

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EBSERH

Técnico em Enfermagem

NV-0010T-23-EBSERH-TEC-ENFERM



SUMÁRIO

LÍNGUA PORTUGUESA.....	9
■ COMPREENSÃO E INTERPRETAÇÃO DE TEXTOS	9
■ TIPOLOGIA TEXTUAL	11
■ GÊNEROS TEXTUAIS.....	15
■ ORTOGRAFIA OFICIAL.....	19
■ ACENTUAÇÃO GRÁFICA	20
■ CLASSES DE PALAVRAS	21
■ USO DO SINAL INDICATIVO DE CRASE.....	42
■ SINTAXE DA ORAÇÃO E DO PERÍODO.....	43
■ REGÊNCIA NOMINAL E VERBAL.....	52
■ CONCORDÂNCIA NOMINAL E VERBAL	53
■ PONTUAÇÃO.....	57
■ SIGNIFICAÇÃO DAS PALAVRAS	60
RACIOCÍNIO LÓGICO.....	69
■ NOÇÕES DE LÓGICA.....	69
PROPOSIÇÕES LÓGICAS SIMPLES	69
PROPOSIÇÕES LÓGICAS COMPOSTAS.....	70
CONNECTIVOS LÓGICOS.....	73
■ DIAGRAMAS LÓGICOS: CONJUNTOS E ELEMENTOS	74
■ LÓGICA DA ARGUMENTAÇÃO	76
■ TIPOS DE RACIOCÍNIO.....	79
■ ELEMENTOS DE TEORIA DOS CONJUNTOS.....	80
■ ANÁLISE COMBINATÓRIA	84
■ PROBABILIDADE	89
■ RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS COM FRAÇÕES, CONJUNTOS, PORCENTAGENS E SEQUÊNCIAS COM NÚMEROS, FIGURAS, PALAVRAS	92

LEGISLAÇÃO.....	107
■ LEI FEDERAL Nº 12.550, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2011.....	107
■ REGIMENTO INTERNO DA EBSEH (APROVADO NA 155ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO, REALIZADA NO DIA 28 DE MARÇO DE 2023).....	110
■ CÓDIGO DE ÉTICA E CONDUTA DA EBSEH – PRINCÍPIOS ÉTICOS E COMPROMISSOS DE CONDUTA – SEGUNDA EDIÇÃO	134
■ ESTATUTO SOCIAL DA EBSEH (APROVADO NA ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA REALIZADA NO DIA 24 DE MAIO DE 2023).....	138
■ REGULAMENTO DE PESSOAL DA EBSEH	144
■ NORMA OPERACIONAL DE CONTROLE DISCIPLINAR DA EBSEH (ATUALIZADO EM 17/01/2023, ART. 1º AO ART. 6º; ART. 28 AO ART. 45)	151
■ LEI Nº 13.303, DE 30 DE JUNHO DE 2016.....	155
LEGISLAÇÃO – SUS	171
■ EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL E A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) – PRINCÍPIOS, DIRETRIZES E ARCABOUÇO LEGAL	171
■ CONTROLE SOCIAL NO SUS	177
■ RESOLUÇÃO Nº 453, DE 2012, DO CONSELHO NACIONAL DA SAÚDE	177
■ CONSTITUIÇÃO FEDERAL 1988, TÍTULO VIII – ARTIGOS DE 194 A 200	178
■ LEI ORGÂNICA DA SAÚDE	184
LEI Nº 8.080, DE 1990.....	184
LEI Nº 8.142, DE 1990.....	191
DECRETO PRESIDENCIAL Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011	192
■ DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE.....	196
■ SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE	197
■ RDC Nº 63, DE 25 DE NOVEMBRO DE 2011, QUE DISPÕE SOBRE OS REQUISITOS DE BOAS PRÁTICAS DE FUNCIONAMENTO PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE	201
■ RESOLUÇÃO CNS Nº 553, DE 9 DE AGOSTO DE 2017, QUE DISPÕE SOBRE A CARTA DOS DIREITOS E DEVERES DA PESSOA USUÁRIA DA SAÚDE.....	206
■ RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013, QUE INSTITUI AÇÕES PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE SAÚDE E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.....	211
■ POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO HOSPITALAR (PNHOSP).....	213

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS - TÉCNICO EM ENFERMAGEM.....	231
■ CÓDIGO DE ÉTICA EM ENFERMAGEM	231
■ LEI Nº 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986	240
■ DECRETO Nº 94.406, DE 8 DE JUNHO DE 1987.....	243
■ ENFERMAGEM NO CENTRO CIRÚRGICO.....	246
RECUPERAÇÃO DA ANESTESIA	246
CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	253
■ ATUAÇÃO NOS PERÍODOS	258
PRÉ-OPERATÓRIO	258
TRANS-OPERATÓRIO	260
PÓS-OPERATÓRIO.....	263
■ ATUAÇÃO DURANTE OS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICO-ANESTÉSICOS.....	266
■ MATERIAIS E EQUIPAMENTOS BÁSICOS QUE COMPÕEM AS SALAS DE CIRURGIA E RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA	270
ROTINAS DE LIMPEZA DA SALA DE CIRURGIA.....	276
USO DE MATERIAL ESTÉRIL	278
■ MANUSEIO DE EQUIPAMENTOS: AUTOCLAVES; SELADORA TÉRMICA E LAVADORA AUTOMÁTICA ULTRASSÔNICA	279
■ NOÇÕES DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	284
■ PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM.....	291
VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS, OXIGENOTERAPIA, AEROSOLTERAPIA E CURATIVOS	297
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS.....	306
COLETA DE MATERIAIS PARA EXAMES	311
■ ENFERMAGEM NAS SITUAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	314
CONCEITOS DE EMERGÊNCIA E URGÊNCIA.....	314
ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DO PRONTO SOCORRO.....	315
■ ATUAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM EM SITUAÇÕES DE CHOQUE, PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA, POLITRAUMA, AFOGAMENTO, QUEIMADURA, INTOXICAÇÃO, ENVENENAMENTO E PICADA DE ANIMAIS PEÇONHENTOS.....	316
■ ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA.....	326
■ POLÍTICA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO.....	327

■	CONTROLE DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS, NÃO TRANSMISSÍVEIS E SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	332
■	ATENDIMENTO AOS PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL, DIABETES, DOENÇAS CARDIOVASCULARES, OBESIDADE, DOENÇA RENAL CRÔNICA, HANSENÍASE, TUBERCULOSE, DENGUE E DOENÇAS DE NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS.....	344
■	PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRADA A SAÚDE DA CRIANÇA, MULHER, HOMEM, ADOLESCENTE E IDOSO	356
■	CONDUTA ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE	361
■	PRINCÍPIOS GERAIS DE SEGURANÇA NO TRABALHO	362
	PREVENÇÃO E CAUSAS DOS ACIDENTES DO TRABALHO.....	362
■	PRINCÍPIOS DE ERGONOMIA NO TRABALHO.....	368

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL E A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) – PRINCÍPIOS, DIRETRIZES E ARCABOUÇO LEGAL

DO BRASIL COLÔNIA AOS PRIMEIROS PASSOS EM DIREÇÃO AO SUS

Antes do nascimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, a população já contava com algumas formas de atendimento médico, além de programas de saúde coletiva que buscavam prevenir doenças parasitárias e diminuir o risco de doenças contagiosas que pudessem retirar a população ativa dos meios de produção.

Por isso, antes de entrarmos nas atuais políticas públicas de saúde, é importante conhecer o que nos trouxe até o momento em que vivemos. Todas as ações contra doenças e de melhoria da saúde dos brasileiros que culminaram, no final da década de 1980, com a confecção da Constituição Federal de 1988 e da Lei nº 8.080, de 1990, se iniciaram no início da República do Brasil, e por isso vale ressaltar aqui alguns pontos principais.

Os primeiros passos da organização do sistema de saúde brasileiro deram-se ainda no período da República Velha (1889 a 1930), a chamada Primeira Reforma Sanitária. Nesta fase tivemos a transição de uma economia exclusivamente agrícola e de exportação, para uma etapa de industrialização, o que incentivou a migração da população rural para as cidades.

O aumento da população urbana de forma rápida e exponencial mostrou o despreparo das cidades para abrigá-las, forçando as pessoas a residir em áreas mais periféricas e sem qualquer condição sanitária de moradia (aglomerações, má higiene, uso de água não tratada de forma adequada, crescimento de insetos e vetores etc.), acarretando o aumento de doenças infecciosas e parasitárias. Cabe salientar que nesta época, não somente tivemos a migração da população rural para as zonas urbanas, mas os escravos libertos que buscam melhores condições de vida nos novos postos de trabalho criados, além dos imigrantes europeus recém-chegados.

Em 1850 o governo inicia os programas de redução de riscos para propagação de epidemias reinantes e nos socorros aos enfermos por meio do Decreto nº 533 de 25/04/1850; no Decreto nº 598 de 14/09/1850 concedeu ao Ministério do Império verba a ser destinada exclusivamente ao início dos trabalhos para melhorar o estado sanitário da capital e de outras províncias do império (FUNASA, 2017).

Lembrando que nessa época as atividades de Saúde Pública eram focadas no controle de Navios dos Portos e Autoridades Vacinadoras contra a varíola, além disto havia o acréscimo dos casos de tuberculose que encontrava novas condições de circulação, atingindo de forma exponencial os jovens nas idades mais produtivas (FUNASA, 2017).

Assim, percebemos as primeiras iniciativas do governo brasileiro no combate às epidemias, ainda baseadas nas melhorias sanitárias.

Nas primeiras décadas do século XX o Brasil ainda sofria com epidemias, em particular a febre amarela e a malária, que causavam prejuízo ao comércio e à indústria, devido à alta mortalidade.

Esse problema não era exclusivamente brasileiro, afetando outros países da América Latina, o que dificultava a expansão comercial. São conhecidos nesta época os primeiros incentivos às pesquisas biomédicas, sobretudo às doenças tropicais, e a formação de equipes de trabalho inspiradas no modelo militar de organização de equipes de trabalho, com a função de intervir com disciplina e eficácia, criando as campanhas sanitárias (FUNASA, 2017).

Em 1903, Oswaldo Cruz é nomeado Diretor-Geral de Saúde Pública, cargo equivalente ao atual Ministro da Saúde e entre suas ações de destaque têm-se a utilização do recém-criado Instituto Soroterápico Federal (atual Instituto Oswaldo Cruz) como base de apoio técnico-científico e a deflagração de campanhas de saneamento, além da criação da polícia sanitária (FUNASA, 2017).¹

Como visto até aqui, o conceito de saúde pública e as ações do governo na área da saúde do Brasil colônia até o final da República Velha eram totalmente voltados ao controle das epidemias e às condições sanitárias das cidades e dos portos.

O Brasil até as primeiras décadas do século XX contava com algumas Santas Casas de Misericórdia, gerenciadas pela Igreja e com atendimento destinado aos pobres e desvalidos.

No final da República Velha, alguns trabalhadores começaram a se juntar e organizar Caixas de Aposentadoria e Pensões que também se destinavam aos cuidados médicos e compra de medicamentos para seus associados e familiares.

Essas CAPs começam a se difundir nos anos de 1920, geridas pelos trabalhadores das empresas de determinadas áreas, sendo a dos ferroviários uma das primeiras de grande destaque.

Com a Lei Eloy Chaves, de 1923, marco do início da conhecida Previdência Social, que obrigava todas as companhias ferroviárias do Brasil a criar uma Caixa de Aposentadorias e Pensões para manter o aporte financeiro necessário aos empregados, os donos das empresas privadas e os funcionários realizavam contribuições mensais, o que garantiria os benefícios a todos os contribuintes (AGÊNCIA SENADO, 2019).

Após a CAPs dos Ferroviários, outros segmentos também passaram a adotá-las, seguindo os mesmos moldes: tanto trabalhadores de empresas privadas como públicas perceberam que seria vantajoso gerenciar e manter tal benefício, temos assim a criação nos próximos anos das CAPs dos portuários, da navegação marítima e da aviação (AGÊNCIA SENADO, 2019).

¹ Para mais informações, acesse o endereço: <<http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>>. Acesso em: 5 nov. 2021.

As CAPs incentivaram o atendimento médico-hospitalar no país, sendo que estas proporcionaram o crescimento da atividade hospitalar e do modelo hospitalocêntrico vigente até os anos atuais.

Já na conhecida “Era Vargas” (1930 a 1945), incentivados por Getúlio e suas ações junto aos recém-criados Sindicatos, algumas categorias profissionais afins se reuniram em institutos de aposentadorias e pensões (IAPs) como bancários, comerciários e industriários e funcionários públicos (AGÊNCIA SENADO, 2019).

Além das contribuições dos empregados e das empresas, os IAPs eram também financiados em parte pelo próprio governo. Os Conselhos de Administração eram formados por representantes dos empregadores e dos empregados, que eram dirigidos por um presidente indicado diretamente pelo Presidente da República (AGÊNCIA SENADO, 2014).

Ainda no governo Vargas, ações populistas eram rotineiras e, claro, envolviam também as políticas públicas de saúde: o Estado criava condições para o avanço da indústria e para a diminuição das importações. Na saúde, além do incremento das IAPs, observamos um processo de centralização dos serviços buscando dar um caráter nacional. Há aqui os primeiros passos para a uniformização da estrutura dos departamentos estaduais de saúde e o avanço para o interior do país, com a multiplicação dos serviços de saúde (ACURCIO, s.d.).

Nesse período, destaca-se a reestruturação do Departamento Nacional de Saúde proporcionando ações de saúde coletiva conhecidas como “sanitarismo campanhista”.

Com o final da 2ª Guerra Mundial e com a queda da “Era Vargas”, o investimento estrangeiro no Brasil ganha destaque, inclusive na área da saúde. A era desenvolvimentista do então presidente Juscelino Kubitschek dá destaque ao Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), criado ainda durante o governo Vargas, em virtude de um acordo entre Brasil e EUA.

Durante essa nova fase, a SESP tinha como objetivo propiciar melhorias da assistência médica dos trabalhadores recrutados para extração da borracha na Amazônia. Nasce também o Ministério da Saúde, em 1953, com a demanda de ampliar as ações na área da saúde pública.

Mais uma vez, o governo e seus assessores percebiam que o crescimento econômico era dependente da melhoria das condições de saúde da população. Com uma maior aproximação dos Estados Unidos e seus investidores, o SESP começa a utilizar técnicas e metodologias trazidas de outros países acreditando que estas trariam maiores melhorias, em desacordo com os sanitaristas que buscavam uma prática mais próxima da realidade nacional (CUNHA e CUNHA, 1998).

Ainda sobre a influência dos ideais estrangeiros, outro tema, a seguridade social, também passa a ser discutido, visto que o modelo anterior incorria em maiores despesas e déficit financeiro, já que o número de pessoas que recebia o benefício era cada vez maior, além da desmontagem das medidas de contenção dos gastos no período de 1930 a 1945, incrementado pelas despesas com assistência médica e demais benefícios (CUNHA e CUNHA, 1998).

Os IAPs funcionavam como as operadoras de saúde atuais; assim, alguns tinham vínculo com melhores hospitais que outros, em virtude da diferença de contribuição de seus trabalhadores, além do próprio

gerenciamento do dinheiro final. Alguns, como os funcionários públicos, tinham convênio com melhores hospitais e garantiam tratamentos de maior custo; outros, como os portuários e industriários, limitavam o tempo de internação ou cobravam taxas extras ao utilizar os serviços (AGÊNCIA SENADO, 2014).

Os principais avanços na área da saúde, nessa época, aconteceram devido aos investimentos de alguns desses IAPs, que construíram hospitais, investiram em equipamentos, e buscaram gerenciar seus institutos de maneira cada vez mais profissional.

O mercado da saúde começa também a dar seus primeiros passos nesta época, surgindo os primeiros serviços médicos particulares que eram contratados pelas empresas insatisfeitas com o atendimento de alguns institutos, sendo estes os primórdios das futuras operadoras de saúde e da medicina de grupo (ACURCIO, s.d.).

Em meados da década de 1960, temos uma nova fase político-econômica no país, culminando com o Golpe de 1964, que inicia uma nova fase também na saúde pública.

As condições econômicas sofrem mais uma mudança, e mesmo com a divulgação de um “milagre econômico” e da divulgação da elevação do PIB no final da década de 1960 e início da década de 1970, as condições de vida da população pioram e temos uma nova fase de epidemias, não divulgadas, refletindo no crescimento da mortalidade e da morbidade (CEFOR, s.d.).

Há uma redução das verbas destinadas à saúde pública e o Ministério da Saúde passa a privilegiar a saúde individual em detrimento da coletiva, mesmo isso se refletindo na diminuição do fator de produtividade e desenvolvimento econômico.

Nos anos de 1960, como forma de eliminar tais distorções, os IAPs foram unificados no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), tendo alteração em algumas de suas regras. Entretanto, esta unificação não era bem vista por alguns destes institutos, com medo de que a qualidade dos serviços pudesse ser nivelada por baixo, perdendo assim os anos de investimento.

Todo esse modelo favoreceu o crescimento dos hospitais públicos e privados, além do aumento dos investimentos neste modelo de assistência, voltado às ações curativas, em detrimento da prevenção de doenças (atenção primária).

Temos aqui investimentos em equipamentos médico-hospitalares, na indústria farmacêutica, em estruturas hospitalares cada vez maiores e de maior complexidade, em detrimento dos centros de saúde.

A própria criação do INPS pode ser encarada como forma do Estado regular o cidadão, tirando a representatividade do empregado e do empregador nas escolhas de investimento e ações que possam trazer benefícios.

Mesmo nessa fase, políticas populistas ainda foram implementadas, como a extensão da cobertura da previdência aos trabalhadores domésticos e aos trabalhadores rurais e ampliação da cobertura de assistência médica, entretanto, mantido a assistência hospitalocêntrica, tivemos um incremento nas despesas e no déficit estatal e ações de caráter preventivo e de interesse coletivo foram ignoradas, o que traz efeitos até os dias atuais.

Nos anos seguintes, já na década de 1970, a saúde de todos os trabalhadores registrados passa a ser gerenciada pelo conhecido INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), uma

autarquia do governo federal criada pela Lei nº 6.439, que instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS).

Nasce assim um novo desenho institucional para o sistema previdenciário brasileiro, a assistência médica aos trabalhadores com carteira registrada passaria ao INAMPS enquanto a gestão financeira dos recursos seria gerida pelo IAPAS (Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social), e o INPS ficaria apenas com a competência para concessão de benefícios (FGV/CPDOC).

Em congruência a essas mudanças, pesquisadores sociais, professores e profissionais de saúde iniciaram estudos e propostas ao governo federal da adoção de um novo modelo integral e gratuito à toda população. Os finais do período da ditadura militar e o movimento de redemocratização do país favoreceram estas discussões, visto que uma nova Constituição estava sendo escrita.

Já no início dos anos 1980, ainda de maneira extragovernamental, a proposta de um modelo assistencial descentralizado, articulado à regionalização e à hierarquização dos serviços de saúde e à democratização do sistema a partir da cobertura ampla da população, começa a ser discutido entre os sanitaristas (ACURCIO, s.d.).

Esse movimento criticava o modelo hospitalocêntrico, propondo a valorização dos cuidados primários e a prioridade do setor público, tal discurso entra em acordo com assuntos em comum no governo, como a importância da redução dos custos. O Brasil, no início dos anos de 1980, vivenciava uma grave crise econômica, herdada dos anos anteriores, e é neste período que políticas de racionalização dos gastos em saúde ganham importância.

O CONASP (Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária) e as AIS (Ações Integradas de Saúde) passam a propor a quebra do modelo hospitalocêntrico até então vigente, elaborando um novo plano de reorientação da Assistência Médica (CEFOP, s.d.).

Importante!

A história das políticas públicas de saúde no Brasil nasceu muito antes do conceito de SUS efetivamente surgir. Do Brasil colônia às primeiras décadas do século XX, as ações de saúde pública eram voltadas exclusivamente ao controle das epidemias, garantindo o crescimento das cidades e da indústria no país. Somente após 1930 que ações de saúde individuais começam a ser vislumbradas e efetivamente colocadas em prática, com as CAPs, que evoluíram até o INAMPS, precursor do nosso Sistema Único de Saúde.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE DE 1986

O Conselho Nacional de Saúde é um órgão consultivo do Ministério da Saúde, criado em 1937 pela Lei nº 378, de 13 de janeiro.

Somente com a promulgação do Decreto nº 67.300, de 30 de setembro de 1970, passou a “examinar e emitir parecer sobre questões ou problemas relativos à promoção, proteção e recuperação da saúde, que sejam submetidos à sua apreciação pelo Ministro de Estado” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2018).

Com o movimento sanitário brasileiro ganhando força na década de 1970, o CNS passa a ser responsável pelas discussões do que seriam os princípios fundamentais do SUS: integralidade, descentralização e universalização.

Essas discussões culminaram em 1986 com a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada entre 17 e 21 de março, marco da definição do Sistema Único de Saúde (SUS) que conhecemos hoje.

A Conferência debateu sobre três principais temas:

- a saúde como dever do Estado e direito do cidadão;
- a reformulação do Sistema Nacional de Saúde;
- o financiamento setorial.

Além disso, ficou caracterizada como a primeira conferência com a participação dos usuários do sistema de saúde, sendo considerada um marco no processo de redemocratização pós ditadura militar.

Os temas foram divulgados e amplamente discutidos em pré-conferências municipais e estaduais, o que mobilizou várias camadas da população, aproximando as decisões das reais necessidades dos usuários, deixando de ser uma discussão meramente política e intraministerial como eram as anteriores (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2018).

O relatório final trouxe o consenso em relação à formação de um sistema único de saúde, separado da previdência e coordenado, em nível federal, por um único ministério. Também foram aprovadas propostas de integralização das ações, de regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviço e de fortalecimento do município (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2018).

A necessidade de participação popular na formulação da política, no planejamento, na gestão e na avaliação do sistema também foi um dos itens incluídos no relatório final (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2018)

Sendo o marco da Lei nº 8.080, de 1990, é importante conhecermos alguns trechos deste relatório final.

1 - Em seu sentido mais abrangente, 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 a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

2 - A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.

3 - Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

No tópico 3, encontramos o texto que entra em acordo com o art. 6º, da Constituição Federal de 1988:

Art. 6º (CF, de 1988) São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Logo, é possível perceber o encontro das discussões populares tanto na área da saúde como em todos os outros segmentos que envolvem o poder público e que se encontram em nossa Lei Magna, que traz a obrigatoriedade do Estado em fornecer condições de saúde a sua população.

Ressaltamos que quando trazemos a saúde como direito social, não nos limitamos ao conceito de assistência médica e fornecimento de medicamentos, mas sim, um conceito mais abrangente, visto que o indivíduo para estar saudável, precisa ter condições de trabalho, empregabilidade, educação e treinamentos, tempo para lazer e praticar esportes, além de condições sanitárias ambientais que não o prejudiquem.

A seguir destacamos alguns trechos do Relatório Final da 8ª CNS, dos quais foram compiladas as principais discussões realizadas.

Referente ao Tema 1 — A saúde como dever do Estado e direito do cidadão — são apresentados os resumos de algumas conclusões, como:

9 - Na área de saúde, verifica-se um acúmulo histórico de vicissitudes que deram origem a um sistema em que predominam interesses de empresários da área médico-hospitalar. O modelo de organização do setor público é anárquico, pouco eficiente e eficaz, gerando descrédito junto à população.

10 - Este quadro decorre basicamente do seguinte: Não prioridade pelos governos anteriores do setor social, neste incluída a saúde, privilegiando outros setores, como por exemplo o da energia, que contribui para a atual dívida externa;

Vigência de uma política de saúde implícita que se efetiva ao sabor de interesses em geral não coincidentes com os dos usuários dos serviços, acen-tuadamente influenciada pela ação de grupos dedicados à mercantilização da saúde;

Debilidade da organização da sociedade civil, com escassa participação popular no processo de formulação e controle das políticas e dos serviços de saúde; Modelo assistencial excludente, discriminatório, centralizador e corruptor;

Falta de transparência na aplicação de recursos públicos, o que contribui para o seu uso dispersivo, sem atender às reais necessidades da população;

Inadequada formação de recursos humanos tanto em nível técnico quanto nos aspectos ético e de consciência social, associada à sua utilização em condições insatisfatórias de remuneração e de trabalho;

Controle do setor de medicamentos e equipamentos pelas multinacionais;

Privilegio de aplicação dos recursos públicos na rede privada de assistência médica, como também em programas de saneamento e habitação;

Interferência clientelística no que se refere à contratação de pessoal;

Excessiva centralização das decisões e dos recursos em nível federal.

11 - O Estado tem como responsabilidades básicas quanto ao direito à saúde:

A adoção de políticas sociais e econômicas que propiciem melhores condições de vida, sobretudo, para os segmentos mais carentes da população;

Definição, financiamento e administração de um sistema de saúde de acesso universal e igualitário;

Operação descentralizada de serviços de saúde;

Normatização e controle das ações de saúde desenvolvidas por qualquer agente público ou privado de forma a garantir padrões de qualidade adequados.

Tais conclusões fazem parte de discussões presentes ainda na atualidade, como a necessidade de melhoria das políticas sociais que garantam o acesso

igualitário aos serviços de saúde, além de condições básicas de infraestrutura que garantam saneamento básico adequado, e higiene ambiental.

Ao discutir o Tema 2 — A reformulação do Sistema Nacional de Saúde —, são apresentadas como conclusões:

1 - A reestruturação do Sistema Nacional de Saúde deve resultar na criação de um Sistema Único de Saúde que efetivamente represente a construção de um novo arcabouço institucional separando totalmente saúde de previdência, através de uma ampla Reforma Sanitária.

Neste tópico já é citada a busca popular por um sistema de saúde nacional, com uma estrutura única, garantindo a separação entre sistema de saúde e previdência social.

As diretrizes do atual Sistema Único Saúde nascem a partir das discussões realizadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde:

3 - O novo Sistema Nacional de Saúde deverá reger-se pelos seguintes princípios:

a) referente à organização dos serviços

Descentralização na gestão dos serviços;

Integralização das ações, superando a dicotomia preventivo-curativo;

Unidade na condução das políticas setoriais;

Regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços;

Participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação de políticas, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde;

Fortalecimento do papel do Município;

Introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica preferida.

b) atinentes às condições de acesso e qualidade

Universalização em relação à cobertura populacional a começar pelas áreas carentes ou totalmente desassistidas;

Equidade em relação ao acesso dos que necessitam de atenção;

Atendimento oportuno segundo as necessidades;

Respeito à dignidade dos usuários por parte dos servidores e prestadores de serviços de saúde, como um claro dever e compromisso com a sua função pública;

Atendimento de qualidade compatível com o estágio de desenvolvimento do conhecimento e com recursos disponíveis;

Direito de acompanhamento a doentes internados, especialmente crianças;

Direito à assistência psicológica sem a discriminação que existe atualmente.

Para os membros do CNS, o sistema de saúde deveria ser regido exclusivamente pelo Estado. O sistema privado deveria ser fiscalizado pelo Ministério da Saúde, seguindo as mesmas regras estipuladas pelo Sistema Único de Saúde, ou seja, não haveria atuação de serviços privados de saúde, garantindo os mesmos direitos a toda população brasileira e estrangeiros residentes no país.

4 - O principal objetivo a ser alcançado é o Sistema Único de Saúde, com expansão e fortalecimento do setor estatal em níveis federal, estadual e municipal, tendo como meta uma progressiva estatização do setor. Os prestadores de serviços privados passarão a ter controlados seus procedimentos operacionais e direcionadas suas ações no campo da saúde, sendo ainda coibidos os lucros abusivos. O setor privado será subordinado ao papel diretivo da

ação estatal nesse setor, garantindo o controle dos usuários através dos seus segmentos organizados. Com o objetivo de garantir a prestação de serviços à população, deverá ser considerada a possibilidade de expropriação dos estabelecimentos privados nos casos de inobservância das normas estabelecidas pelo setor público.

Referente ao Tema 3 — Financiamento do Setor — são sugeridas as possíveis fontes financiadoras do Sistema Único de Saúde que estava sendo proposto.

*1 - Deverá ser constituído um **orçamento social** que englobe os recursos destinados às políticas sociais dos diversos Ministérios e aos distintos fundos sociais. Este orçamento será repartido por setor, cabendo ao de saúde uma parcela de recursos que constituirão o Fundo Único Federal de Saúde. Em nível estadual e municipal serão formados Fundos Únicos de Saúde de maneira análoga.*

Ressalta-se aqui que o Relatório Final da Conferência² traz as discussões nela realizadas, lembrando que os presentes (usuários dos serviços de saúde, políticos, estudiosos do setor, representantes dos profissionais de saúde e de serviços de saúde) colocam suas visões e sugestões para que uma nova Reforma Sanitária possa surgir, não significando, necessariamente, que estas conclusões seriam aplicadas na formulação da Lei nº 8.080, ainda em processo de formulação na época.

Lembre-se de que ainda não tínhamos o texto da nova Constituição, que também utilizaria estas discussões na elaboração de seu texto.

A Conferência, que ainda é realizada até os dias atuais, serve de base para novas leis, decretos e resoluções que tenham como objetivo adequar a assistência médica individual e coletiva às reais necessidades da população.

1 CONSTITUIÇÃO DE 1988: PRIMÓRDIOS DO SUS

Entre as discussões sobre como se efetivaria o sistema de saúde brasileiro que ganharam força na 8ª CNS e serviram de base para a discussão entre os constituintes, o modelo de saúde único não era uma unanimidade.

Entre os participantes haviam também aqueles que preferiam manter o INAMPS e as parcerias com o sistema privado, alvo de muitas investigações e denúncias de desvios de verba, além da qualidade de serviço algumas vezes questionável, além dos idealizadores de um sistema de saúde mais próximo ao norte-americano, que ainda seria disponível à uma parcela da população, porém com custo elevado (RODRIGUES NETO, 1994).

Dentre as propostas apresentadas, a de um Sistema Único mais próximo do que fora apresentado em 1986 ganhou mais força principalmente pela abrangência de atendimento e a proposta de menor custo total.

Como um meio de transição entre o INAMPS e o SUS, tivemos um modelo de saúde unificado e descentralizado, conhecido como SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), que se diferenciava do atual devido à estadualização dos serviços. Vale notar que houve uma transferência dos serviços fornecidos pelo INAMPS para a responsabilidade dos estados e municípios (ACURCIO, s.d.).

Enquanto esse sistema de transição ainda era reconhecido e mediado, a discussão de como se daria a nova política da assistência no Brasil era discutida pelos constituintes.

No art. 5º, da Constituição Federal, promulgada em 05 de outubro de 1988, nasce os primórdios da Lei nº 8.080, de 1990:

Art. 5º (CF, de 1988) *Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, [...]*

Ao descrever como direito e dever individual e coletivo, presente no Título II, Capítulo I, da Constituição Brasileira, a “inviolabilidade do direito à vida”, entende-se que o Estado garantirá ao cidadão brasileiro e ao estrangeiro residente no País, meios que propiciem sua saúde.

Cabe trazer aqui o conceito de saúde difundido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1946 como “completo bem-estar biopsicossocial do indivíduo”. Ou seja, pela Constituição de 1988, o Estado deverá propiciar condições que garantam ao indivíduo manter suas condições físicas, econômicas, mentais e de lazer.

No Título VIII da Constituição Federal de 1988 são apresentados os artigos definidores do Direito à Saúde, e como o Estado deve garantir a assistência médica individual e coletiva à população residente no Brasil.

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

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

Acreditamos que a frase mais difundida nos meios jurídicos, em ações voltadas ao direito à saúde, seja este início do art. 196: “**A saúde é direito de todos e dever do Estado**”, mas o que efetivamente ela quer dizer?

Todo cidadão brasileiro ou estrangeiro residente no país tem direito de desfrutar de ações do Estado que garantam seu completo bem-estar. Neste artigo a frase é completada pela forma como isto deverá proceder, ou seja, por meio de políticas sociais que garantam a redução do risco de doenças e outros agravos, além do acesso aos serviços de saúde quando necessário.

Assim, a Constituição traz em primeiro lugar que o Estado deverá adotar medidas coletivas que diminuam o risco de o indivíduo contrair doenças e, em casos de doenças crônicas e/ou decorrentes do próprio envelhecimento, ações que impeçam ou diminuam o risco de complicações, além da reabilitação quando necessário.

Não são citadas ações individuais de saúde, como as regidas em nosso modelo hospitalocêntrico de assistência. Segue-se aqui o que foi discutido por diversos estudiosos e sanitaristas antes mesmo da 8ª Conferência Nacional de Saúde, e até mesmo as discussões

² Para saber mais, confira: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 5 nov. 2021.