração** do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais
11. Ações de **apoio administrativo** realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e
12. Gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

Artigo 4°

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

1. Pagamento de **aposentadorias e pensões**:
   - **Inclusive** dos servidores da saúde;
2. Pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;
3. Assistência à saúde que **não** atenda ao princípio de acesso universal;
4. **Merenda escolar** e outros programas de alimentação:
   - Ainda que executados em unidades do SUS,
   - Ressalvando-se o disposto no inciso II do art. 3°;

   → Recuperação de deficiências nutricionais
5. **Saneamento básico**:
   - Inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de:
     - Taxas,
     - Tarifas ou
     - Preços públicos;

     ] instituídos para essa finalidade
6. **Limpeza** urbana e remoção de resíduos;
7. Preservação e correção do **meio ambiente:**
   - Realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da federação ou
   - Por entidades não governamentais;
8. Ações de **assistência social;**
9. Obras de **infraestrutura:** → **ainda que** realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde;
10. Ações e serviços públicos de saúde:

- custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta lei ou
- vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde

Constituem despesas	Não constituel despesas:
Atenção universal e integral à saúde	Assistência à saúde que **não** atenda ao princípio de acesso universal;
Remuneração do **pessoal ativo** da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;	Pessoal ativo da área de saúde quando em **atividade alheia** à referida área
Capacitação do pessoal de saúde do SUS	Pagamento de **aposentadorias e pensões, inclusive** dos servidores da saúde
Manejo ambiental **vinculado diretamente** ao controle de vetores de doenças;	Preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente ou por entidades não governamentais
Investimento na **rede física do SUS,** incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;	**Obras de infraestrutura, ainda que** realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde;
Saneamento básico de: • Domicílios • Pequenas comunidades • Distritos sanitários especiais indígenas • Comunidades remanescentes de quilombos	**Saneamento básico**, inclusive quanto às: • Ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;
Vigilância em saúde (sanitária e epidemiológica)	**Merenda escolar** e outros programas de alimentação
• Desenvolvimento científico e tecnológico e • Controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;	Ações de **assistência social**
Produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS,	Limpeza urbana e remoção de resíduos
Ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS	Ações e serviços públicos de saúde custeados com **recursos distintos** dos especificados nesta lei ou vinculados a **fundos específicos distintos** daqueles da saúde.
Gestão do sistema público de saúde	-
Operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.	-

Artigo 5º

A **União** aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde:

- O montante correspondente ao **valor empenhado** no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar,

+

- No mínimo, o percentual correspondente à **variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB)** ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

Parágrafo Único: em caso de **variação negativa** do PIB,o valor não poderá ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro.

Artigo 6°

Os **Estados e o Distrito Federal** aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde:

- No mínimo, **12% (doze por cento)** da arrecadação:
  - Dos impostos a que se refere o art. 155 e
  - Dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea "a" do inciso Io inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal,
- Deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios.

Artigo 7°

Os **municípios e o Distrito Federal** aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde,

- No mínimo **15% (quinze por cento)** da arrecadação:
  - Dos impostos a que se refere o art. 156 e
  - Dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea "b" do inciso I do caput e o § 3° do art. 159, todos da Constituição Federal.

Recursos mínimos para as ações e serviços de saúde

União	• O montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior • Acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto - PIB
Estados e DF	• No mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos
Municípios e DF	• No mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos

Artigo 8°

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

Artigo 9°

Está compreendida na base de cálculo dos percentuais dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios qualquer compensação financeira proveniente de impostos e transferências constitucionais previstos no § 2° do art. 198 da Constituição Federal, já instituída ou que vier a ser criada, bem como a dívida ativa, a multa e os juros de mora decorrentes dos impostos cobrados diretamente ou por meio de processo administrativo ou judicial.

Artigo 10°

Para efeito do cálculo do montante de recursos previsto no § 3° do art. 5° e nos art. 6° e 7°, devem ser considerados os recursos decorrentes da dívida ativa, **da multa e dos juros de mora provenientes dos impostos e da sua respectiva dívida ativa**

Artigo 11°

Os **Estados, o Distrito Federal e os municípios**

⇩

Deverão observar o disposto nas respectivas **constituições ou leis orgânicas** sempre que:

⇩

Os percentuais nelas estabelecidos forem **superiores** aos fixados nesta lei complementar para aplicação em ações e serviços públicos de saúde.

Art. 12° e § 2° do Art. 13°

Os Recursos da união

- Serão **repassados**
  - Ao fundo nacional de saúde e
  - Às demais unidades orçamentárias que compõem o MS

  para ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde.
- Serão **transferidos** aos demais entes da federação e **movimentados**, até a sua destinação final:
  - Em **contas específicas** mantidas em instituição financeira oficial federal,
  - Observados os critérios e procedimentos definidos em ato próprio do chefe do poder executivo da união.

COMENTÁRIO

Contas Específicas = Fundo De Saúde. **Como já definido na los 8.142/90**, 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.

E quais os critérios (pré-requisitos) para recebimento dos recuros segundo o artigo 4° da Lei 8.142/90?

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 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.

§ 4° do Art. 13°

A **movimentação dos recursos** repassados aos **fundos de saúde** dos estados, do DF e dos municípios deve realizar-se, **exclusivamente**, mediante:

1. Cheque nominativo,
2. Ordem bancária,
3. Transferência eletrônica disponível ou
4. Outra modalidade de saque autorizada pelo Banco Central do Brasil, em que fique identificada a sua destinação e, no caso de pagamento, o credor

Art. 14° e Art. 16°

Fundo de saúde

- É **instituído** por lei
- Mantido em funcionamento pela administração **direta** da união, dos estados, do DF e dos municípios,
- Constituir-se-á em **unidade orçamentária e gestora** dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde,
  - **Ressalvados** os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde.
- O repasse dos recursos será feito **diretamente ao fundo de saúde** do respectivo ente da federação e, no caso da união, também às demais unidades orçamentárias do Ministério da Saúde

§ 3° do Art. 16°

As **instituições financeiras referidas** no § 3° do art. 164 da Constituição Federal:

⇩

- Banco Central e
- Instituições financeiras oficiais

- São **obrigadas** a evidenciar, nos demonstrativos financeiros das contas correntes do ente da federação, divulgados inclusive em meio eletrônico:

⇩

- Os **valores globais das transferências** e as parcelas correspondentes **destinadas ao fundo de saúde**, observadas as normas editadas pelo Banco Central do Brasil.

Artigo 18°

O rateio dos recursos da união vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados na forma do caput dos art. 18 e 22 aos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios observará:

1. As necessidades de saúde da população,
2. A dimensão epidemiológica,
3. A dimensão demográfica,

4. A dimensão socioeconômica,
5. A dimensão espacial e
6. A capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde
7. Disposto no art. 35 da lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990:
   - 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.

⇩

De forma a atender o seguinte objetivo: **progressiva redução das disparidades regionais**

↓

Objetivo do inciso II do § 3o do art. 198 da CF

COMENTÁRIO

ATENÇÃO! APENAS O PARÁGRAFO 1º, DO ARTIGO 35 DA LEI 8.080/90 FOI REVOGADO.

§ 1° do Art. 17°

O Ministério da Saúde definirá e publicará, anualmente, os **montantes a serem transferidos** a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada município para custeio das ações e serviços públicos de saúde, utilizando metodologia:

- Pactuada na comissão intergestores tripartite e
- Aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde

§ 2° do Art. 17°

Os recursos destinados a investimentos:

- Terão sua programação realizada anualmente e,
- Em sua alocação, serão considerados prioritariamente critérios que visem a:
  - Reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde e
  - Garantir a integralidade da atenção à saúde.

§ 3° do Art. 17°

O poder executivo, por meio do Ministério da Saúde manterá

1. Os conselhos de saúde e
2. Os tribunais de contas

— de cada ente da federação

Informados sobre o montante de recursos previsto para **transferência** da união para Estados, Distrito Federal e municípios **com base**:

- No plano nacional de saúde
- No termo de compromisso de gestão firmado entre a união, Estados e municípios

COMENTÁRIO

A lei 141/12 reforça o papel do controle social à medida que traz a transparência, no que diz respeito aos repasses financeiros e a movimentação dos recursos destinados às ações e serviços de saúde.

Artigo 18°

Os recursos do fundo nacional de saúde

⇩

- Destinados a despesas com as ações e serviços públicos de saúde, de custeio e capital,
- A serem executados pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos municípios

⇩

Serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma:
- Regular e automática,
- Dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos

COMENTÁRIO

Atenção que a forma de repasse sempre será **regular e automática, desde que** observados os critérios definidos no artigo 4º da lei 8.142/90

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

COMENTÁRIO

Nas situações especificas referidas no parágrafo único do artigo 18, as transferências aos fundos de saúde serão submetidas ao controle dos órgãos externos, como o Tribunal de Contas da União, conforme previsto no artigo 71, inciso VI, da CF/88.

Artigo 19°

O rateio dos recursos dos estados transferidos aos municípios para ações e serviços públicos de saúde será realizado **segundo:**

1. O critério de necessidades de saúde da população,
2. A dimensão epidemiológica,
3. A dimensão demográfica,
4. A dimensão socioeconômica
5. A dimensão espacial e
6. A capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde

↘ Observada a necessidade de reduzir as desigualdades regionais

§ 1° do Art. 19°

Os Planos Estaduais de Saúde

↓

- Deverão explicitar:

1. A metodologia de alocação dos recursos estaduais e
2. A previsão anual de recursos aos municípios:
   - Pactuadas pelos gestores estaduais e municipais, em comissão intergestores bipartite, e
   - Aprovadas pelo conselho estadual de saúde.

§ 2° do Art. 19°

O poder executivo, por meio da Secretaria de Saúde, manterá os respectivos:

1. Os conselhos de saúde e
2. Os tribunais de contas

↳ **Informados** sobre o montante de recursos previsto para **transferência** do Estado para os municípios **com base** no plano estadual de saúde

Art. 21° e paragrafo único

As transferências dos Estados para os municípios

⇩

- O poder executivo, por meio da Secretaria de Saúde, manterá os respectivos:

⇩

Serão realizadas diretamente aos fundos municipais de saúde, de forma:
- Regular e automática,
- Em conformidade com os critérios de transferência aprovados pelo respectivo conselho de saúde

Paragrafo único: *Em situações específicas, os recursos estaduais poderão ser repassados aos Fundos de Saúde por meio de transferência voluntária realizada entre o Estado e seus municípios, adotados quaisquer dos meios formais previstos no inciso VI do art. 71 da Constituição Federal, observadas as normas de financiamento.*

Art. 20°

Os estados e os municípios que estabelecerem consórcios ou outras formas legais de cooperativismo para:

⇩

1. A execução conjunta de ações e serviços de saúde e
2. Cumprimento da diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da rede de serviços,

⇩

Poderão remanejar entre si parcelas dos recursos dos fundos de saúde:

- Derivadas de receitas próprias e
- Derivadas de transferências obrigatórias,

⇩

Que serão administradas segundo modalidade gerencial pactuada pelos entes envolvidos.

↓

Esta modalidade gerencial deverá estar em consonância:

1. Com os preceitos do Direito Administrativo
2. Com os princípios da Lei 8.080/90
3. Com os princípios da Lei 8.142/90
4. Com os princípios da Lei 11.107/2005 (consórcios públicos)
5. Com as normas do SUS:
   - Pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite e
   - Aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde

Artigo 22°

É vedada a exigência de restrição à entrega dos recursos referidos no inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal na modalidade regular e automática prevista nesta Lei Complementar, os quais são considerados transferência obrigatória destinada ao custeio de ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, sobre a qual não se aplicam as vedações do inciso X do art. 167 da Constituição Federal e do art. 25 da Lei Complementar no 101, de 4 de maio de 2000.

Parágrafo único:
Esta vedação **não impede** a União e os Estados de condicionarem a entrega dos recursos:
1. À instituição e ao funcionamento do Fundo e do Conselho de Saúde no âmbito do ente da Federação; e
2. À elaboração do Plano de Saúde.

COMENTÁRIO

Observem que mesmo existindo uma proibição de exigências para entrega de recursos, a existência e funcionamento do fundo e do conselho de saúde, bem como a elaboração do plano de saúde mantém-se como condição por parte da União e dos Estados.

Artigo 23°

Para a fixação inicial dos valores correspondentes aos recursos mínimos estabelecidos nesta lei

⇩

Será considerada a **receita estimada na lei do orçamento anual:**

ajustada, quando for o caso, por lei que autorizar a abertura de créditos adicionais

Parágrafo Único: As diferenças entre a receita e a despesa previstas e as efetivamente realizadas que resultem no não atendimento dos percentuais mínimos obrigatórios serão apuradas e corrigidas a cada quadrimestre do exercício financeiro

COMENTÁRIO

Relatório quadrimestral previsto no inciso X, Quarta Diretriz, Resolução 432/12. Mais uma vez a lei 141/12 deixa claro a importância dos Conselhos de Saúde.

Art. 24 e § 1° e § 2°:

Para efeito de **cálculo** dos **recursos mínimos** a que se refere esta Lei, serão consideradas:

1. As despesas liquidadas e pagas no exercício; e
2. As despesas empenhadas e **não** liquidadas, inscritas em Restos a Pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, consolidadas no Fundo de Saúde.

- A disponibilidade de caixa vinculada aos Restos a Pagar, e posteriormente cancelados ou prescritos, **deverá** ser, necessariamente
  - aplicada em ações e serviços públicos de saúde

⇩

- Até o término do exercício seguinte ao do cancelamento ou da prescrição dos respectivos Restos a Pagar
- Mediante dotação específica para essa finalidade, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício correspondente

§ 3°:

Nos Estados, no Distrito Federal e nos municípios, **serão** consideradas para fins de apuração dos **percentuais mínimos fixados nesta Lei Complementar:**

- As despesas incorridas no período referentes à amortização e aos respectivos encargos financeiros decorrentes de operações de crédito contratadas a partir de 1o de janeiro de 2000, visando ao financiamento de ações e serviços públicos de saúde.

§ 4°:

Não serão consideradas para fins de apuração dos mínimos constitucionais definidos nesta Lei Complementar as ações e serviços públicos de saúde referidos no art. 3°:

I. Na União, nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios, referentes às despesas custeadas com receitas provenientes de operações de crédito contratadas para essa finalidade ou quaisquer outros recursos não considerados na base de cálculo da receita, nos casos previstos nos art. 6° e 7°;

Art. 25º

- Eventual diferença que implique o **não atendimento**, em determinado exercício, dos **recursos mínimos** previstos nesta lei

⇩

- **Deverá ser acrescida** ao montante mínimo do exercício subsequente ao da apuração da diferença, sem prejuízo:
  1. Do montante mínimo do exercício de referência e
  2. Das sanções cabíveis.

Art. 25º - Parágrafo unico

Compete ao **Tribunal de Contas**

Verificar a aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde de cada ente da Federação sob sua jurisdição,

- Sem prejuízo do disposto no artigo 39

O Ministério da Saúde manterá sistema de registro eletrônico centralizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos da União, dos Estados, do DF e dos municípios, incluída sua execução, garantido o acesso público às informações.

- E observadas as normas estatuídas nesta Lei complementar

Art. 26º

Para fins de efetivação do disposto no inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal, o condicionamento da entrega de recursos poderá ser feito mediante exigência da comprovação de aplicação adicional do percentual mínimo que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde no exercício imediatamente anterior, apurado e divulgado segundo as normas estatuídas nesta Lei Complementar, depois de expirado o prazo para publicação dos demonstrativos do encerramento do exercício previstos no art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

§ 1º

No caso de descumprimento dos percentuais mínimos pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios, verificado a partir da fiscalização dos Tribunais de Contas ou das informações declaradas e homologadas na forma do sistema eletrônico instituído nesta Lei Complementar, a União e os Estados poderão restringir, a título de medida preliminar, o repasse dos recursos referidos nos incisos II e III do § 2º do art. 198 da Constituição Federal ao emprego em ações e serviços públicos de saúde, até o montante correspondente à parcela do mínimo que deixou de ser aplicada em exercícios anteriores, mediante depósito direto na conta corrente vinculada ao Fundo de Saúde, sem prejuízo do condicionamento da entrega dos recursos à comprovação prevista no inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal.

§ 2º

Os Poderes Executivos da União e de cada Estado editarão, no prazo de 90 (noventa) dias a partir da vigência desta Lei Complementar, atos próprios estabelecendo os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências constitucionais de que trata o § 1º, a serem adotados caso os

recursos repassados diretamente à conta do Fundo de Saúde não sejam efetivamente aplicados no prazo fixado por cada ente, o qual não poderá exceder a 12 (doze) meses contados a partir da data em que ocorrer o referido repasse.

§ 3°
Os efeitos das medidas restritivas previstas neste artigo serão suspensos imediatamente após a comprovação por parte do ente da Federação beneficiário da aplicação adicional do montante referente ao percentual que deixou de ser aplicado, observadas as normas estatuídas nesta Lei Complementar, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício corrente.

§ 4°
A medida prevista no caput será restabelecida se houver interrupção do cumprimento do disposto neste artigo ou se for constatado erro ou fraude, sem prejuízo das sanções cabíveis ao agente que agir, induzir ou concorrer, direta ou indiretamente, para a prática do ato fraudulento.

§ 5°
Na hipótese de descumprimento dos percentuais mínimos de saúde por parte dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, as transferências voluntárias da União e dos Estados poderão ser restabelecidas desde que o ente beneficiário comprove o cumprimento das disposições estatuídas neste artigo, sem prejuízo das exigências, restrições e sanções previstas na legislação vigente.

Art. 27

Quando os **órgãos de controle interno:**
- Do ente beneficiário,
- Do ente transferidor ou
- O Ministério da Saúde

⇩

Detectarem que os recursos previstos no inciso II do § 3° do art. 198 da Constituição Federal estão sendo utilizados:
- Em ações e serviços diversos dos previstos no art. 3° desta Lei Complementar, ou
- Em objeto de saúde diverso do originalmente pactuado,

↓

Darão ciência ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público competentes, de acordo com a origem do recurso, com vistas:

I. À adoção das providências legais, no sentido de determinar a **imediata devolução dos referidos recursos** ao Fundo de Saúde do ente da Federação beneficiário, devidamente atualizados por índice oficial adotado pelo ente transferidor, visando ao cumprimento do objetivo do repasse;
II. **À responsabilização** nas esferas competentes.

COMENTÁRIO

A lei 141/12 também fortalece o sistema nacional de auditoria (auditoria, avaliação e controle)

Art. 28

São vedadas:
- A limitação de empenho e

- A movimentação financeira

  ↳ Que comprometam a aplicação dos recursos mínimos de que tratam os arts. 5° a 7°.

Art. 29

É **vedado** aos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios excluir **da base de cálculo** das receitas de que trata esta Lei Complementar:

↳ **Quaisquer parcelas de impostos ou transferências constitucionais** vinculadas a fundos ou despesas, por ocasião da apuração do percentual ou montante mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde.

Art. 30

- Os planos plurianuais,
- As leis de diretrizes orçamentárias,
- As leis orçamentárias e
- Os planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da união, dos estados, do distrito federal e dos municípios

↳ serão elaborados de modo a dar **cumprimento ao disposto nesta lei complementar.**

§ 1°
O processo de planejamento e orçamento será ascendente e deverá partir das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos.

COMENTÁRIO

Como previsto em LOS 8080/90 e Decreto 7.508/11

§ 2°
Os planos e metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais
- Constituirão a base para os planos e metas estaduais,
  - Que promoverão a equidade interregional.

§ 3°
Os planos e metas estaduais
- Constituirão a base para o plano e metas nacionais,
  - Que promoverão a equidade interestadual.

§ 4°
Caberá aos **conselhos de saúde** deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades.

Art. 3

Os órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios **darão ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público**, das prestações de contas

periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade, com ênfase no que se refere a:

I. Comprovação do cumprimento do disposto nesta Lei Complementar;
II. Relatório de Gestão do SUS;
III. Avaliação do Conselho de Saúde sobre a gestão do SUS no âmbito do respectivo ente da Federação

Parágrafo único. A transparência e a visibilidade serão asseguradas mediante:

- Incentivo à participação popular e
- Realização de audiências públicas,

durante o processo de elaboração e discussão do **plano de saúde.**

Art. 32

Os órgãos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios manterão **registro contábil** relativo às despesas efetuadas com ações e serviços públicos de saúde.

Parágrafo único. As normas gerais para fins do registro serão editadas pelo órgão central de contabilidade da União,
- Observada a necessidade de segregação das informações,
- Com vistas a dar cumprimento às disposições desta Lei Complementar

Art. 33

O **gestor de saúde** promoverá a consolidação das contas referentes às despesas com ações e serviços públicos de saúde executadas por órgãos e entidades da administração direta e indireta do respectivo ente da Federação.

Art. 34

A prestação de contas prevista no art. 37 conterá **demonstrativo das despesas com saúde integrante do Relatório Resumido da Execução Orçamentária.**
- A fim de subsidiar a emissão do parecer prévio de que trata o art. 56 da Lei Complementar no 101, de 4 de maio de 2000.

Art. 35

As **receitas correntes** e as **despesas com ações e serviços públicos de saúde** serão apuradas e publicadas:
- Nos balanços do Poder Executivo,
- Assim como em demonstrativo próprio que acompanhará o relatório de que trata o § 3° do art. 165 da Constituição Federal.

Art. 36

O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará **relatório** detalhado referente ao **quadrimestre anterior**, o qual conterá, no mínimo, as seguintes informações:

1 • Montante e fonte dos recursos aplicados no período;

2 • Auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;

3 • Oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada,
  • Cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

⇩

§ 1°
A União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios deverão comprovar a observância do disposto neste artigo:
- Mediante o envio de **Relatório de Gestão**, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da exècução financeira ao respectivo **Conselho de Saúde.**

- Cabendo ao Conselho emitir **parecer conclusivo** sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas nesta Lei Complementar,
  - Ao qual será dada **ampla divulgação**, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, sem prejuízo do disposto nos art. 56 e 57 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000

§ 2°
Os entes da Federação deverão encaminhar a **programação anual do Plano de Saúde** ao respectivo **Conselho de Saúde,** para aprovação:
- antes da data de encaminhamento da lei de diretrizes orçamentárias do exercício correspondente,
- à qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público.

§ 3°
Anualmente, os entes da Federação atualizarão o cadastro no Sistema de que trata o art. 39 desta Lei Complementar, com menção às exigências deste artigo, além de indicar a data de aprovação do Relatório de Gestão pelo respectivo Conselho de Saúde.

§ 4°
O Relatório de que trata o caput será elaborado de acordo com modelo padronizado aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde,
- Devendo-se adotar modelo simplificado para Municípios com população **inferior a 50 mil (cinquenta mil) habitantes.**

§ 5°
O gestor do SUS apresentará, até o final dos meses de **maio, setembro e fevereiro**, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação, o Relatório de que trata o caput.

Art. 37

Os órgãos fiscalizadores examinarão, prioritariamente, na prestação de contas de recursos públicos prevista no art. 56 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, o cumprimento do disposto no art. 198 da Constituição Federal e nesta Lei Complementar

Art. 38

O Poder **Legislativo, diretamente** ou com o **auxílio**:
- dos Tribunais de Contas,
- do sistema de auditoria do SUS,
- do órgão de controle interno e
- do Conselho de Saúde de cada ente da Federação,

⇩

Sem prejuízo do que dispõe esta Lei Complementar,

⇩

- **Fiscalizará** o cumprimento **das normas** desta Lei Complementar, com ênfase no que diz respeito:

1 • à elaboração e execução do **Plano de Saúde Plurianual**

2 • ao cumprimento das **metas para a saúde estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias;**

3 • à aplicação dos **recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde,** observadas as regras previstas nesta Lei Complementar;

4 • às transferências dos recursos aos Fundos de Saúde;

5 • à aplicação dos recursos vinculados ao SUS

6 • à destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde.

Art. 39

Sem prejuízo das atribuições próprias:

⇩

- do Poder Legislativo e
- do Tribunal de Contas de cada ente da Federação,

O **Ministério da Saúde** manterá **sistema de registro eletrônico centralizado das informações de saúde** referentes aos **orçamentos públicos** da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, **incluída sua execução, garantido o acesso público às informações.**

§ 1°

O Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (Siops), ou outro sistema que venha a substituí-lo, será desenvolvido com observância dos seguintes requisitos mínimos, além de outros estabelecidos pelo Ministério da Saúde mediante regulamento:

I. Obrigatoriedade de **registro e atualização** permanente **dos dados** pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios;
II. Processos **informatizados** de declaração, armazenamento e exportação dos dados;
III. Disponibilização do **programa de declaração aos gestores do SUS** no âmbito de cada ente da Federação, preferencialmente em meio eletrônico de acesso público;
IV. Realização de **cálculo automático dos recursos mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde**
    - previstos nesta Lei Complementar,
    - que deve constituir **fonte de informação** para elaboração dos demonstrativos contábeis e extracontábeis;
V. Previsão de **módulo específico de controle externo,** para registro, por parte do Tribunal de Contas com jurisdição no território de cada ente da Federação, das informações sobre a aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde consideradas para fins de emissão do parecer prévio divulgado nos termos dos art. 48 e 56 da Lei Complementar n° 101, de 4 de maio de 2000, sem prejuízo das informações declaradas e homologadas pelos gestores do SUS;
VI. **Integração**, mediante processamento automático, **das informações do Siops ao sistema eletrônico centralizado de controle das transferências da União aos demais entes da Federação** mantido pelo Ministério da Fazenda,
    - para fins de controle das disposições do inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal e do art. 25 da Lei Complementar n° 101, de 4 de maio de 2000.

§ 2°

Atribui-se ao **gestor de saúde** declarante dos dados contidos no sistema especificado no caput a responsabilidade:

- pelo **registro dos dados no Siops** nos prazos definidos,
- assim como pela **fidedignidade dos dados homologados**, aos quais se conferirá fé pública para todos os fins previstos nesta Lei Complementar e na legislação concernente.

§ 3°

O **Ministério da Saúde** estabelecerá:

- as diretrizes para o funcionamento do sistema informatizado,
- bem como os prazos para o registro e homologação das informações no Siops,
    - conforme pactuado entre os gestores do SUS, observado o disposto no art. 52 da Lei Complementar n° 101, de 4 de maio de 2000.

§ 4°

Os resultados do monitoramento e avaliação previstos neste artigo serão apresentados de forma objetiva, inclusive por meio de indicadores, e **integrarão o Relatório de Gestão** de cada ente federado, conforme previsto no art. 4o da Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

§ 5°
O Ministério da Saúde, sempre que verificar o **descumprimento das disposições previstas nesta Lei Complementar**, dará ciência:

à direção local do SUS

ao respectivo conselho de saúde

os órgão de auditoria do SUS

Ao Ministério Público

aos órgãos de controle interno e externo do respectivo ente da Federação

observada a origem do recurso para a adoção das medidas cabíveis

§ 6°
O descumprimento do disposto neste artigo implicará a **suspensão das transferências voluntárias entre os entes da Federação**,

- Observadas as normas estatuídas no art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

Art. 40

Os Poderes Executivos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios disponibilizarão, aos respectivos Tribunais de Contas, informações sobre o cumprimento desta Lei Complementar, com a finalidade de subsidiar as ações de controle e fiscalização.

Parágrafo único. *Constatadas divergências entre:*

- Os dados disponibilizados pelo **Poder Executivo** e
- Os obtidos pelos **Tribunais de Contas** em seus procedimentos de fiscalização,

Será dado ciência:

- ao Poder Executivo e
- à direção local do SUS,

⇩

- Para que sejam adotadas as **medidas cabíveis**, sem prejuízo das sanções previstas em lei.

Art. 41

Os Conselhos de Saúde

- No âmbito de suas atribuições **avaliarão** a cada quadrimestre:
  1. O relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e
  2. O relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução desta Lei Complementar nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde das populações respectivas e
- E encaminhará ao Chefe do Poder Executivo do respectivo ente da Federação as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias.

Art. 42

Os órgãos do sistema de auditoria, controle e avaliação do SUS, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, deverão verificar, pelo sistema de amostragem, o cumprimento do disposto nesta Lei Complementar, além de verificar a veracidade das informações constantes do Relatório de Gestão, com ênfase na verificação presencial dos resultados alcançados no relatório de saúde, sem prejuízo do acompanhamento pelos órgãos de controle externo e pelo Ministério Público com jurisdição no território do ente da Federação.

Art. 43

A **União** prestará **cooperação técnica e financeira** aos **Estados**, ao **Distrito Federal** e aos municípios para:

- A implementação do disposto no art. 20 e
- Para a modernização dos respectivos Fundos de Saúde, com vistas ao cumprimento das normas desta Lei Complementar.

§ 1° A cooperação técnica consiste na implementação de processos de educação na saúde e na transferência de tecnologia:
- Visando à operacionalização do sistema eletrônico de que trata o art. 39,
- Bem como na formulação e disponibilização de indicadores para a avaliação da qualidade das ações e serviços públicos de saúde, que deverão ser submetidos à apreciação dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 2° A cooperação financeira consiste na entrega de bens ou valores e no financiamento por intermédio de instituições financeiras federais.

Art. 44

No âmbito de cada ente da Federação, o gestor do SUS disponibilizará ao Conselho de Saúde, com prioridade para os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde, programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde, em conformidade com o § 2º do art. 1º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Art. 46

As infrações dos dispositivos desta Lei Complementar serão punidas segundo o Decreto- lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), a lei no 1.079, de 10 de abril de 1950, o Decreto-lei no 201, de 27 de fevereiro de 1967, a lei no 8.429, de 2 de junho de 1992, e demais normas da legislação pertinente.

Art. 47

Revogam-se o § 1º do art. 35 da lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o art. 12 da lei no 8.689, de 27 de julho de 1993.

Art. 48

Esta lei Complementar entra em vigor na data de sua publicação.

QUESTÕES

01 **(PREFEITURA DE LONDRINA/PR – 2013)** A Lei Complementar nº 141 dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo.

Com base na Lei Complementar nº 141, analise as afirmativas a seguir:

I. Os recursos da União são repassados ao Fundo Nacional de Saúde e às demais unidades orçamentárias que compõem o órgão Ministério da Saúde, para serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde.
II. Os Municípios aplicarão anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 10% (dez) da arrecadação dos impostos.
III. Os Estados aplicarão anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 23% (vinte e três) da arrecadação dos impostos, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.
IV. A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde o montante correspondente a 10% (dez) da arrecadação dos impostos.

Assinale a alternativa correta.

Ⓐ Somente a afirmativa I é correta.
Ⓑ as afirmativas I e II são corretas.
Ⓒ Somente as afirmativas I, II e III são corretas.
Ⓓ Somente as afirmativas I, II e IV são corretas.
Ⓔ As afirmativas I, II, III e IV são corretas.

●○○ Grau de dificuldade

Assertiva I: CORRETA. De acordo art. 12 da Lei Complementar 141/12: "Os recursos da União serão repassados ao Fundo Nacional de Saúde e às demais unidades orçamentárias que compõem o órgão." Ministério da Saúde, para ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde
Assertiva II: INCORRETA. Aos municípios cabe o valor mínimo é de 15%
Assertiva III: INCORRETA. Aos estados cabe o valor mínimo de 12%
Alternativa IV: INCORRETA. *"União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual."*

---

02 **(UNIFESP – Residência Multiprofissional em Saúde – 2014)** Segundo a Lei Complementar nº 141, que regulamenta a Emenda Constitucional 29, aprovada pelo Congresso em dezembro de 2011, os percentuais mínimos das receitas brutas correntes dos municípios e estados destinados obrigatoriamente à saúde são, respectivamente, de

Ⓐ 10% e 9%
Ⓑ 13% e 15%
Ⓒ 15% e 12%
Ⓓ 18% e 20%
Ⓔ 20% e 10%

●○○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** Entender o significado de contrapartida e a importância da fixação de valores mínimos para as ações e serviços de saúde definidos pela Lei em questão.

Alternativa C: CORRETA. Os valores mínimos a serem aplicados em ações e serviços de saúde são descritos na Lei Complementar 141/12 que regulamenta a EC nº 29/00. A Lei citada define os seguintes valores para as esferas de governo:

- "A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual."
- Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea "a" do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.
- Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea "b" do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal.

---

03 (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO – 2013 – SMS/RJ – Modificada pelo autor) Para efeito do cálculo do montante de recursos previsto na Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012, que dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde, devem ser considerados os recursos decorrentes da:

Ⓐ aplicação financeira do Fundo Nacional, Estadual e Municipal de saúde
Ⓑ arrecadação do percentual do INSS, IRF e do PIB
Ⓒ dotação orçamentária do exercício anterior, acrescida do percentual da inflação prevista para o exercício seguinte
Ⓓ dívida ativa, da multa e dos juros de mora provenientes dos impostos e da sua respectiva dívida ativa.

●●● Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** Leitura "seca" da Lei em questão.

Alternativa D: CORRETA. De acordo com a LEI 141/12: *"Art. 10. Para efeito do cálculo do montante de recursos previsto no § 3o do art. 5o e nos art. 6o e 7o, devem ser considerados os recursos decorrentes da dívida ativa, da multa e dos juros de mora provenientes dos impostos e da sua respectiva dívida ativa."*

---

04 (CISSUL- 2013 – Modificada pelo autor) A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, dentre outras atribuições, regulamenta as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo. Na referida lei, NÃO constitui despesas com ações e serviços públicos de saúde, EXCETO:

Ⓐ Capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).
Ⓑ Pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde.
Ⓒ Pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia da área da saúde.
Ⓓ Assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal.

●●○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** A questão exige atenção. O aluno deve ler com o que são consideradas ações e ser-

viços de saúde, de acordo com a Lei 141/12 em art.3°. Atentar que a banca solicita a alternativa que, não está inclusa nas ações e serviços que não são consideradas da área da saúde. Logo, a resposta verdadeira é aquela que traz uma ação e serviço de saúde definida pela lei.

Alternativa A: CORRETA. É considerada uma ação e serviço de saúde. Veja como consta na Lei:

"Art. 3° Observadas as disposições do art. 200 da Constituição Federal, do art. 6° da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e do art. 2o desta Lei Complementar, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos aqui estabelecidos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a:

I. vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;
II. atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;
III. capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);
IV. desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;
V. produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;
VI. saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;
VII. saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;
VIII. manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;
IX. investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;
X. remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;
XI. ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e
XII. Gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

Alternativa B, C e D: INCORRETAS. Não são ações e serviços de saúde, segundo a Lei 141/12.

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

I. pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;
II. pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;
III. assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;
IV. merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do art. 3o;
V. saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;
VI. limpeza urbana e remoção de resíduos;
VII. preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;
VIII. ações de assistência social;
IX. obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e
X. ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.

05 (FCC - TCE-SP - 2013) O Poder Legislativo, diretamente ou com o auxílio dos Tribunais de Contas, do sistema de auditoria do Sistema Único de Saúde - SUS, do órgão de controle interno e do Conselho de Saúde de cada ente da Federação, fiscalizará o cumprimento das normas da Lei Complementar no 141/2012, com ênfase no que diz respeito

Ⓐ à elaboração e execução do Plano de Saúde Anual.
Ⓑ ao cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na Lei Orçamentária Anual.
Ⓒ à aplicação dos recursos mínimos, públicos ou não, em ações e serviços públicos e privados de saúde.
Ⓓ às transferências dos recursos aos Fundos de Saúde.
Ⓔ à aplicação dos recursos, públicos e privados, vinculados e não vinculados ao SUS.

●○○ Grau de dificuldade

Alternativa D: CORRETA. De acordo com a Lei 141/12, em seu art. 38:
Art. 38. O Poder Legislativo, diretamente ou com o auxílio dos Tribunais de Contas, do sistema de auditoria do SUS, do órgão de controle interno e do Conselho de Saúde de cada ente da Federação, sem prejuízo do que dispõe esta Lei Complementar, fiscalizará o cumprimento das normas desta Lei Complementar, com ênfase no que diz respeito:
I. à elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual;
II. ao cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias;
III. à aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, observadas as regras previstas nesta Lei Complementar;
IV. às transferências dos recursos aos Fundos de Saúde;
V. à aplicação dos recursos vinculados ao SUS;
VI. à destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde.

---

06 (Senado Federal-FGV-2012) Com relação à Lei complementar 141/12, que Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal, para dispor sobre ações e serviços públicos de saúde, pode ser afirmado que:

Ⓐ Haverá automática concessão de créditos à saúde toda vez que a variação nominal do Produto Interno Bruto for majorada.
Ⓑ A vigilância epidemiológica e a remoção de resíduos são consideradas despesas vinculadas às ações e serviços públicos de saúde.
Ⓒ São diretrizes para as ações e serviços públicos de saúde a universalização, isonomia e gratuidade do sistema.
Ⓓ As taxas, tarifas ou multas arrecadadas por entidades da área da saúde que integram a administração dos Estados, deverão ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde pelas respectivas entidades.
Ⓔ Os recursos previstos na Lei Complementar 141/12 serão recolhidos e movimentados em contas específicas mantidas em instituição financeira oficial.

●●○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** A questão exige atenção, pois as alternativas são consideradas incorretas por não estarem completas, em relação a Lei.
Alternativa A: CORRETA. Lei 141/12 explicita que, em caso de variação negativa do PIB, o percentual de repasse por parte da União não poderá ser reduzido.
Alternativa B: INCORRETA. As ações de Vigilância epidemiológica são consideradas ações de saúde, prevista no artigo 3º da lei 141/12. Mas a remoção de resíduos não são consideradas ações de saúde e consta no artigo 4º da referida lei.

Alternativa C: INCORRETA. A questão substitui a forma de assistência igualitária por isonomia. Conforme artigo 2º da lei 141/12:
"Art. 2º Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, considerar-se-ão como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7o da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:
I - sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;"
Alternativa D: INCORRETA. A Lei 141/12 versa: *"Art. 9º Está compreendida na base de cálculo dos percentuais dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios qualquer compensação financeira proveniente de impostos e transferências constitucionais previstos no § 2º do art. 198 da Constituição Federal, já instituída ou que vier a ser criada, bem como a dívida ativa, a multa e os juros de mora decorrentes dos impostos cobrados diretamente ou por meio de processo administrativo ou judicial."*
Alternativa E: CORRETA. Segundo a lei 141/12: *"§ 2° Os recursos da União previstos nesta Lei Complementar serão transferidos aos demais entes da Federação e movimentados, até a sua destinação final, em contas específicas mantidas em instituição financeira oficial federal, observados os critérios e procedimentos definidos em ato próprio do Chefe do Poder Executivo da União."*

---

07 (CESPE- SESA/ES – 2013) Com base na Constituição Federal de 1988 (CF) e na Lei Complementar n.º 141/2012, que são instrumentos relevantes para a compreensão da gestão e da operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), assinale a opção correta.

Ⓐ A União, os estados e os municípios devem investir anualmente recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.
Ⓑ A capacitação de pessoal de saúde do SUS e as ações de assistência social são consideradas como despesas com ações e serviços públicos de saúde.
Ⓒ A saúde é um direito da população brasileira garantida mediante políticas sociais que visem, prioritariamente, ações de reabilitação e recuperação da saúde.
Ⓓ Os estados que estabelecerem consórcios para a execução conjunta de ações e serviços de saúde em suas regiões não poderão repassar diretamente os recursos oriundos dos fundos de saúde, pois esta é uma atribuição exclusiva da União.
Ⓔ Cabe exclusivamente à rede pública garantir o acesso universal à saúde, de modo a oferecer, pelo SUS, todos os procedimentos de atenção à saúde necessários ao cidadão.

●●○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** Nesta questão a banca exige conhecimento da Lei 141/12 e de outros marcos jurídicos.
Alternativa A: CORRETA. De acordo com a Lei 141/12: "Art. 5o A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.
Alternativa B: INCORRETA. A capacitação de pessoal da área da saúde é uma ação do SUS, onde pode haver despesas com o recurso da saúde. As ações de assistência social não são consideradas.
Alternativa C: INCORRETA. A saúde é um direito de todos e dever do estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas, tendo como prioridade as ações preventivas mas sem detrimento das ações curativas/assistenciais.
Alternativa D: INCORRETA. De acordo com a Lei 141/12: "Art. 21. Os Estados e os Municípios que estabelecerem consórcios ou outras formas legais de cooperativismo, para a execução conjunta de ações e serviços de saúde e cumprimento da diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da rede de serviços, poderão remanejar entre si parcelas dos recursos dos Fundos de Saúde

derivadas tanto de receitas próprias como de transferências obrigatórias, que serão administradas segundo modalidade gerencial pactuada pelos entes envolvidos."

Alternativa E: INCORRETA. As instituições privadas podem prestar ações e serviços de saúde, em caráter complementar ao SUS, através de convênios ou contratos. Logo, não é exclusividade da rede pública.

REFERÊNCIAS

1. _____, Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012, Regulamenta o § 3o do art.198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: http:// www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm. Acesso em 03/04/15.

08
CAPÍTULO

Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012

Natale Oliveira de Souza e Yara Cardoso Coletto

O **Plenário do Conselho Nacional de Saúde** resolve:

⇩

Aprovar as seguintes **Diretrizes** para:

- Instituição,
- Reformulação,
- Reestruturação e
- Funcionamento

dos Conselhos de Saúde:

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 333/03 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:**

COMENTÁRIO

A resolução vem fortalecer o controle social, dada a sua importância para a consolidação do SUS. Mas atente que sua disposição é apenas para uma das instâncias de controle social: os conselhos de saúde! Este marco é dividido em **cinco diretrizes**, o que facilita o entendimento. Sinalizarei algumas "pegadinhas" que foram questões de prova. Esta resolução não altera nenhum dispositivo da lei 8.142/90.

1 - DA DEFINIÇÃO DE CONSELHO DE SAÚDE

Primeira Diretiz

O conselho de Saúde

- É uma **instância** → Colegiada, Deliberativa, Permanente — do SUS, em **cada** esfera de Governo
- É **integrante** da estrutura organizacional do **Ministério da Saúde** e da **Secretaria de Saúde** dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios,
- Com composição, organização e competência → fixadas na Lei nº 8.142/90
- São espaços instituídos de **participação da comunidade**
  - **Nas políticas públicas de saúde**
  - **Na administração da saúde**

O processo **bem-sucedido de descentralização** da saúde promoveu o surgimento de:

- Conselhos Regionais
- Conselhos Locais
- Conselhos Distritais de Saúde

Sob a **coordenação** dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente

→ Incluindo os Conselhos dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas

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

COMENTÁRIO

O conselho é um subsistema da seguridade social, pois a lei 8.142/90 que regulamenta os artigos constitucionais estão no **título VIII, Seção 2 – da Seguridade social**

2 - 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

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

3 - A ORGANIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Terceira Diretriz

A participação da sociedade organizada, garantida na legislação

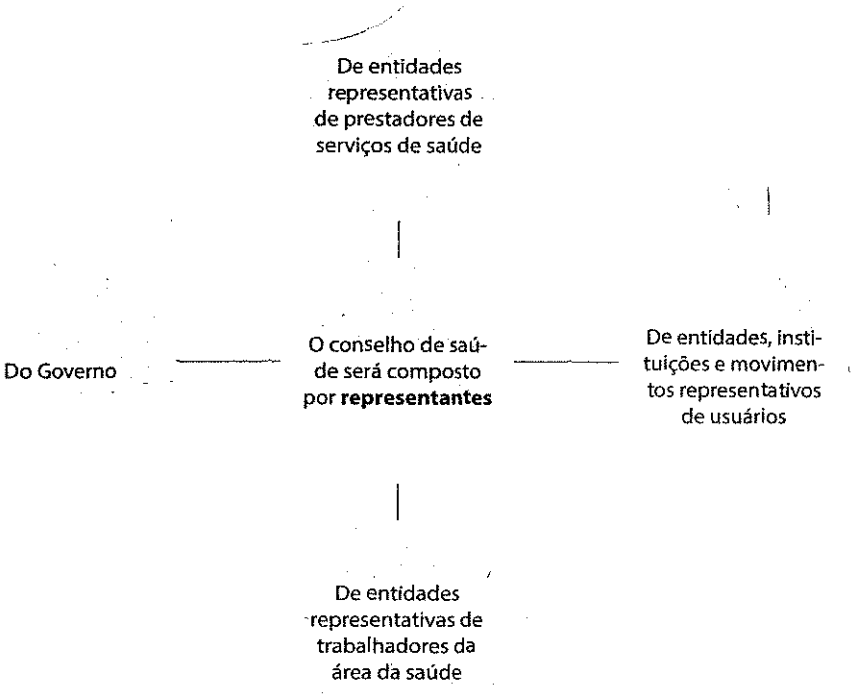
Torna os Conselhos de Saúde uma instância **privilegiada** na:

- 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 **presidente** será eleito entre os membros do Conselho, **em reunião plenária**

Nos municípios onde **não** existem:

- Entidades
- Instituições
- 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

O **número de conselheiros** será:
- Definido pelos Conselhos de Saúde e
- Constituído em lei.

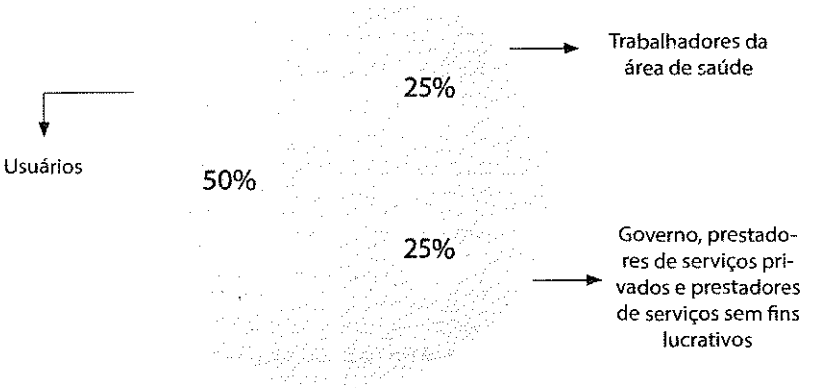
COMENTÁRIO

Atenção: observem que o número de conselheiros será definido pelos conselhos (Regimento Interno) mas a representatividade (percentual) é definida na lei 8.142/9.

As **vagas** deverão ser **distribuídas** da seguinte forma:

- 50% de entidades e movimentos representativos de **usuários – composiçaõ paritária**
- 25% de entidades representativas dos **trabalhadores da área de saúde;**
- 25% de representação de → Governo e
  Prestadores de serviços privados conveniados
  Prestadores de serviços sem fins lucrativos

Composição dos Conselhos de Saúde



A participação de:

- Órgãos
- Entidades e
- Movimentos

Sociais

Terá como Critérios:

1. A representatividade,
2. A abrangência e
3. 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**:

1. Associações de pessoas com patologias;
2. Associações de pessoas com deficiências;
3. Entidades indígenas;
4. Movimentos sociais e populares, organizados (movimento negro, LGBT etc);
5. Movimentos organizados de mulheres, em saúde;
6. Entidades de aposentados e pensionistas;
7. Entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;
8. Entidades de defesa do consumidor;
9. Organizações de moradores;
10. Entidades ambientalistas;

11. Organizações religiosas;
12. Trabalhadores da área de saúde: associações, confederações, conselhos de profissões regulamentadas, federações e sindicatos, obedecendo as instâncias federativas
13. Comunidade científica;
14. Entidades públicas, de **hospitais universitários** e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento;
15. Entidades patronais;
16. Entidades dos prestadores de serviço de saúde; e
17. Governo.

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.

Recomenda-se que, **a cada eleição**, ao seu critério, os segmentos de representações de:

- Usuários,
- Trabalhadores e
- Prestadores de serviços.

Promovam a **renovação** de, **no mínimo, 30%** de suas entidades representativas.

A representação nos segmentos deve ser **distinta e autônoma** em relação aos demais segmentos que compõem o Conselho, por isso:

Um profissional

1. Com cargo → de **direção** ou de **confiança** na gestão do SUS
2. Como prestador de serviços de saúde

Não pode ser representante:

- dos(as) **Usuários**(as) ou
- de **Trabalhadores**(as)

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:

- Usuários(as)
- Trabalhador(a)

E, a juízo da entidade, **indicativo de substituição do conselheiro(a):**

A participação:

- Dos membros eleitos do Poder Legislativo,
- De representação do Poder Judiciário e
- De representação do ministério Público,

} Como conselheiros, **não é permitida** nos Conselhos de Saúde.

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.

As funções, como **membro** do conselho da Saúde:

- **Não** serão remuneradas;
- Considerando-se o seu exercício de relevância pública
- 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.

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

4 - ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Quarta Diretriz

As três esferas de Governo **garantirão:**

1. Autonomia administrativa para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde,
2. Dotação orçamentária,

3. Autonomia financeira e
4. Organização da secretaria-executiva

Com a necessária **infraestrutura e apoio** técnico:

COMENTÁRIO

Os conselhos estão vinculados, em âmbito nacional, estadual e municipal, respectivamente, ao Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de saúde e Secretaria Municipal de saúde. Mas, **a partir desta resolução** eles passam a ter:

- autonomia administrativa;
- dotação orçamentária;
- autonomia financeira;
- organização da secretaria-executiva

- Cabe ao Conselho de Saúde deliberar em relação à:
  - Sua estrutura Admnistrativa
  - Quadro de pessoal

- O Conselho de Saúde contará com uma **secretaria-executiva**
  - **Coordenada:** por pessoa preparada para a função,
  - **Função:** suporte técnico e administrativo,
  - **Subordinada:** ao Plenário do Conselho de Saúde, que definirá sua estrutura e dimensão;

- O Conselho de saúde **decide** sobre o seu orçamento;

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

As **reuniões plenárias** dos conselhos de saúde:
- São abertas ao público
- Deverão acontecer em espaços e horários que possibilitem a participação da sociedade

COMENTÁRIO

Qualquer cidadão poderá participar das reuniões dos Conselhos. Porém, o poder de **votar** cabe somente aos **membros** do conselho, ok?

- 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

↳ Essas comissões poderão contar com integrantes **não** conselheiros

COMENTÁRIO

Perceba que as comissões intersetoriais que tratem de ações **transitórias** poderão contar com integrantes que não sejam membros (conselheiros)

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

As **decisões** do Conselho de Saúde serão adotadas ⟶ mediante quórum mínimo (metade + 1) dos seus integrantes

↳ Ressalvados os casos regimentais nos quais se exija:
- Quórum especial, ou
- Maioria qualificada de votos

Maioria Qualificada ⟶ **2/3 (dois terços)** do total de membros do conselho;

Maioria Simples ⟶ O número inteiro imediatamente superior à metade dos **membros presentes**;

Maioria Absoluta ⟶ O número inteiro imediatamente superior à **metade de membros do conselho**.

Qualquer alteração na organização dos Conselhos de Saúde:

- Preservará o que está garantido em lei
- Deve ser proposta pelo próprio Conselho e
- Deve ser votada em reunião plenária, com quórum qualificado,

Para depois ser alterada em seu Regimento Interno e homologada pelo gestor da esfera correspondente

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:

1. Andamento do plano de saúde,
2. Agenda da saúde pactuada,
3. Relatório de gestão,
4. Dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos,
5. As auditorias iniciadas e concluídas no período ea 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 (revogado) e
- com a Lei Complementar nº 141/2012

COMENTÁRIO

Observem que a **cada quadrimestre** deverá constar na pauta da reunião do conselho o pronunciamento do gestor! Com que finalidade? – Para que o gestor preste contas em relatório detalhado sobre o andamento do plano de saúde, agenda, relatório de gestão. **O relatório de gestão é anual.**

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

O Pleno do Conselho de Saúde deverá **manifestar-se** por meio de:

- Recomendações,
- Moções
- Outros atos deliberativos e
- Resoluções

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 este prazo 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:

1. à justiça e
2. 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**:

1. 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;

2. Elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento;

3. Discutir, elaborar e aprovar → Propostas de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde

4. Atuar na formulação e no controle → da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros,
   - Propor estratégias para a aplicação da execução da política de saúde aos setores público e privado;

5. **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;

6. **Anualmente** deliberar sobre a aprovação ou não do relatório de gestão;

7. 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;

8. Proceder à **revisão periódica** dos planos de saúde;

9. **Deliberar** sobre os programas de saúde
   - 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;

10. **Avaliar**, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do SUS

11. Avaliar e deliberar sobre:
    - contratos,
    - consórcios e
    - convênios,

    conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do DF e Municipais;

12. Acompanhar e controlar a atuação do setor privado credenciado mediante contrato ou convênio na área de saúde

13. 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.

14. **Propor critérios** para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde
    - Acompanhar a movimentação e destino dos recursos;

15. **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;

16. Analisar, discutir e aprovar → o **relatório de gestão,**

    Com a prestação de contas e
    Informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros,
    Garantia do devido assessoramento;

17. 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;

18. **Examinar** propostas e denúncias de indícios de irregularidades,
    - Responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde,
    - Apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho nas suas respectivas instâncias;

19. 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;

20. Estimular articulação e intercâmbio entre:
    - Os Conselhos de Saúde,
    - Entidades,
    - Movimentos populares,
    - Instituições públicas e privadas;

    ] para a promoção da Saúde

21. Estimular, apoiar e promover → estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinente ao desenvolvimento do SUS;

22. Acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica, observados os padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sociocultural do País;

23. Estabelecer ações de:
    - Informação,
    - Educação e
    - Comunicação

    ] em saúde

    - Divulgar nos meios de comunicação:

- As funções e competências
- Trabalhos e
- Informações sobre as agendas, datas e local das reuniões e dos eventos;

do Conselho de Saúde,

24. 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;

25. Incrementar e aperfeiçoar o relacionamento sistemático com:
    - Os poderes constituídos,
    - Ministério Público, Judiciário e Legislativo,
    - Meios de comunicação,
    - Setores relevantes não representados nos conselhos;

26. Acompanhar a aplicação das normas sobre ética em pesquisas aprovadas pelo CNS

27. Deliberar, encaminhar e avaliar a Política de Gestão do Trabalho e Educação para a Saúde no SUS;

28. Acompanhar a implementação das propostas constantes do relatório das plenárias dos Conselhos de Saúde; e

29. Atualizar periodicamente as informações sobre o Conselho de Saúde no **Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS).**

COMENTÁRIO

o que é o SIACS?

O Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde é mais uma ferramenta de comunicação e informação para contribuir com a efetividade do Controle Social.

Todos os conselhos devem realizar seu cadastro, criando uma única rede de dados dos 5.569 conselhos municipais, dos 26 estaduais, do Distrito Federal e dos 36 conselhos distritais de saúde indígena junto ao Conselho Nacional de Saúde e ao Ministério da Saúde.

O SIACS resultará em um retrato detalhado dos conselhos de saude de todo o País, mostrando a composição dos colegiados e o cumprimento de normas legais relacionadas ao Sistema Único de Saúde.

Esta diretriz traz as atribuições do conselho. Observem que não há necessidade de decorar. Basta associar se a ação cobrada em prova esta ligada, direta ou indiretamente, ao controle social, como: educação popular, discussão, fiscalização, auditoria, dentre outros. Mas lembrem: os conselhos não executam ações – este é um papel dos gestores de cada esfera de governo! Os conselhos fiscalizam, acompanham, observam e deliberam sobre estas ações!

QUESTÕES

RESOLUÇÃO 453/12

01 (FUNCAB/ Pref. Anápolis/GO/2011) Na composição da Conferência de Saúde, a representação dos usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos deve ser de:

Ⓐ 75%
Ⓑ 50%
Ⓒ25%
Ⓓ20%
Ⓔ15%

●○○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** O inciso II da terceira diretriz da Res. 453/12, escreve em suas alíneas a composição dos Conselhos:

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."*

Resposta: Ⓑ

---

02 (IDECAN/HU-UFPE/2014) Na organização dos Conselhos de Saúde, a Resolução CNS nº 453/2012 recomenda que, a cada eleição, os segmentos de representações de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços, ao seu critério, promovam a renovação de suas entidades representativas, no mínimo, na proporção de:

Ⓐ 10%.
Ⓑ 25%.
Ⓒ 30%.
Ⓓ 50%.
Ⓔ 70%

●○○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** Observem o que diz o inciso v da terceira diretriz da resolução 453/12:
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.

Resposta: Ⓒ

---

03 (IBFC/HUB/2013) Sobre a Resolução 453/2012 do Conselho Nacional da Saúde, que define funcionamento dos conselhos de saúde, assinale a alternativa incorreta:

Ⓐ A cada eleição, os segmentos de representações de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços, ao seu critério, promovem a renovação de, no mínimo, 50% de suas entidades representativas.
Ⓑ Compete aos conselheiros examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, nas ações e aos serviços de saúde.

Ⓒ O tempo de mandato dos conselheiros será definido pelas respectivas representações.
Ⓓ O conselho de saúde terá poder de decisão sobre o seu orçamento e não será mais apenas o gerenciador de suas verbas.

●○○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** Questão de fácil resolução, a principal dica é: Ler a questão atentamente e grifar sempre o que pede, se é a assertiva correta ou como neste caso a incorreta.
Observem o que diz o inciso v da terceira diretriz da resolução 453/12:

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.

Com uma rápida leitura, se verifica que a porcentagem de renovação é de 30% e não de 50% como versa a assertiva. Logo, já encontramos nossa alternativa incorreta. Como o que precisamos é justamente da alternativa incorreta, o gabarito é letra A.

A assertiva B, traz uma das competências dos conselheiros, explicitada no inciso XVIII, da quinta diretriz da resolução, que diz:

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:

XVIII - 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;

É importante atentar que o inciso supracitado não está transcrito em seu conteúdo integral, o que não torna a assertiva incorreta.

A assertiva C necessita bastante atenção, pois não há no texto a afirmação que o mandato dos conselheiros será definido pelas respectivas representações. Mas a partir de uma leitura mais apurada da terceira diretriz que trata sobre a organização dos conselhos, mas precisamente em seus incisos iv e v fica subentendido que os conselhos têm autonomia total com relação ao processo eleitoral, inclusive no que tange ao mandato dos conselheiros. Ainda nesse sentido há uma atualização recente na página do conselho nacional de saúde, que ao fazer um comparativo com a resolução 333, em seu item 2, deixa claro essa autonomia.

Vejam os incisos:

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.

Podemos então afirmar que a assertiva C está correta.

Como podemos observar na quarta diretriz, em seu inciso III, o conselho de saúde terá autonomia em decidir sobre o seu orçamento. Logo, a assertiva D está Correta.

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

Resposta: Ⓐ

---

04 **(AOCP/HUCAM-UFES/2014)** De acordo com a Resolução 453/2012, assinale a alternativa INCORRETA.

Ⓐ cabe ao Conselho de Saúde deliberar em relação à sua estrutura administrativa e ao quadro de pessoal.
Ⓑ 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.
Ⓒ o Conselho de Saúde decide sobre o seu orçamento.
Ⓓ 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.
Ⓔ as reuniões plenárias dos Conselhos de Saúde são fechadas ao público e deverão acontecer em recintos exclusivos do ministério da saúde.

●●○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** A dica principal da questão anterior também é pertinente a esta.
Uma das seções da resolução 453/12, trata da estrutura e funcionamento dos conselhos de saúde. Vejam o que diz a quarta diretríz em seu inciso I:

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

Como podemos observar, a assertiva A traz uma transcrição completa do inciso supracitado, logo, está correta.

Na assertiva B, observamos que está transcrito o inciso II da quarta diretriz, que diz:

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;

Então, se trata de um recorte e cole da resolução, logo, a assertiva B está correta.

Seguindo a leitura da questão podemos observar que tanto a assertiva C quanto D, são recorte e cole dos incisos iii e iv da resolução respectivamente:

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;

Ambas estão CORRETAS.

Vejam agora o que diz o inciso V da quarta diretriz da resolução 453/12:
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;

Fica claro que a assertiva E está incorreta, é importante que nós tenhamos a certeza de que os conselhos, cujo os objetivos são: consolidar, fortalecer, ampliar e acelerar o processo de controle social do sus e que são consagrados pela participação da sociedade civil organizada, não poderia realizar reuniões fechadas e em locais de difícil acesso popular.

Resposta: Ⓔ

---

05 **(IADES/HU-UFTM/201)** De acordo com a Resolução 453/2012, as resoluções aprovadas pelo Pleno do Conselho de Saúde serão obrigatoriamente homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo, em um prazo de:

Ⓐ 05 dias.
Ⓑ 10 dias.
Ⓒ 15 dias.
Ⓓ 30 dias.
Ⓔ 45 dias.

●●○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** Questão que precisa atenção, pois na Resolução são mencionados alguns números que em um ato falho pode causar dúvida.

A resposta desta questão é encontrada no inciso XII da quarta diretriz da resolução, que diz:

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.

Resposta: Ⓓ

---

06 **(AOCP/HUCAM-UFES/2014)** De acordo com a Resolução 453/2012, os Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal para aprovação ou não do relatório de gestão, deliberarão:

Ⓐ bienalmente.
Ⓑ anualmente.
Ⓒ semestralmente.
Ⓓ trimestralmente.
Ⓔ bimestralmente.

●○○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** Essa questão traz uma das competências dos conselhos, definida na quinta diretriz da resolução.

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:

VI - anualmente deliberar sobre a aprovação ou não do relatório de gestão;

Resposta: Ⓑ

07 (UFSM – 2014 – AOCP) Considerando o que a Resolução 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde dispõe sobre os Conselhos de Saúde, assinale a alternativa INCORRETA.

Ⓐ Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em âmbito nacional.
Ⓑ 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.
Ⓒ O Conselho de Saúde é um subsistema da Seguridade Social.
Ⓓ Os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde.
Ⓔ Os Conselhos de Saúde atuam na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

●●● Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** Vale ressaltar mais uma vez!!!
Atenção para o que pede a questão: Incorreta!
A definição de conselho de saúde está na primeira diretriz da resolução 453/12, que diz:

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.

Na assertiva A, nos deparamos com uma grande "pegadinha". E uma boa questão de prova no todo.

A assertiva traz uma transcrição quase completa das duas primeiras linhas do parágrafo que versa à respeito da definição de conselho, o equívoco está no âmbito de atuação, que não é nacional, e sim em cada esfera de governo (União, Estados, Distrito Federal e município).
Assim, já temos nossa assertiva incorreta.
Que nesta questão é a mais importante!

A assertiva B é uma transcrição de um dos parágrafos das considerações inicias da resolução que podemos verificar abaixo:

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;

Logo, a assertiva B está correta.

A assertiva C é um recorte e cole da primeira diretriz da resolução 453/12. Que em seu parágrafo único traz a seguinte redação:

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.

Logo, a assertiva C está correta.

Alternativa D necessita de uma interpretação dos objetivos dos conselhos, que em resumo é aproximação e a participação da sociedade na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da política de saúde, inclusive nos seus aspectos econô-

micos e financeiros.
Logo a assertiva D está correta.

A assertiva E trata da repetição das assertivas C e D, vamos relembrar o que diz no parágrafo único da primeira diretriz:
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.

Logo a assertiva E está correta
Resposta: Ⓐ

---

08 **(AOCP/HU-UFGD/2014)** Conforme a Resolução 453/2012, os Conselhos de Saúde são:

Ⓐ espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e privadas e na administração da saúde.
Ⓑ espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde.
Ⓒ espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde e da assistência social.
Ⓓ espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde e da previdência social.
Ⓔ espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e privadas e na administração da saúde e da assistência social.

●●○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** Questão que requer atenção, pois contém assertivas muito parecidas.
Primeiro ponto a ser observado:
a. Comunidade + politicas públicas.
b. Comunidade + administração da saúde.

Porque a assertiva A está incorreta?
Tão somente pela inclusão da palavra privadas.

A assertiva B está correta, por trazer a transcrição das duas últimas linhas do caput da primeira diretriz da resolução:

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.

Optei por transcrever todo o parágrafo por este ser muito esclarecedor e destacar as linhas chaves para esta questão.
As assertivas C e D estão incorretas, por apresentarem complementos que não fazem parte dos objetos dos conselhos de saúde: assistência social e previdência social respectivamente.

A assertiva E está incorreta, por incluir a palavra privada e ainda outro complemento: assistência social.

Resposta: Ⓑ

---

09 (FUNCAB- Pref. Colatina-ES/2012) Os Conselhos de Saúde são instâncias colegiadas que garantem o controle e participação da sociedade nas políticas de saúde. Em relação a esses Conselhos, marque a alternativa correta.

Ⓐ A fiscalização da movimentação de recursos repassados à Secretaria de Saúde e/ou ao Fundo de Saúde não é competência dos Conselhos de Saúde.
Ⓑ Os Conselhos de Saúde atuam prioritariamente na definição das metas com vistas ao alcance dos objetivos traçados para a política de saúde.
Ⓒ A participação na formulação das estratégias de implementação das políticas de saúde é uma das finalidades dos Conselhos de Saúde.
Ⓓ O trabalho do Conselho de Saúde tem as mesmas características do trabalho desenvolvido pelos gestores de saúde.
Ⓔ Os Conselhos de Saúde são responsáveis pela execução das políticas de saúde do SUS.

●●● Grau de dificuldade

Alternativa A: INCORRETA. Com relação as competências dos Conselhos devemos atentar para a quinta diretriz da Resolução 453/12. Especificamente para esta assertiva precisamos conhecer o teor do inciso XV, que versa:
"XV - 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;"
Alternativa B: INCORRETA. Ainda de acordo com a quinta diretriz da Resolução 453/12, os Conselhos não se limitam à definição de metas no que tange à política de saúde, mas atua de acordo com as necessidades econômicas e financeiras propondo estratégias para aplicação das políticas em setores públicos e privados.
Alternativa C: CORRETA. De acordo com o inciso IV da quinta diretriz da Resolução 453/12, que escreve:
"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;"
Alternativa D: INCORRETA. Os gestores do SUS são os representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções do Executivo na saúde: no âmbito nacional, o Ministro da Saúde; no âmbito estadual, o Secretário de Estado da Saúde, e no municipal, o Secretário Municipal de Saúde. Já os Conselhos de Saúde buscam participar da discussão das políticas de saúde, tendo uma atuação independente do governo, embora façam parte de sua estrutura, e onde se manifestam os interesses dos diferentes segmentos sociais, possibilitando a negociação de propostas e o direcionamento de recursos para diferentes prioridades.
Alternativa E: INCORRETA. Está claro no inciso IV da quinta diretriz da Resolução 453/12, que os Conselhos atuam no Controle da execução das políticas e não na execução propriamente dita.

---

10 (FUNCAB/Pref. Magé-RJ/2012) Em relação aos Conselhos de Saúde, marque a opção correta.

Ⓐ O mandato dos conselheiros será definido no Regimento Interno do Conselho, podendo coincidir com o mandato do Governo Estadual, Municipal, do Distrito Federal ou do Governo Federal.
Ⓑ O Plenário do Conselho de Saúde que se reunirá, no mínimo, a cada dois meses e, extraordinariamente, quando necessário, funcionará baseado em normas predefinidas.

Ⓒ Não cabe, em hipótese alguma, aos Conselhos de Saúde buscar auditorias externas e independentes sobre as contas e atividades do Gestor do SUS.
Ⓓ Os Conselhos de Saúde devem ser compostos por 40% de entidades de usuários, 30% de entidades dos trabalhadores da saúde e 30% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos.
Ⓔ Complete aos Conselhos de Saúde implementar a mobilização e a articulação contínuas da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social de Saúde.

●●○ Grau de dificuldade

Alternativa A: INCORRETA. O mandato dos conselheiros é definido no Regimento interno do Conselho e não deve coincidir com o mandato do governo ao qual ele está vinculado. Sugere-se a duração de dois anos, com possibilidade de recondução a critério das respectivas representações.
Alternativa B: INCORRETA. Vejamos o que escreve o inciso IV da quarta diretriz:
"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;"
Alternativa C: INCORRETA. De acordo com o escreve o inciso XI da quarta diretriz da Resolução 453/12:"XI - os Conselhos de Saúde, com a devida justificativa, buscarão auditorias externas e independentes sobre as contas e atividades do Gestor do SUS;"
Alternativa D: INCORRETA. O inciso II da terceira diretriz, escreve em suas alíneas a composição dos Conselhos:
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."
Alternativa E: CORRETA. De acordo com o inciso I da quinta diretriz da Resolução 453/12, que versa: *"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;"*

---

11 **(FUNCAB/Pref. Valença-RJ/2012)** Os Conselhos de Saúde consubstanciam a participação da sociedade na administração do SUS, propiciando e melhorando o controle social do sistema. Marque a alternativa correta no que se refere ao Conselho Nacional de Saúde.

Ⓐ Sua representação total deve ser de 25% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 50% de prestadores de serviços (público e privado).
Ⓑ Ao contrário dos Conselhos Municipais e Estaduais, os membros do Conselho Nacional de Saúde poderão ser remunerados.
Ⓒ Acompanha a execução do cronograma de transferência de recursos financeiros, consignados ao SUS, aos Estados, municípios e Distrito Federal.
Ⓓ Não compete a este Conselho deliberar sobre critérios para a definição de padrões e parâmetros assistenciais.
Ⓔ É responsável pela elaboração da Programação Anual de Saúde e do Plano de Saúde, dando suporte aos gestores estaduais e municipais.

●●○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** Observem que a questão trata especificamente do Conselho Nacional de Saúde, então vejamos:

Conforme o Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, são competências do Conselho Nacional de Saúde:

I. *atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, na esfera do Governo Federal, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros;*
II. *estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços;*
III. *elaborar cronograma de transferência de recursos financeiros aos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios, consignados ao Sistema Único de Saúde - SUS;*
IV. *aprovar os critérios e os valores para remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura de assistência;*
V. *propor critérios para a definição de padrões e parâmetros assistenciais;*
VI. *acompanhar e controlar a atuação do setor privado da área da saúde, credenciado mediante contrato ou convênio;*
VII. *acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde, visando à observação de padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sociocultural do País; e*
VIII. *articular-se com o Ministério da Educação quanto à criação de novos cursos de ensino superior na área de saúde, no que concerne à caracterização das necessidades sociais*

Alternativa A: INCORRETA. O inciso II da terceira diretriz, escreve em suas alíneas a composição dos Conselhos:
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."*

Alternativa B: INCORRETA. As funções dos conselheiros são consideradas de relevância pública, devendo se pautar pela ética, não tendo, os conselheiros, direito à remuneração ou privilégios.
Alternativa C: CORRETA. De acordo com o Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006 em seu inciso III, que diz:
"III - elaborar cronograma de transferência de recursos financeiros aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, consignados ao Sistema Único de Saúde - SUS;"
Alternativa D: INCORRETA. Cabe ao Conselho Nacional de Saúde aprovar os critérios e os valores para remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura de assistência, segundo o inciso IV do Decreto 5.839/11;
Alternativa E: INCORRETA. Nesta assertiva já estamos tratando do artigo 15 da lei 8.080/90, que trata das atribuições comuns ao Governo Federal, Estados, DF e municípios.

---

12 **(FUNCAB/ Pref. Cacoal/RO/2013)** Os Conselhos de Saúde consubstanciam a participação da sociedade organizada na administração do SUS, propiciando e melhorando o controle social do sistema. No que se refere ao Conselho Estadual de Saúde, a representação dos usuários deverá ser composta, entre outros, por representante(s):

Ⓐ de instituições públicas e privadas.
Ⓑ de trabalhadores na área de saúde.
Ⓒ de associações de portadores de patologias.
Ⓓ da Secretaria Municipal e Estadual de Saúde.
Ⓔ de prestadores de serviços de saúde.

●●● Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** Atenção!!!! Essa questão foi muito bem elaborada, pois ao observar o inciso III da terceira diretriz da res. 453/12 e suas respectivas alíneas, podemos concluir que estas citarão outras assertivas presentes na questão. Mas há um detalhe, quando o enunciado se refere á participação dos "usuários" esclarece o gabarito.

Observem o inciso III:

"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."*

Resposta: ©

REFERÊNCIAS

1. _____. Resolução 453/12. Resolve: Aprovar as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Disponível em:http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/12_jun_resolucao453.html. Acesso em: 25/09/14

09
CAPÍTULO

Portaria nº 2.446/14 - Política nacional da promoção da saúde

Natale Oliveira de Souza e Yara Cardoso Coletto

1 - REDEFINE A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE (PNPS).

O Ministro de Estado da Saúde, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a **lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;

Considerando a **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo;

Considerando o **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

Considerando a **Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007**, que regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para ações e serviços de saúde na forma de blocos de financiamento;

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

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

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

Considerando a **Portaria nº 737/GM/MS**, de 16 de maio de 2011, que dispõe sobre a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências; e

Considerando a necessidade de:

Atualizar a Política Nacional de Promoção da Saúde

e incrementar as ações de promoção da saúde no território, bem como garantir sua consonância com os princípios e diretrizes do SUS,

⇩

Resolve:

Art. 1º

- Esta Portaria redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

1.1 - A base da PNPS:

Art. 2º

- A PNPS traz em sua base:

o conceito ampliado de saúde

e o referencial teórico da promoção da saúde

⇩

Como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo,

⇩

Caracterizando-se:

pela articulação e cooperação intra e intersetorial

pela formação da Rede de Atenção à Saude (RAS),

⇩

Buscando:

- Articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social.

COMENTÁRIO

Fiquem atentos: O conceito ampliado de saúde foi solicitado no momento histórico da VIII CNS, em 1986 e posto em seu relatório final. Esse conceito é descrito no art.3º da LOS 8.080/90, alinhando a saúde aos fatores determinantes e condicionantes como: moradia, lazer, educação, atividade física, acesso aos bens essenciais, dentre outros. Podemos dizer que a ampliação do conceito de saúde traz a ratificação da importância de ações intersetoriais para alcançarmos um alto grau de desenvolvimento e de melhoria das condições de saúde da população.

1.2 - Valores Fundamentais e a PNPS: ampliando o olhar.

Art. 3º: São valores fundantes no processo de efetivação da PNPS:

I - A solidariedade ⇨
- Entendida como as razões que fazem sujeitos e coletivos nutrirem solicitude para com o próximo, nos momentos de divergências ou dificuldades,
- Construindo visão e metas comuns,
- Apoiando a resolução das diferenças,
- Contribuindo para:

melhorar a vida das pessoas — E formar redes e parcerias;

II - A felicidade ⇨
- enquanto autopercepção de satisfação,
- construída nas relações entre sujeitos e coletivos,
- que contribui na capacidade de decidir:

Como aproveitar a vida — e como se tornar ator partícipe na construção de projetos e intervenções comuns para superar dificuldades individuais e coletivas a partir do reconhecimento de potencialidades;

III - A ética ⇨
- a qual pressupõe

condutas | ações | e intervenções

⇩

Sustentadas pela valorização e defesa da vida

- sendo pautadas para o bem comum,
- com dignidade e solidariedade;

IV - O respeito às diversidades ⇨

- Que reconhece, respeita e explicita as diferenças entre sujeitos e coletivos, abrangendo as diversidades respeita e explicita as diferenças entre sujeitos e coletivos, **abrangendo as diversidades**

condutas ações e intervenções

de gênero de orientação sexual,

⇩

- Entre territórios e regiões geográficas,
- Dentre outras formas e tipos de diferenças que influenciam ou interferem nas **condições e determinações da saúde;**

V - A humanização ⇨

- Entre territórios e regiões geográficas,
- Por meio da interação:

Com o outro E seu meio

- Com a valorização e aperfeiçoamento de aptidões que promovam **condições melhores e mais humanas,**
- Construindo práticas pautadas na integralidade do cuidado e da saúde;

VI - A corresponsabildade ⇨

- Enquanto **responsabilidades partilhadas** entre pessoas ou coletivo,
- Onde duas ou mais pessoas compartilham obrigações

VII - A justiça social ⇨
- Enquanto necessidade de alcançar **repartição equitativa dos bens sociais**,
- Respeitados os direitos humanos,
- De modo que as classes sociais mais desfavorecidas contem com **oportunidades de desenvolvimento;** e

VIII - A inclusão social ⇨
- Que pressupõe ações que garantam o acesso aos benefícios da vida em sociedade:
  - Para todas as pessoas
  - de forma equânime e participativa
  - Visando à redução das iniquidades

Valores fundantes - PNPS

1	• Solidariedade	5	• Humanização
2	• Felicidade	6	• Corresponsabilidade
3	• Ética	7	• Justiça social
4	• Respeito às diversidades	8	• Inclusão social

COMENTÁRIO

O art. 3º é subjetivo. Observe que se fala de **valores.** Alguns dos citados já constam em outros marcos da legislação do SUS, como: humanização, corresponsabilidade e justiça social (esse último, fazendo analogia ao princípio doutrinário da equidade). Os outros são os que podemos utilizar em todos os aspectos da vida em sociedade

1.3 - A subjetividade dos princípios e seu alinhamento com o a Lei 8.080/90:

Art. 4º: A PNPS adota como princípios:

I - A equidade ⇨
- Quando baseia as práticas e as ações de **promoção de saúde,** na distribuição igualitária de oportunidades,
  - o considerando as **especificidades** dos indivíduos e dos grupos;

II - A participação ⇨

- Quando as intervenções consideram a visão de diferentes:
  - Atores
  - Grupos
  - E coletivos
- Na identificação de problemas e solução de necessidades,
- Atuando como corresponsáveis no processo de:
  - planejamento,
  - de execução e
  - de avaliação

III - A autonomia ⇨

- Qua se refere:
  - À identificação de potencialidades
  - Ao desenvolvimento de capacidades,
    - Possibilitando escolhas conscientes de sujeitos e comunidades sobre suas ações e trajetórias;

IV - O empoderamento ⇨

- Que se refere ao processo de intervenção que estimula os sujeitos e coletivos a adquirirem o controle
  - das decisões
  - das escolhas

De modos de vida adequado às suas condições sócio, econômicas e culturais;

V - A intersetorialidade ⇨

- Que se refere ao processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências
  - de sujeitos, grupos e setores
    - na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo:
      - vínculos,
      - corresponsabilidade
      - cogestão

Para objetos comuns

VI - A intrasetorialidade ⇨

- diz respeito ao exercício permanente da desfragmentação das ações e serviços ofertados por um setor,

↳ Visando à construção e articulção de redes

- das decisões
- das escolhas

VII - A sustentabilidade ⇨

- que diz respeito à necessidade de permanência e continuidade de ações e intervenções, levando em conta as dimensões:

- política
- econômica
- social
- cultural
- ambiental

VIII - A integralidade ⇨

- Quando as intervenções são pautadas no reconhecimento da:
  - complexidade
  - potencialiadde
  - singularidade

  } de indivíduos, grupos e coletivos

↳ construindo processos de trabalho articulados e integrais; e

IX - A territorialidade ⇨

- Que diz respeito à atuação que considera as singularidades e especificidades dos diferentes territórios

↳ No planejamento e desenvolvimento de ações intra e intersetoriais com impacto:

- na situação
- nos condicionantes
- nos determinantes

Da saúde

neles inseridos, de forma equânime

COMENTÁRIO

Observe que os princípios constantes nessa portaria são os que regem o SUS (art. 7 da LOS 8.080/90), agregados a novas formas de pensar/entender/perceber as relações entre os sujeitos envolvidos: gestores, trabalhadores e usuários.

Peço atenção à diferença entre os princípios: **intersetorialiade e intrasetorialidade.** O primeiro tem relação com outros **setores que não o da saúde.** O segundo à capacidade do próprio **setor saúde** somar esforços entre as diversas ações e serviços.

1.4 - O "direcionamento" da PNPS através das diretrizes e objetivos propostos:

Art. 5º São diretrizes da PNPS:

I. O estímulo à **cooperação** e à **articulação** intra e intersetorial
   - Para **ampliar a atuação** sobre determinantes e condicionantes da saúde;

II. O fomento ao planejamento de ações territorializadas de promoção da saúde,
   - Com base no reconhecimento de contextos locais e
   - Respeito às diversidades, para favorecer a construção de:

espaços de produção social,	ambientes saudáveis	e a busca da equidade, da garantia dos direitos humanos e da justiça social;

III. Incentivo à **gestão democrática, participativa e transparente,** para fortalecer:
   - a participação
   - o controle social
   - e a corresponsabilidade de sujeitos, coletividades, instituições e esferas governamentais e sociedade civil;

IV. Ampliação da governança no desenvolvimento de **ações de promoção da saúde** que sejam sustentáveis nas dimensões

Política	Social	Cultural	Econômica	Ambiental

V. Estimulo **à pesquisa, à produção e à difusão de experiências, conhecimentos e evidências** que apoiem:
   - a tomada de decisão
   - a autonomia
   - o empoderamento coletivo
   - e a construção compartilhada de ações de promoção da saúde;

VI. Apoio à **formação** e à **educação permanente** em promoção da saúde para ampliar
   - o compromisso e a capacidade crítica e reflexiva dos gestores e trabalhadores de saúde, bem como
   - o incentivo ao aperfeiçoamento de habilidades individuais e coletivas, para fortalecer o desenvolvimento humano sustentável;

VI. Incorporação das intervenções de promoção da saúde no modelo de atenção à saúde,
- especialmente no cotidiano dos serviços de atenção básica em saúde, por meio de ações intersetoriais

VII. Organização dos processos de gestão e planejamento das variadas ações intersetoriais
- Como forma de fortalecer e promover a implantação da PNPS na RAS, de modo transversal e integrado,
  - Compondo compromissos e corresponsabilidades para reduzir:

a vulnerabilidade

e os riscos à saúde

↓

Vinculados aos determinantes sociais

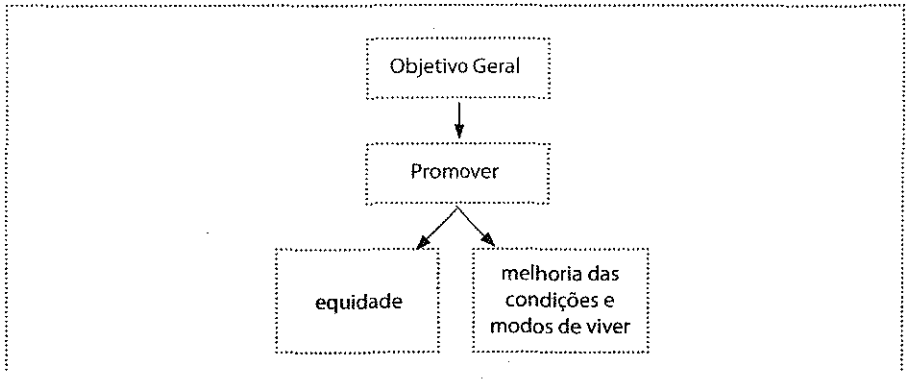
COMENTÁRIO

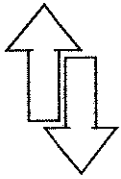
Observem que as **diretrizes** (linha segundo a qual se traça um plano de qualquer caminho; conjunto de instruções ou indicações para se levar a termo o planejado) são a operacionalização dos **princípios** (pode ser entendido como aquilo que vem antes, começo, nascedouro. Por outro lado, pode ser entendido como os valores mais caros e inarredáveis)

Art. 6º
A PNPS tem por objetivo geral:

Promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver
- ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva,
- reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes:

social | econômicos | políticos | culturais | ambientais





ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva,

reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais

Art. 7º
São objetivos específicos da PNPS:

I. estimular a promoção da saúde como parte **da integralidade do cuidado** na RAS,
   - articulada às demais redes de proteção social;

II. contribuir para a adoção de práticas sociais e de saúde **centradas:**

- na equidade
- na participação e no controle social

⇩

Visando reduzir as desigualdades sistemáticas, injustas e evitáveis, com respeito às diferenças

⇩

- de classe social
- de gênero
- de orientação sexual e identidade de gênero
- entre gerações
- étnico-raciais
- culturais
- territoriais
- relacionadas às pessoas com deficiências e necessidades especiais

III. favorecer a **mobilidade humana** e a acessibilidade e o **desenvolvimento**

- seguro
- saudável
- sustentável

IV. Promover a **cultura da paz** em:

- Comunidades
- territórios
- Municípios

V. apoiar o desenvolvimento de:
- espaços de produção social e
- ambientes saudáveis, favoráveis ao desenvolvimento humano e ao bem-viver;

VI. valorizar

os saberes populares e tradicionais

e as práticas integrativas e complementares

VII. promover o **empoderamento e a capacidade para tomada de decisão e a autonomia** de sujeitos e coletividades
- por meio do desenvolvimento de habilidades pessoais e de competências em promoção e defesa da saúde e da vida;

VIII. valorizar
- educação
- formação profissional
- capacitação

} específicas em promoção da saúde,

- de acordo com os princípios e valores expressos nesta Portaria,
- para trabalhadores, gestores e cidadãos

IX. estabelecer estratégias de comunicação social e mídia direcionadas:
- Ao fortalecimento dos princípios e ações em promoção de saúde
- E à defesa de políticas públicas saudáveis

X. estimular a:

pesquisa | produção | e difusão

⇩

De conhecimentos e estratégias inovadoras no âmbito das ações de promoção da saúde

XI. promover meios para a **inclusão e qualificação do registro** de atividades de promoção da saúde e da equidade
- nos sistemas de informação e inquéritos
  - permitindo análise, monitoramento, avaliação e financiamento das ações;

XII. fomentar discussões sobre **modos de consumo e produção** que:

estejam em conflito de interesses com os princípios e valores da promoção da saúde

e que aumentem vulnerabilidades e riscos à saúde

XIII. contribuir para a articulação de políticas públicas inter e intrassetoriais com as **agendas** nacionais e internacionais

Art. 8º
São temas transversais da PNPS,

- entendidos como referências para a formação de agendas de promoção da saúde,
  - para adoção de estratégias e temas prioritários, operando em consonância com os princípios e valores do SUS e da PNPS:

I.

Determinantes Sociais da Saúde (DSS)

Equidade

Respeito à diversidade

- Que significa identificar as diferenças nas **condições e nas oportunidades de vida,**
- Buscando alocar recursos e esforços para a **redução das desigualdades injustas e evitáveis,**
  - Por meio do diálogo entre os saberes técnicos e populares

II.

Desenvolvimento sustentável ⇨

Que se refere a **dar visibilidade aos modos de consumo** e produção relacionados com o tema priorizado,

- Mapeando possibilidades de intervir naqueles que sejam deletérios à saúde,
- Adequando tecnologias e potencialidades de acordo com especificidades locais, sem comprometer as necessidades futuras;

III.

Produção de saúde e cuidado

- Que representa a incorporação do tema na lógica de redes
- Que favoreçam práticas de cuidado humanizadas, pautadas nas necessidades locais, que reforcem:
  - Ação comunitária
  - A participação e o controle social
- Que promovam o reconhecimento e o diálogo entre as diversas formas do saber popular, tradicional e científico,
- Construindo práticas pautadas na integralidade do cuidado e da saúde,
- Significando, também, a vinculação do tema a uma concepção de saúde ampliada,
  - Considerando o papel e a organização dos diferentes setores e atores
    - Que, de forma integrada e articulada por meio de objetivos comuns, atuem na promoção da saúde;

IV.

Ambientes e territórios saudáveis ⇨

- Que significa relacionar o tema priorizado com os ambientes e os territórios de vida e de trabalho das pessoas e das coletividades,
  - Identificando oportunidades de inclusão da promoção da saúde nas ações e atividades desenvolvidas, de maneira:
    - participativa
    - e dialógica

V.

Vida no trabalho ⇨

- Que compreende a inter-relação do tema priorizado com:
  - o trabalho formal e não formal
  - e com os setores primário, secundário e terciário da economia
- Considerando os espaços urbano e rural,
- Identificando oportunidades de operacionalização na lógica da promoção da saúde para ações e atividades desenvolvidas nos distintos locais, de maneira participativa e

VI.

Cultura da paz

e direitos humanos

⇨ que consiste em: criar oportunidades:

de conscicência

de respeito à vida

de solidariedade

e de fortalecimento de vínculos

- desenvolvendo tecnologias sociais que favoreçam a mediação de conflitos diante de situações de tensão social,
- garantindo os direitos humanos e as liberdades fundamentais,
- reduzindo as violências e
- construindo práticas solidárias e da cultura de paz

1.5 - Os eixos operacionais e sua importância na implementação da PNPS:

Art. 9º
São eixos operacionais da PNPS,

- entendidos como estratégias para concretizar ações de promoção da saúde,
- respeitando-se valores, princípios, diretrizes e objetivos

COMENTÁRIO

Atenção: os eixos operacionais são as estratégias de ação para alcançar os que está sendo proposto na portaria!

I. territorialização, enquanto estratégia operacional:

a. Reconhece a regionalização:
   - como diretriz do SUS e
   - como eixo estruturante para orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e para organizar a RAS;

COMENTÁRIO

Em consonância com a lei 8.080/90 (princípios do SUS) e o decreto 7.508/11!

b. Considera a abrangência das regiões de saúde e sua articulação com os equipamentos sociais nos territórios;
c. Observa:
   - as pactuações interfederativas,
   - a definição de parâmetros de escala e acesso e
   - a execução de ações que identifiquem singularidades territoriais para o desenvolvimento de

Políticas | Programas | e intervenções

- ampliando as ações de promoção à saúde e
- contribuindo para fortalecer identidades regionais

II. Articulação e cooperação intra e intersetorial

- entendidas como compartilhamento de:

Planos | Metas | Recursos | e objetivos

⇩

Comuns entre os diferentes setores e entre diferentes áreas do mesmo setor;

III. RAS, enquanto estratégia operacional **necessita:**

a. Transversalizar a promoção na RAS, favorecendo **práticas de cuidado**
   - humanizadas,
   - pautadas nas necessidades locais,
   - pautadas na integralidade do cuidado,
   - Articulando com todos os equipamentos de produção da saúde do território;

b. Articular com as **demais redes de proteção social**
   - vinculando o tema a uma concepção de saúde ampliada,
   - considerando o papel e a organização dos diferentes setores e atores, que, de forma integrada e articulada por meio de objetivos comuns, atuem na promoção da saúde;

IV. Participação e controle social
- que compreende a ampliação da representação e da inclusão de sujeitos
  1. na elaboração de políticas públicas
  2. e nas decisões relevantes que afetam a vida dos indivíduos, da comunidade e dos seus contextos

V. Gestão
- entendida como a necessidade de **priorizar** os processos democráticos e participativos de:

regulação e controle | planejamento | monitoramento | avaliação

VI. Educação e formação
- enquanto incentivo à atitude permanente de aprendizagem
  - Sustentada em processos pedagógicos problematizadores dialógicos, libertadores, emancipatórios e críticos;

VII.

vigilância

monitoramento e

avaliação

- Enquanto uso de múltiplas abordagens na geração e análise de informações sobre as condições de saúde de sujeitos e grupos populacionais,
  - visando subsidiar decisões, intervenções e implantar políticas públicas de promoção da saúde

VIII. Produção e disseminação de conhecimento e saberes
- enquanto estímulo a uma atitude reflexiva e resolutiva sobre **problemas, necessidades e potencialidades** dos coletivos em cogestão,
  - compartilhando e divulgando os resultados de maneira ampla com a coletividade;

IX. Comunicação social e mídia
- enquanto uso das diversas expressões comunicacionais, formais e populares,
  - para **favorecer a escuta e a vocalização** dos distintos grupos envolvidos,
  - **contemplando informações** sobre o planejamento, execução, resultados, impactos, eficiência, eficácia, efetividade e benefícios das ações

1.6 - Definição de temas prioritários para alcance dos resultados:

Art. 10°
São **temas prioritários** da PNPS,

- evidenciados pelas ações de promoção de acordos internacionais firmados pelo governo brasileiro, em permanente diálogo com as demais políticas, com os outros setores e com as especificidades sanitárias:

I. Formação e educação permanente
- Que compreende mobilizar, sensibilizar e promover capacitações para gestores, trabalhadores da saúde e de outros setores
  - Para o desenvolvimento de ações de educação em promoção da saúde e incluí-la nos espaços de educação permanente

II. Alimentação adequada e saudável
- Que compreende promover ações relativas à alimentação adequada e saudável
- Visando à promoção da saúde e à segurança alimentar e nutricional
- Contribuindo com as ações e metas de redução da pobreza, com a **inclusão social e com a garantia do direito humano** à alimentação adequada e saudável

III. Práticas corporais e atividades físicas
- Que compreende promover **ações, aconselhamento e divulgação** de práticas corporais e atividades físicas.
- incentivando a melhoria das condições dos espaços públicos
- Considerando a cultura local
- Incorporando brincadeiras, jogos, danças populares, dentre outras práticas

IV. Enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados
- Que compreende promover, articular e mobilizar ações para redução e controle do uso do tabaco, incluindo ações:

educativas | legislativas | econômicas

V. Enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas
- Que compreende promover, articular e mobilizar ações para redução do consumo abusivo de álcool e outras drogas.
- Com a corresponsabilização e autonomia da população, incluindo ações

educativas | legislativas | econômicas | ambientais | culturais | sociais

VI. Promoção da mobilidade segura
- Que compreende:

a. Buscar avançar na articulação intersetorial e intrasetorial, envolvendo a:

Vigilância em saúde | a atenção básica | e as redes de urgência e emergência do território

⇩

- Na produção do cuidado e
- Na redução da morbimortalidade

} decorrente **do trânsito;**

b. Orientar **ações integradas e intersetoriais** nos territórios, incluindo:

saúde | educação | trânsito | fiscalização | além da sociedade

ambiente e demais setores envolvidos

⇩

visando definir um **planejamento integrado**, parcerias, atribuições, responsabilidades e **especificidades de cada setor** para a **promoção da mobilidade segura**; e

c. Avançar na promoção de ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais,
- fundamentadas em **informação qualificada** e em **planejamento integrado**, que garantam:
  1. o trânsito seguro
  2. a redução de morbimortalidade
  3. e a paz no trânsito

VII. Promoção da cultura da paz e de direitos humanos
- Que compreende **promover, articular e mobilizar** ações que estimulem:

a convivência	a solidariedade	o respeito à vida	e o fortalecimento de vínculos

Para o desenvolvimento de tecnologias sociais que favoreçam a **mediação de conflitos, o respeito às diversidades e diferenças** de gênero, de orientação sexual e identidade de gênero, entre gerações, étnico-raciais, culturais, territoriais, de classe social e relacionada às pessoas com deficiências e necessidades especiais,

Garantindo os direitos humanos e as liberdades fundamentais,
- articulando a RAS com as demais redes de proteção social,
- produzindo informação qualificada e capaz de gerar intervenções individuais e coletivas,
- contribuindo para a redução das violências e para a cultura de paz; e

VIII. Promoção da cultura, da paz e de direitos humanos
- Que compreende promover, mobilizar e articular ações governamentais, não governamentais, incluindo o setor privado e a sociedade civil, nos diferentes cenários, como:

cidades	campo	floresta	águas	bairros	territórios	comunidaes

habitações	escolas	igrejas	empresas	e outros

⇩

Permitindo a interação entre **saúde, meio ambiente e desenvolvimento sustentável** na produção social da saúde em articulação com os demais temas prioritários

1.7 - Atribuições comuns e específicas de cada instancia governamental

Art. 10º
Compete às esferas federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais do SUS:

I. divulgar a PNPS, fortalecendo seus valores e princípios;
II. estabelecer parcerias, promovendo a articulação intersetorial e intrassetorial;
III. contribuir para a **reorientação do modelo de atenção à saúde** com base nos:

- Valores
- Princípios
- Diretrizes

] da PNPS

IV. fomentar **normas e regulamentos** para o desenvolvimento:

- Seguro,
- Saudável
- Sustentável

] em ambientes, comunidades, municípios e territórios.

V. fortalecer a participação e o controle social e as instâncias de gestão democrática e participativa, enquanto mecanismo de implementação da PNPS;
VI. construir mecanismos de identificação das **potencialidades e das vulnerabilidades**
- para subsidiar o fortalecimento da equidade;

VII. Definir:

- Prioridades
- Objetivos
- Estratégias
- Metas

nas instâncias colegiadas e intergestores

⇩

Para implementação de programas, planos, projetos e ações de promoção da saúde;

VIII. Estabelecer instrumentos e indicadores de:

gestão | planejamento | monitoramento | avaliação

IX. Promover a alocação de recursos orçamentários e financeiros
- Para a implementação da PNPS

X. Promover:

- Intercâmbio de experiências
- Desenvolvimento de estudos e pesquisas

que visem o aperfeiçoamento e a disseminação de **tecnologias e conhecimentos** voltados para a **promoção da saúde**;

XI. Desenvolver **estratégias e mecanismos organizacionais** de:
- Qualificação e valorização da força de trabalho da saúde,
  - Estimulando processos de formação e educação permanente voltados para a efetivação da PNPS;

XII.
- Estimular as **iniciativas e ações de promoção de saúde,**
- Bem como a **produção de dados e divulgação de informações;**

XIII. Incluir a promoção da saúde:

Nos planos de saúde

e nas programações anuais de saúde

⇩

- Em conformidade com os instrumentos de planejamento e gestão do SUS,
- Para implementação da PNPS,
- Considerando as especificidades locorregionais

XIV. Articular a **inserção das ações voltadas à promoção da saúde** nos sistemas de informação do SUS e outros; e

XV. Viabilizar parcerias com:

organismos internacionais

com organizações governamentais

com organizações governamentais

⇩

Incluindo:

1. O setor privado
2. E sociedade civil

⇩

Para o **fortalecimento da promoção da saúde** no país.

Art. 12°
Compete ao Ministério da Saúde:

I. Promover a **articulação** com os Estados e municípios para **apoio à implantação e implementação** da PNPS
II. Pactuar na Comissão Intergestores Tripartite (CIT):

os temas prioritários

e o financiamento da PNPS

III. Apoiar a implementação da PNPS, considerando:

o perfil epidemiológico

e as necessidades em saúde:

IV. viabilizar **mecanismos para cofinanciamento** de:

- Planos
- Projetos e
- Programas

de promoção da saúde

V. incorporar ações de Promoção da Saúde aos **Planos Plurianual e Nacional** de Saúde;
VI. Apresentar no **Conselho Nacional de Saúde:**

- Estratégias
- Programas
- Planos e
- Projetos

de promoção da saúde

VII. Institucionalizar e manter em funcionamento o **Comitê da PNPS**
- Em conformidade com os seus princípios e diretrizes

VIII. Realizar **apoio institucional** às Secretarias de Saúde Estaduais, do Distrito Federal e Municipais, visando

- À implantação
- Implementação
- e consolidação

} da PNPS

IX. Apoiar e produzir a **elaboração de materiais de divulgação**, visando socializar informações e ações de promoção da saúde; e

X. Estimular, monitorar e avaliar os processos, programas, projetos e ações de promoção da saúde.

Art. 12º

Compete às **Secretarias Estaduais de Saúde:**

I. Promover a articulação com os Municípios
- para apoio à implantação e implementação da PNPS;

II. Pactuar nas **Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Regionais (CIR):**

as estratégias	diretrizes	metas	temas prioritários	e financiamento

⇩

Das ações de implantação e implementação da PNPS;

III. Implantar e implementar a PNPS na RAS:
- no âmbito de seu território,
- respeitando suas diretrizes
- e promovendo adequações às especificidades locorregionais;

IV. Apresentar no Conselho Estadual de Saúde:

- Estratégias
- Programas
- Planos
- Projetos

} de promoção da saúde

V. Incorporar ações de Promoção da Saúde nos **Planos Plurianual e Estadual** de Saúde;

VI. Alocar **recursos orçamentários e financeiros** para a implantação e implementação da PNPS;

VII. Realizar **apoio institucional** às Secretarias **Municipais e regiões de saúde** no processo de:

- Implantação
- Implementação
- Consolidação

} da PNPS

VIII. Realizar o **monitoramento e avaliação** de programas, projetos e ações de promoção da saúde **no âmbito estadual e distrital**;

IX. Apoiar e **elaborar materiais de divulgação** visando:
- à socialização da informação e à
- divulgação de programas, planos, projetos e ações de promoção da saúde;

X. Promover:

Cooperação

espaços de discussão e trocas de experiências e conhecimentos

⇩

Sobre a promoção da saúde; e

XI. Apoiar e **promover a execução** de programas, planos, projetos e ações relacionadas com a promoção da saúde, considerando

o perfil epidemiológico

e as necessidades do seu território

Art. 14º
Compete às Secretarias **Municipais** de Saúde

I. Promover a articulação intra e intersetorial
   - Para apoio à implantação e implementação da PNPS no âmbito de sua competência;

II. Implantar e implementar a PNPS no âmbito do seu território,
   - Respeitando as especificidades locorregionais;

III. Pactuar nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Regionais (CIR) as:

- Estratégias
- Diretrizes
- Metas
- Temas prioritários
- Financiamentos

} das ações de implantação e implementação da PNPS

IV. Apresentar no **Conselho Municipal** de Saúde estratégias, programas, planos e projetos de promoção da saúde;

V. Incorporar ações de Promoção da Saúde aos **Planos Plurianual e Municipal** de Saúde;

VI. Destinar recursos orçamentários e financeiros para realização das ações de promoção da saúde;

VII. Prestar apoio institucional:

- Aos gestores e
- Trabalhadores

} no processo de implantação, implementação, qualificação e consolidação da PNPS

VIII. Promover a **participação e o controle social e reformar as ações comunitárias de promoção da saúde nos territórios;**

IX. Identificar e promover **canais de participação no processo decisório**
- para o desenvolvimento e a sustentabilidade das ações de promoção da saúde;

X. Promover a **participação e o controle social e reforçar as ações comunitárias de promoção da saúde nos territórios**;
XI. Identificar, articular e apoiar a **troca de experiências e conhecimentos** referentes às ações de promoção da saúde;
XII. Participar do processo de:

monitoramento | avaliação

⇩

De programas, planos, projetos e ações de promoção da saúde;

XIII. Elaborar **materiais educativos** visando:
- À socialização da informação e
- À divulgação de programas, planos, projetos e ações de promoção da saúde, e

XIV. Apoiar e **promover**, de forma privilegiada, a **execução** de:

- programas
- planos
- projetos
- ações

diretamente relacionadas à promoção da saúde,
- considerando o perfil epidemiológico e as necessidades do seu território.

Art. 15º

À Secretaria de Estado da Saúde do **Distrito Federal (SES/DF)**

competem as atribuições reservadas

às secretarias de saúde dos **estados**

e às secretarias de saúde dos **municipios**

Atribuições da SES/DF

Atribuições Secretarias Estaduais

Atribuições Secretarias Municipais

Art. 16º
O financiamento

dos temas prioritários da PNPS | e seus planos operativos

⇩

serão objeto de pactuação prévia na CIT

Art. 17º
Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 18º
Fica **revogada a Portaria nº 687/GM/MS**, de 30 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União nº 63, Seção 1, do dia seguinte, p. 138.

QUESTÕES

PNPS

01 (CEFET-BA/ RESIDÊNCIA/2015) A promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal com as demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuindo na construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde, promoção da qualidade de vida e redução das vulnerabilidades, bem como às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no País. (BRASIL, 2010)

De acordo com a portaria nº 2446, de 11 de novembro de 2014, que redefiniu a Política Nacional de promoção da Saúde (PNPS), são temas priorizados pela PNPS:

( ) Regulação em saúde
( ) Alimentação saudável
( ) Prevenção e controle do tabagismo
( ) Redução da mortalidade materno-infantil
( ) Promoção do desenvolvimento sustentável

A alternativa que contém a sequência correta, de cima para baixo, é:

Ⓐ V V F V F
Ⓑ V F V V F
Ⓒ V F V F V

Ⓓ F V V F V
Ⓔ F F F V F

●○○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** De acordo com o artigo 10 da Portaria, são temas prioritários:

I. *"formação e educação permanente*
II. *alimentação adequada e saudável,*
III. *práticas corporais e atividades físicas*
IV. *enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados, que compreende promover, articular e mobilizar ações para redução e controle do uso do tabaco, incluindo ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais;*
V. *enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas*
VI. *promoção da mobilidade segura, que compreende:*

a) buscar avançar na articulação intersetorial e intrasetorial, envolvendo a vigilância em saúde, a atenção básica e as redes de urgência e emergência do território na produção do cuidado e na redução da morbimortalidade decorrente do trânsito;

b) orientar ações integradas e intersetoriais nos territórios, incluindo saúde, educação, trânsito, fiscalização, ambiente e demais setores envolvidos, além da sociedade, visando definir um planejamento integrado, parcerias, atribuições, responsabilidades e especificidades de cada setor para a promoção da mobilidade segura; e

c) avançar na promoção de ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais, fundamentadas em informação qualificada e em planejamento integrado, que garantam o trânsito seguro, a redução de morbimortalidade e a paz no trânsito;

VII. *promoção da cultura da paz e de direitos humanos,*
VIII. *promoção do desenvolvimento sustentável"*

Dito isso, perceba que apenas a segunda, terceira e quinta afirmações são Verdadeiras. A primeira e quarta, são falsas.

Resposta: Ⓓ

---

02 **(CEFET-BA/ RESIDÊNCIA/2015)** Sobre os objetivos específicos da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), de acordo com a portaria nº 2446/2014, analise as assertivas e identifique com V as verdadeiras e com F as falsas.

( ) Promover a cultura da paz em comunidades, territórios e municípios.

( ) Favorecer a mobilidade humana e a acessibilidade e o desenvolvimento seguro, saudável e sustentável.

( ) Estimular a promoção da saúde como parte da integralidade do cuidado na Rede de Assistência à Saúde (RAS), articulada às demais redes de proteção social.

( ) Ampliar a governança no desenvolvimento de ações de promoção da saúde que sejam sustentáveis nas dimensões política, social, cultural, econômica e ambiental.

A alternativa que contém a sequência correta, de cima para baixo, é:

Ⓐ V V V F
Ⓑ V F F V
Ⓒ F F V V
Ⓓ F V F V

Ⓔ F F V F

●○○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** De acordo com o artigo 7 da Portaria, são tão objetivos específicos da PNPS:

I. *estimular a promoção da saúde como parte da integralidade do cuidado na RAS, articulada às demais redes de proteção social;*
II. *contribuir para a adoção de práticas sociais e de saúde centradas na equidade, na participação e no controle social, visando reduzir as desigualdades sistemáticas, injustas e evitáveis, com respeito às diferenças de classe social, de gênero, de orientação sexual e identidade de gênero, entre gerações, étnico-raciais, culturais, territoriais e relacionadas às pessoas com deficiências e necessidades especiais;*
III. *favorecer a mobilidade humana e a acessibilidade e o desenvolvimento seguro, saudável e sustentável;*
IV. *promover a cultura da paz em comunidades, territórios e municípios;*
V. *apoiar o desenvolvimento de espaços de produção social e ambientes saudáveis, favoráveis ao desenvolvimento humano e ao bem-viver;*
VI. *valorizar os saberes populares e tradicionais e as práticas integrativas e complementares;*
VII. *promover o empoderamento e a capacidade para tomada de decisão e a autonomia de sujeitos e coletividades por meio do desenvolvimento de habilidades pessoais e de competências em promoção e defesa da saúde e da vida;*
VIII. *promover processos de educação, formação profissional e capacitação específicas em promoção da saúde, de acordo com os princípios e valores expressos nesta Portaria, para trabalhadores, gestores e cidadãos;*
IX. *estabelecer estratégias de comunicação social e mídia direcionadas ao fortalecimento dos princípios e ações em promoção da saúde e à defesa de políticas públicas saudáveis;*
X. *estimular a pesquisa, produção e difusão de conhecimentos e estratégias inovadoras no âmbito das ações de promoção da saúde;*
XI. *promover meios para a inclusão e qualificação do registro de atividades de promoção da saúde e da equidade nos sistemas de informação e inquéritos, permitindo análise, monitoramento, avaliação e financiamento das ações;*
XII. *fomentar discussões sobre modos de consumo e produção que estejam em conflito de interesses com os princípios e valores da promoção da saúde e que aumentem vulnerabilidades e riscos à saúde; e*

Diante do exposto, perceba que as três primeiras afirmações são verdadeiras, enquanto a última, é falsa.

03 **(Questão elaborada pelo autor)** De acordo com a Portaria nº 2446/2014, que redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), são competências do Ministério da Saúde, EXCETO:

Ⓐ Apresentar no Conselho Nacional de Saúde estratégias, programas, planos e projetos de promoção da saúde
Ⓑ Estimular, monitorar e avaliar os processos, programas, projetos e ações de promoção da saúde
Ⓒ apoiar e produzir a elaboração de materiais de divulgação, visando socializar informações e ações de promoção da saúde; e
Ⓓ Implantar e implementar a PNPS no âmbito do seu território, respeitando as especificidades locorregionais
Ⓔ Pactuar na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) os temas prioritários e o financiamento da PNPS;

●●○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** De acordo com o artigo 14 da Portaria citada, compete ao Ministério da Saúde:

I. *promover a articulação com os Estados e municípios para apoio à implantação e implementação da PNPS;*
II. *pactuar na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) os temas prioritários e o financiamento da PNPS;*
III. *apoiar a implementação da PNPS, considerando o perfil epidemiológico e as necessidades em saúde;*
IV. *viabilizar mecanismos para cofinanciamento de planos, projetos e programas de promoção da saúde;*
V. *incorporar ações de Promoção da Saúde aos Planos Plurianual e Nacional de Saúde;*
VI. *apresentar no Conselho Nacional de Saúde estratégias, programas, planos e projetos de promoção da saúde;*
VII. *institucionalizar e manter em funcionamento o Comitê da PNPS, em conformidade com os seus princípios e diretrizes;*
VIII. *realizar apoio institucional às Secretarias de Saúde Estaduais, do Distrito Federal e Municipais, visando à implantação, implementação e consolidação da PNPS;*
IX. *apoiar e produzir a elaboração de materiais de divulgação, visando socializar informações e ações de promoção da saúde; e*
X. *estimular, monitorar e avaliar os processos, programas, projetos e ações de promoção da saúde.*
XI. *questão pede a alternativa que não corresponda a uma atribuição do Ministério da Saúde. Diante do exposto, perceba que a alternativa D (implantar e implementar a PNPS no âmbito do seu território, respeitando as especificidades locorregionais), não é competência do MS, e sim dos municípios*

---

04 **(Questão elaborada pelo autor)** São princípios da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), EXCETO:

Ⓐ Autonomia
Ⓑ Participação Social
Ⓒ Equidade
Ⓓ Empoderamento
Ⓔ Centralização

●○○ Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** De acordo com o artigo 4 da Portaria 2.446/2014, são princípios da PNPS:

I. a equidade,
II. a participação social,
III. a autonomia,
IV. o empoderamento,
V. a intersetorialidade,
VI. a intrassetorialidade,
VII. a sustentabilidade,
VIII. a integralidade,
IX. a territorialidade,

Sendo assim, a centralização (alternativa E) não é um princípio, sendo o gabarito da questão

---

05 **(Questão elaborada pelo autor)** São valores fundante da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), EXCETO

Ⓐ Ética
Ⓑ Felicidade

Ⓒ Justiça Social
Ⓓ Respeito às diversidades
Ⓔ a integralidade

●●○ Grau de dificuldade

Comentário: De acordo com o artigo 3 da Portaria 2.446/2014, são valores fundantes da PNPS
I - a solidariedade
II - a felicidade,
III - a ética,
IV - o respeito às diversidades,;
V - a humanização,
VI - a corresponsabilidade,
VII - a justiça social,
VIII - a inclusão social,

É importante perceber o que a questão pede. Esta questão pede os valores fundantes, por isso, a alternativa E (integralidade) está errada, já que, a integralidade é um princípio.

REFERÊNCIAS

1. _____.PORTARIA Nº 2.446, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Disponível em: http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/1049-2446 . Acesso em: 25/06/16

10
CAPÍTULO

Glossário

Natale Oliveira de Souza e Yara Cardoso Coletto

Acolhimento: Dispositivo tecno-assistencial permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços. A avaliação de risco e vulnerabilidade não pode ser considerada prerrogativa exclusiva dos profissionais de saúde, o usuário e sua rede social devem também ser considerados neste processo. Avaliar riscos e vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um "estar com" e um "estar perto de", ou seja, uma atitude de inclusão. Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. É exatamente nesse sentido, de ação de "estar com" ou "estar perto de", que queremos afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS.

Alta complexidade: Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade).

Ambiência: Ambiência na Saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana.

Atenção Básica: caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

Atores Sociais: Cidadãos (usuários, profissionais, gestores etc.) ou agrupamentos (instituições, órgãos, comunidades, movimentos sociais, equipes de trabalho etc.) que participam, organizadamente, da formulação da gestão, planejamento e monitoramento e controle social do SUS, interferindo técnica, política ou eticamente no processo participativo.

Avaliação: No âmbito do Sistema de Planejamento do SUS, é o processo que se inicia com a implementação do Plano de Saúde e que se encerra findo o período de vigência do Plano (quatro anos). Esse processo destina-se, principalmente, a manter sob controle a execução do Plano de Saúde.

Bloco da assistência farmacêutica: Um dos cinco blocos de financiamento que, a partir da definição do Pacto pela Saúde, passaram a compor os recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços da Saúde.

Cartão Nacional de Saúde: Estabelece um sistema de identificação comum, integrando usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde.

Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST): Serviços de saúde direcionados aos trabalhadores, implementados a partir dos anos 1980 na rede pública de saúde, com a proposta de prestar atenção integral, de assistência e vigilância dos agravos e das condições e ambientes de trabalho, além de desenvolver conhecimentos especializados na área e atividades educativas, com participação dos trabalhadores.

Centros de Atenção Psicossocial (Caps): São serviços de saúde mental de base territorial e comunitária do SUS, referenciais no tratamento das pessoas que sofrem com transtornos mentais (psicoses, neuroses graves e demais quadros), cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência em um dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.. Existem diferentes tipos de Caps, segundo seu porte e clientela: Caps I - serviço aberto para atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes: trata-se de equipamento importante para municípios com população entre 20 mil e 70 mil habitantes; Caps II – serviço aberto para atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes: trata-se de equipamento importante para municípios com população com mais de 70 mil habitantes; Caps III – serviço aberto para atendimento diário e noturno, durante sete dias da semana, de adultos com transtornos mentais severos e persistentes: trata-se de equipamento importante em grandes cidades; Caps i – voltado para a infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais; Caps ad – voltado para usuários de álcool e outras drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso dessas substâncias.

Centro de Especialidades Odontológicas (CEO): O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) é um serviço de referência para as Unidades Básicas de Saúde.

Clínica ampliada: Trabalho clínico que visa ao sujeito e à doença, à família e ao contexto, tendo como objetivo produzir saúde (eficácia terapêutica) e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a adscrição de clientela e a construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso, e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença.

Cobertura: É a taxa de acesso de usuários potenciais ao serviço de saúde ou a programas específicos, com oferta sistematizada, proporcionada de forma contínua e em lugares geograficamente acessíveis.

Co-gestão: Gestão é uma prática configurada pela proposição, planejamento, direção e condução ética, política, técnica e administrativa de processos que constituem uma determinada organização e as tarefas e as atividades por realizadas em seu âmbito.

Comissão Intergestores Tripartite (CIT): Instância de articulação e pactuação na esfera federal que atua na direção nacional do SUS, integrada por gestores do SUS das três esferas de governo – União, estados, DF e municípios. Tem composição paritária formada por 15 membros, sendo cinco indicados pelo Ministério da Saúde (MS), cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e cinco pelo Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). A representação de estados e municípios nessa Comissão é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões no País. Nesse espaço, as decisões são tomadas por consenso e não por votação. A CIT está vinculada à direção nacional do SUS.

Comissões intergestores Bipartites (CIB): Espaços estaduais de articulação e pactuação política que objetivam orientar, regulamentar e avaliar os aspectos operacionais do processo de descentralização das ações de saúde. São constituídas, paritariamente, por representantes do governo estadual – indicados pelo Secretário de Estado da Saúde – e dos secretários municipais de Saúde – indicados pelo órgão de representação do conjunto dos municípios do estado, em geral denominado Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems). Os secretários municipais de Saúde, por meio de seus espaços de representação, debatem entre si os temas estratégicos, antes de apresentar suas posições na CIB. Os Cosems são, também, instâncias de articulação política entre gestores municipais de Saúde, sendo de extrema importância a participação dos gestores locais nesses espaços. As CIBs foram institucionalizadas pela Norma Operacional Básica nº 1 de 1993 e instaladas em todos os estados do País.

Comitê técnico de saúde da população negra: Estratégia que visa à promoção da equidade em saúde para a população negra, que tem a finalidade de identificar demandas e provocar respostas do SUS, de acordo com o Plano Nacional de Saúde (PNS). Surgiu a partir do estabelecimento de um termo de compromisso entre o Ministério da Saúde (MS) e a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir) para responder às necessidades de saúde da população negra. Coordenado pela Secretaria de Gestão Participativa (SGP), é composto por representações das secretarias do MS, do Conass, do Conasems, de organizações do movimento negro, das religiões de matriz africana que atuam em saúde e pesquisadores especialistas em saúde da população negra.

Compensação de Especificidades Regionais (CER): A Compensação de Especificidades Regionais (CER) visa atender às especificidades regionais e/ou municipais de cada estado, a exemplo de sazonalidade, migrações, dificuldade de fixação de profissionais, IDH, indicadores de resultados, educação permanente, formação de ACS.

Conferências de saúde: São espaços institucionais destinados a analisar os avanços e retrocessos do SUS e propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde em níveis correspondentes. São vitais para o exercício do controle social, pois estabelecem diretrizes para a atuação dos conselhos de Saúde nas três esferas de governo. As decisões sobre as políticas públicas de saúde, elaboradas nos conselhos, são expostas durante as conferências, quando é criada uma agenda para sua efetivação. As conferências nacionais são construídas de maneira descentralizada, iniciando-se nas conferências municipais de saúde. As conferências nacionais de saúde devem ocorrer 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.

Conselho Municipal de Saúde: É um órgão colegiado de caráter permanente, deliberativo, normativo e fiscalizador das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, no município. Atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. São constituídos por participação paritária de usuários (50%), trabalhadores de saúde (25%), representantes do governo e prestadores de serviços (25%), cujas decisões devem ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído. Para que um conselho funcione de forma adequada, é necessário que seja representativo e tenha legitimidade, além das condições previstas pela lei. Os usuários são escolhidos por membros de seu segmento, com direito à voz e voto. A participação é voluntária e não remunerada. As reuniões do Conselho são mensais e abertas para toda a população, com direito à voz.

Contratualização/Contratação de serviços de saúde: Ato do gestor municipal ou estadual contratar e/ou conveniar um estabelecimento de saúde já cadastrado no Cadastro Nacional de Esta-

belecimento de Saúde (Cnes), para atendimento ao SUS, após ter sido identificada necessidade de complementar a oferta de serviços, em consonância com a programação e visando à ampliação da cobertura assistencial à população. A contratação pode referir-se a serviços ambulatoriais (prestador SIA), serviços hospitalares (prestador SIH) ou a ambos.

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 .(DECRETO 7508/11)

Controle assistencial: Compreende o Cadastro de Estabelecimentos, Profissionais e Usuários; a habilitação dos prestadores para prestação de determinados serviços; a programação orçamentária por estabelecimento; a autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados e de alta complexidade; o monitoramento e a fiscalização da execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento, por meio das ações de supervisão hospitalar e ambulatorial; o monitoramento e a revisão das faturas prévias, relativas aos atendimentos, apresentadas pelos prestadores de serviço; o processamento da produção de um determinado período e o preparo do pagamento aos prestadores.

Credenciamento: É o ato do gestor municipal distrital e estadual certificar um estabelecimento de saúde para a realização de procedimentos constantes nas tabelas do SUS, que pode necessitar ou não de ratificação do gestor federal (habilitação), conforme normas vigentes.

Descentralização: É o processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS e que definem atribuições comuns e competências específicas à União, estados, Distrito Federal e municípios.

Efetividade em saúde: Probabilidade de que indivíduos de uma população definida obtenham um benefício da aplicação de uma tecnologia em saúde direcionada a um determinado problema em condições reais de uso.

Eficácia em saúde: Probabilidade de que indivíduos de uma população definida obtenham um benefício da aplicação de uma tecnologia em saúde direcionada a um determinado problema em condições controladas de uso.

Eficiência em saúde: Relação entre os custos decorrente da provisão de um cuidado em saúde com os benefícios advindos do mesmo.

Emenda Constitucional nº 29/2000 (EC 29): Alterou os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 189 da Constituição Federal, estabelecendo um percentual mínimo da receita para aplicação de recursos na área da Saúde. No caso de estados, municípios e do Distrito Federal os recursos destinados às ações e serviços de saúde estão vinculados à receita de impostos e transferências constitucionais. No caso da União, o percentual mínimo de aplicação é definido com base na variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Os estados devem disponibilizar obrigatoriamente para a Saúde 12% de suas receitas, enquanto municípios devem aplicar uma soma de 15%. O desrespeito à lei autoriza a União a intervir nos estados e estes nos seus respectivos municípios. A fiscalização da Emenda Constitucional deve ser feita pelos conselhos de Saúde e pelas assembléias legislativas e câmaras municipais. Atualmente já foi incorporada à Constituição Federal.

Fundo Municipal de Saúde (FMS): O Fundo de Saúde integra todos os recursos a serem utilizados nas ações e serviços de Saúde e deve ser gerenciado pelos secretários de Saúde. No caso do município, tendo em vista que este é o responsável sanitário por excelência, ou seja, em função do SUS, as ações e serviços são descentralizados ao município, para poder cumprir com essa responsabilidade, por meio de unidades de Saúde, próprias ou prestadores de serviços credenciados para atuar na rede, é indispensável a criação dos fundos de saúde por meio de lei. É necessário que haja uma organização mínima do Fundo, compatível com o grau de complexidade da rede de serviços, com vista à manutenção das ações e serviços e dos pagamentos em dia.

Fundos de saúde: Instrumentos de gestão dos recursos destinados ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde existentes nas três esferas de poder, equiparando- se aos conselhos, planos de Saúde e relatórios de gestão como instrumentos fundamentais ao SUS. A existência de fundos de Saúde nas esferas estaduais e municipais, para recebimento e movimentação de recursos financeiros do SUS é obrigatória por força de dispositivos legais e constitucionais. Os Fundos possibilitam que os gestores visualizem claramente os recursos de que dispõem para as ações e serviços de Saúde, acompanhando e controlando as fontes de receitas, seus valores e datas de ingresso, assim como as despesas realizadas e os recebimentos das aplicações financeiras.
Gestão plena do sistema municipal/estadual: Modalidade de gestão definida na NOB SUS 96 e na Noas SUS 01/02 e substituída, no Pacto pela Saúde e Pacto de Gestão do SUS, pela assinatura do Termo de Compromisso de Gestão Municipal.

Gestores: Gestores são as entidades encarregadas de fazer com que o SUS seja implantado e funcione adequadamente dentro das diretrizes doutrinárias, da lógica organizacional e seja operacionalizado dentro dos princípios anteriormente esclarecidos.

Instâncias de pactuação: São espaços intergovernamentais, políticos e técnicos onde ocorrem o planejamento, a negociação e a implementação das políticas de Saúde Pública. As decisões se dão por consenso (e não por votação), estimulando o debate e a negociação entre as partes.

Instrumentos do sistema de Planejamento do SUS: São os documentos resultantes do processo de planejamento desenvolvido por este sistema. São instrumentos básicos o Plano de Saúde e as respectivas Programações Anuais em Saúde e o Relatório Anual de Gestão.

Intersetorialidade em saúde: A intersetorialidade é uma estratégia política complexa, cujo resultado na gestão de uma cidade é a superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas. Tem como desafio articular diferentes setores na resolução de problemas no cotidiano da gestão e torna-se estratégica para a garantia do direito à saúde, já que saúde é produção resultante de múltiplas políticas sociais de promoção de qualidade de vida. A intersetorialidade como prática de gestão na saúde, permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo que atuam na produção da saúde na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde da população. Permite considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas em saúde requerem necessariamente parcerias com outros setores como Educação, Trabalho e Emprego, Habitação, Cultura, Segurança, Alimentar e outros. Intersetorialidade remete também ao conceito/idéia de rede, cuja prática requer articulação, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações. Finalmente, o contexto da intersetorialidade estimula e requer mecanismos de envolvimento da sociedade. Demanda a participação dos movimentos sociais nos processos decisórios sobre qualidade de vida e saúde de que dispõem.

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;

Média complexidade: É um dos três níveis de atenção à saúde, considerados no âmbito do SUS. Compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico.

Modelos de Atenção à Saúde: mas de saúde (danos e/ou riscos) e atender às necessidades de saúde individuais e coletivas; maneira de organizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde. O modelo proposto pelo SUS incorpora os princípios: do acesso universal, no qual qualquer cidadão brasileiro tem o direito de acessar serviços de saúde com qualidade; da integralidade da assistência, ordenando o cuidado com a saúde nos níveis de atenção básica, média e alta complexidade; de participação social em todos os espaços de decisão e avaliação, inclusive do financiamento do SUS.

Monitoramento em Saúde: Monitoramento em saúde pode ser entendido como um sistema que permite observação, medição e avaliação contínua de um processo ou fenômeno nessa área específica. Trata-se de um processo sistemático e contínuo de acompanhamento dos indicadores de saúde e da execução das políticas, ações e serviços, visando à obtenção de informações, em tempo oportuno, para subsidiar a tomadas de decisão, a identificação, o encaminhamento de solução e a redução de problemas, bem como a correção de rumos. O acesso aos resultados do processo de monitoramento e avaliação constitui um poderoso instrumento para a democratização de informação sobre objetivos, metas e resultados alcançados pelos órgãos de saúde. Ao tornar públicas e transparentes as avaliações realizadas, favorece-se o "empoderamento" e a mobilização da sociedade, fomentando a participação e o controle das ações e serviços prestados pelo SUS. Mecanismos pactuados de monitoramento e avaliação devem ser implantados em todas as unidades federadas, estabelecendo a responsabilização dos estados e municípios, no âmbito do SUS, com vistas ao fortalecimento da capacidade de gestão pública da saúde. Na esfera federal, a iniciativa governamental "Monitoramento, Avaliação e Controle da Gestão Saúde (MS), tem sua coordenação a cargo da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP).

Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) reúnem profissionais de diversas áreas de Saúde, como médicos (acupunturistas, homeopatas, ginecologistas, pediatras e psiquiatras), profissionais de Educação Física, nutricionistas, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. O objetivo dos núcleos é ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade por meio do apoio matricial às Equipes de Saúde da Família (ESFs). Os Nasfs não se constituem em porta de entrada do sistema, e devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as ESFs, buscando instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das ESFs.

Participa SUS: Denominação que identifica a política da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do SUS, aprovada por meio da Portaria nº 3027, de 26 de novembro de 2007, que objetiva promover o fortalecimento da gestão participativa, incorporando outras ferramentas de gestão, como a escuta dos cidadãos, o monitoramento e avaliação da gestão do SUS, além da auditoria, sob enfoque ampliado.

Piso de Atenção Básica (PAB): O Piso da Atenção Básica (PAB) consiste em um montante de recursos financeiros federais destinados à viabilização de ações de Atenção Básica à saúde e compõe o

Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica. O PAB é composto de uma parte fixa (PAB fixo) destinada a todos os municípios e de uma parte variável (PAB variável) que consiste em montante de recursos financeiros destinados a estimular a implantação das seguintes estratégias nacionais de reorganização do modelo de atenção à saúde: Saúde da Família (SF); ACS; Saúde Bucal (SB); Compensação de Especificidades Regionais; Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), Saúde Indígena (SI); e Saúde no Sistema Penitenciário. Os repasses dos recursos dos PABs fixo e variável aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para essa finalidade, com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal.

Plano de Saúde: É o instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, os quais devem ser expressos em objetivos, diretrizes e metas.
Plano Diretor de Regionalização (PDR): Considerado um dos instrumentos de planejamento e coordenação do processo de regionalização, o PDR deverá expressar o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, em cada estado e no Distrito Federal.
Prevenção: O termo 'prevenir' tem o significado de "preparar; chegar antes de; dispor de maneira que evite (dano, mal); impedir que se realize" (Ferreira, 1986). A prevenção em saúde "exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença"

Programação Pactuada e Integrada (PPI): Processo de programação da atenção à saúde e alocação de recursos da assistência à saúde que deve ser realizado pelos estados e municípios brasileiros. Envolve a definição, a negociação e a formalização de pactos entre os gestores, com o objetivo de estabelecer, de forma transparente, os fluxos assistenciais das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços, bem como destinadas à assistência da população e as referências recebidas de outros municípios. É, portanto, uma etapa do planejamento em saúde que agrega funções de alocação de recursos e reorganização das redes de atenção, concretizando as diretrizes e prioridades expressas nos processos e instrumentos gerais de planejamento, tais como: planos de saúde, planos plurianuais de saúde e outros. Embora até o momento a PPI tenha se restringido a recursos federais de custeio, pretende-se que passe a englobar recursos próprios dos estados e dos municípios.

Promoção da Saúde: É uma das estratégias de produção de saúde, um modo de pensar e de operar que, articulado às demais estratégias e políticas do SUS, contribui para a construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde. Definida como produção social de determinação múltipla, a saúde exige uma estratégia que implique participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção (usuários, movimentos sociais, profissionais da saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores), na análise e na formulação de ações que visem à melhoria da qualidade de vida. A um só tempo, comprometer-se e co-responsabilizar-se pelo viver e por suas condições são marcas e ações próprias da clínica, da política, da atenção e da gestão, ratificando esses planos de atuação como indissociáveis. Na perspectiva da promoção da saúde, a gestão sanitária envolve, fundamentalmente, o estabelecimento de uma rede de compromissos e co-responsabilidades em favor da vida e da criação das estratégias necessárias para que ela exista. A promoção da saúde coloca a necessidade de que o processo de produção do conhecimento e das práticas, no campo da saúde, e, mais ainda, no campo das políticas públicas, faça-se por meio da construção e da gestão compartilhada. Promover saúde é, portanto, ampliar o entendimento do processo saúde/adoecimento, de modo que se ultrapasse a tensão que coloca indivíduo e coletivo em antagonismo, pela conjugação clínica e política, atenção e gestão.

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."

Portas de Entrada - serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS;

Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): Estratégia para operacionalização da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (Nost), que define a estruturação de uma rede de serviços especializados em saúde do trabalhador, integrada por unidades denominadas Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST ou Cerest), constituídas por meio de repasse de recursos federais. Foi regulamentada por meio de instruções normativas do Ministério da Saúde que definem as atribuições dos CRST ou Cerest.

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;
Regiões de Saúde: São recortes territoriais de um espaço geográfico contínuo, identificados pelos gestores municipais e estaduais tendo como base identidades culturais, econômicas e sociais, assim como as redes instaladas de comunicação e infraestrutura de transporte. Nessas regiões, os gestores de saúde organizam uma rede regionalizada de ações e serviços capaz de prestar atendimento a toda população local. As regiões de saúde podem ter diferentes desenhos, em função da diversidade do território nacional, e deverão estar expressas nos Planos Diretores de Regionalização (PDR) dos estados. As regiões de saúde podem ser dos seguintes tipos: 1) Regiões Intramunicipais – organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional, como ocorre com algumas capitais. 2) Regiões Intra-estaduais – compostas por municípios territorialmente contíguos e pertencentes a um mesmo estado. 3) Regiões Interestaduais – compostas por municípios territorialmente contíguos e pertencentes a diferentes estados. 4) Regiões Fronteiriças – compostas por municípios territorialmente contíguos pertencentes a um ou mais estados e a países vizinhos;(DE ACORDO COM A NOAS/01)

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; (DE ACORDO COM O DECRETO 7508/11)

Recuperação: esse grupo de ações envolve o diagnóstico e o tratamento de doenças, acidentes e danos de toda natureza, a limitação da invalidez e a reabilitação. Essas ações são exercidas pelos serviços públicos de saúde (ambulatórias e hospitalares) e, de forma complementar, pelos serviços particulares, contratados ou conveniados, que integram a rede do SUS, nos níveis federal, estadual e municipal, particularmente nos dois últimos, onde deve estar concentrada a maior parte dessas atividades.

Reabilitação: consiste na recuperação parcial ou total das capacidades no processo de doença e na reintegração do indivíduo ao seu ambiente social e a sua atividade profissional. Com essa finalidade, são utilizados não só os serviços hospitalares como os comunitários, visando à reeducação e treinamento, ao reemprego do reabilitado ou à sua colocação seletiva, através de programas específicos, junto ás indústrias e ao comércio, para a absorção dessa mão-de-obra.

Regionalização e hierarquização: A regionalização é a aplicação do princípio da territorialidade, com foco na busca de uma lógica sistêmica, evitando a atomização dos sistemas locais de saúde. A hierarquização é expressão desta lógica, buscando entre outros objetivos, a economia de escala.

Regulação da atenção à saúde: A regulação da atenção à saúde tem por objeto atuar sobre a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde. Portanto, dirige-se a prestadores de serviços de saúde, públicos e privados, compreendendo: contratação (relações pactuadas e formalizadas dos gestores com prestadores de serviços de saúde); regulação do acesso à assistência (conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermediam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a esses); avaliação da atenção à saúde (operações que permitem emitir um juízo de valor sobre as ações finais da atenção à Saúde e medir os graus de qualidade, humanização, resolubilidade, satisfação) e controle assistencial.

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos, compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.

RENASES: Rede nacional de Serviços de Saúde, compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde.

Resolubilidade: É a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência.

Resolutividade: É a capacidade de dar uma solução aos problemas do usuário do serviço de saúde de forma adequada, no local mais próximo de sua residência ou encaminhando-o aonde suas necessidades possam ser atendidas conforme o nível de complexidade.

Saúde da Família: A Estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do SUS. Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família deve: ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes de Saúde da Família atuam; atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura proativa frente aos problemas de saúde-doença da população; desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade; buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e ser um espaço de construção de cidadania.

Saúde Suplementar: Conjunto de instituições privadas que oferece serviços de atenção à saúde sob a forma de pré ou pós-pagamento (isto é, planos e seguros de saúde). O setor de Saúde Suplementar brasileiro reúne, em 2005, mais de 2 mil empresas operadoras de planos de saúde. Essa rede prestadora de serviços de saúde atende a mais de 37 milhões de beneficiários que utilizam planos privados de assistência à saúde para realizar consultas, exames ou internações. A Lei nº 9.961, de 2000, criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) com atribuição de regular, normalizar, controlar e fiscalizar as atividades que garantem a assistência suplementar à saúde, em todo o território nacional. São finalidades institucionais da ANS: 1) promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, pela regulação das operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores de serviço de saúde e com os usuários; 2) contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

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;

Tabela de Procedimentos do SUS: Conjunto de procedimentos utilizado para a remuneração de serviços ambulatoriais e hospitalares de prestadores contratados e conveniados ao SUS. São considerados "procedimentos do SUS" tanto atos isolados quanto conjunto de atos de atenção à saúde, assim como medicamentos e outros insumos terapêuticos, além das órteses, próteses e os procedimentos administrativos para cálculos de cobertura e para a programação da assistência, em especial no processo da Programação Pactuada e Integrada (PPI) e sua definição dos tetos financeiros da assistência.

Território/territorialização: Território é um espaço vivo, geograficamente delimitado e ocupado por uma população específica, contextualizada em razão de identidades comuns, sejam elas culturais sociais ou outras. O município pode ser dividido em diversos territórios para a implementação das áreas de abrangências das equipes de unidades básicas e Saúde da Família. O território pode estar contido num único município ou se referir a um conjunto de municípios que guardam identidades comuns e constituem, entre si, modos de integração social e de serviços numa perspectiva solidária. Territorialização é um conceito técnico que tem sido utilizado no âmbito da gestão da saúde, consistindo na definição de territórios vivos com suas margens de responsabilização sanitária, quais sejam: áreas de abrangência de serviços, áreas de influência, etc.

Vigilância em Saúde: A vigilância em saúde abrange as seguintes atividades: a vigilância das doenças transmissíveis, a vigilância das doenças e agravos não-transmissíveis e dos seus fatores de risco, a vigilância ambiental em saúde e a vigilância da situação de saúde. A adoção do conceito de vigilância em saúde procura simbolizar uma abordagem nova, mais ampla do que a tradicional prática de vigilância epidemiológica.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988.
2. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1) Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.1.pdf> . Acesso em: 07/05/2014
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas/ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44p. Il. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.1.pdf> . Acesso em: 07/05/2014
4. BRASIL. Decreto 4.628, de 24 de janeiro de 1923 (Lei Eloy Chaves). Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os respectivos empregados. [citado 2006 Dez 13]. Disponível em: http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v8n1/v8n1_artigo_3.pdf. Acesso em: 15/05/2014
5. BRASIL Lei 8080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: www.saude.gov.br/legislação Acesso em: 25/01/16
6. _____. Lei nº 8142/90. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: www.saude.gov.br/legislação. Acesso em: 25/01/16
7. _____. Lei nº7508/2011. Regulamenta a Lei no8.080, 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, e dá outras providências. Disponível em: www.saude.gov.br/legislação Acesso em: 25/01/16
8. _____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS Série B. Textos Básicos de Saúde, DF,2004.
9. _____. Resolução 453/12. Resolve: Aprovar as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/12_jun_resolucao453.html . Acesso em: 25/01/16
10. _____, Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012, Regulamenta o § 3o do art.198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: http:// www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm. Acesso em 03/04/15.
11. CAMPOS, Marco Antonio Lopes e FERREIRA, Cristiani Terezia Martins.EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL .Disponível em: https://www.google.com.br/search?q=CAMPOS%2C+Marco+Antonio+Lopes+e+FERREIRA%2C+Cristiani+Terezia+Martins.+EVOLUÇÃO+HISTÓRICA+DAS+POLÍTICAS+PÚBLICAS+DE+SAÚDE+NO&oq=CAMPOS%2C. Acesso em: 07/05/2014.
12. POLIGNANO, M. V. (2001). Histórias das Políticas de Saúde no Brasil: Uma Pequena Revisão. Cadernos do Internato Rural. Faculdade de Medicina/UFMG. Belo Horizonte, MG.
13. RONCALI, Angelo Giuseppe. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Únicode Saúde. Disponível em: http://www.professores.uff.br/jorge/desenv_pol_pub_saude_brasil.pdf. Acesso em 16/05/2014;