

Secretaria Municipal de Saúde

SMS-BETIM

Técnico em Enfermagem

SUMÁRIO

LÍNGUA PORTUGUESA.....	9
■ LÍNGUA E LINGUAGEM	9
■ VARIAÇÕES LINGUÍSTICAS	9
■ FONÉTICA	10
ORTOGRAFIA	10
ACENTUAÇÃO GRÁFICA	14
■ DENOTAÇÃO E CONOTAÇÃO	14
SINONÍMIA E ANTONÍMIA	14
PARONÍMIA E HOMONÍMIA	15
AMBIGUIDADE	16
■ COMPREENSÃO E INTERPRETAÇÃO DE TEXTOS	16
Informações Implícitas.....	16
■ COESÃO E COERÊNCIA.....	18
■ INTERTEXTUALIDADE	23
■ CLASSES DE PALAVRAS	25
Colocação Pronominal	36
■ FRASE, ORAÇÃO E PERÍODO.....	45
PERÍODO SIMPLES	46
PERÍODO COMPOSTO POR COORDENAÇÃO.....	51
PERÍODO COMPOSTO POR SUBORDINAÇÃO	52
REGÊNCIA VERBAL E NOMINAL.....	54
CONCORDÂNCIA VERBAL E NOMINAL.....	56
■ CRASE	62
■ SINAIS DE PONTUAÇÃO.....	63
■ FIGURAS DE LINGUAGEM	66

LEGISLAÇÃO	75
■ ESTATUTO DOS SERVIDORES PÚBLICOS DA PREFEITURA MUNICIPAL DE BETIM E SUAS ALTERAÇÕES	75
■ LEI ORGÂNICA DO MUNICÍPIO DE BETIM E SUAS ALTERAÇÕES	95
■ CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988 E SUAS ATUALIZAÇÕES	115
SAÚDE PÚBLICA	171
■ HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL.....	171
LEGISLAÇÃO ESTRUTURANTE, PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS.....	171
■ PACTO PELA SAÚDE	190
■ HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO – POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO	192
■ VIGILÂNCIA À SAÚDE.....	200
■ MODELOS DE ATENÇÃO E CUIDADOS EM SAÚDE.....	201
■ PROMOÇÃO DE SAÚDE.....	201
CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS.....	207
■ ÉTICA PROFISSIONAL: CÓDIGO DE ÉTICA E LEGISLAÇÃO PROFISSIONAL DO COFEN E COREN	207
RELAÇÕES HUMANAS NO TRABALHO	214
■ NOÇÕES BÁSICAS DE ANATOMIA, FISIOLOGIA, FARMACOLOGIA, MICROBIOLOGIA E PARASITOLOGIA	215
■ FÁRMACOS: CONCEITOS E TIPOS, EFEITOS GERAIS E COLATERAIS E VIAS DE ADMINISTRAÇÃO.....	240
CÁLCULO DE SOLUÇÕES, DE MEDICAÇÕES E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS	244
■ TÉCNICAS DE ENFERMAGEM	246
SINAIS VITAIS	246
HIGIENE E CONFORTO	251
TRANSPORTE	253
ADMINISTRAÇÃO DE DIETAS	254
OXIGENOTERAPIA E NEBULIZAÇÃO.....	257
CUIDADOS COM SONDAGENS E DRENOS	258

■ DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS	266
■ ASSISTÊNCIA DOMICILIAR DE ENFERMAGEM E VISITA DOMICILIAR	273
■ VACINAS: TIPOS E TÉCNICAS DE VACINAÇÃO	274
PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO.....	274
CUIDADOS COM IMUNOBIOLOGICOS	275
VIAS DE ADMINISTRAÇÃO	277
CUIDADOS COM O PACIENTE	277
■ ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA, DA MULHER, DA GESTANTE, DO ADULTO E DO IDOSO	278
■ POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO	287
■ CONCEITOS, MÉTODOS E PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS DE DESINFECÇÃO, ANTISSEPSIA E ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS	287
■ SUPORTE BÁSICO DE VIDA E ATENDIMENTO ÀS EMERGÊNCIAS	292
■ POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA – PNAB	293
■ NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE DOENÇAS, AGRAVOS E EVENTOS EM SAÚDE PÚBLICA.....	301

SAÚDE PÚBLICA

HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

LEGISLAÇÃO ESTRUTURANTE, PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS

Trataremos neste capítulo sobre as diretrizes e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de um conteúdo denso e bem importante para os concursos públicos de todo o Brasil. Para introduzir este tema, faz-se necessário entender em quais termos o SUS se apresenta como uma novidade e quais as modificações estabelecidas por ele. Em termos, o SUS altera principalmente o conceito de saúde, ampliando-o, o que resulta em um processo de embates teóricos e políticos. Esse novo conceito traz consigo um diagnóstico das dificuldades que o setor da saúde enfrentou historicamente e a certeza de que a reversão desse quadro extrapolava os limites restritos da noção vigente.

De forma mais superficial, encarar saúde apenas como ausência de doenças evidenciou um quadro repleto não só das próprias doenças, como de desigualdades, insatisfação dos usuários, exclusão, baixa qualidade e falta de comprometimento profissional. Para enfrentar essa situação, era necessário transformar a concepção de saúde, de serviços de saúde e, até mesmo, de sociedade. Havia principalmente duas tarefas emergentes: a primeira: abrir unidades, contratar profissionais, comprar medicamentos, e a outra: conceber a atenção à saúde como um projeto que iguale saúde com condições de vida.

Ao lado do conceito ampliado de saúde, o Sistema Único de Saúde traz dois outros conceitos importantes: o de sistema e a ideia de unicidade. A noção de **sistema** significa que não estamos falando de um novo serviço ou órgão público, mas de um conjunto de várias instituições, dos três níveis de governo e do setor privado contratado e conveniado, que interagem para um fim comum.

Na lógica do sistema público, os serviços contratados e conveniados são seguidos dos mesmos princípios e das mesmas normas do serviço público. Os elementos integrantes do sistema referem-se, ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Esse sistema é único, ou seja, deve ter a mesma doutrina e a mesma forma de organização em todo país. Mas é preciso compreender bem essa ideia de unicidade. Em um país com tamanha diversidade cultural, econômica e social como o Brasil, pensar em organizar um sistema sem levar em conta essas diferenças seria uma temeridade.

O que é definido como único na Constituição é um conjunto de elementos doutrinários e de organização do Sistema Único de Saúde, os princípios da universalização, equidade, integralidade, descentralização e participação popular.

Esses elementos relacionam-se às peculiaridades e determinações locais, por meio de formas previstas de aproximação de gerência aos cidadãos, seja com descentralização político-administrativa, seja por meio do controle social do sistema.

O Sistema Único de Saúde pode, então, ser entendido a partir da seguinte imagem: um núcleo comum (único), que concentra os princípios doutrinários, e uma forma de organização e operacionalização, os princípios organizativos.

A construção do SUS norteia-se, baseada nos seus preceitos constitucionais, pelas seguintes doutrinas:

- **Universalidade:** é a garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão (*A saúde é direito de todos e dever do Estado* — art. 196, da Constituição Federal de 1988). Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como aqueles contratados pelo poder público de saúde, independente de sexo, raça, renda, ocupação ou outras características sociais ou pessoais. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: Municipal, Estadual e Federal;
- **Equidade:** o objetivo da equidade é diminuir desigualdades, mas isso não significa que a equidade seja sinônimo de igualdade. Apesar de todos terem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e por isso têm necessidades diferentes. Então, equidade é a garantia a todas as pessoas, em igualdade de condições, ao acesso às ações e serviços dos diferentes níveis de complexidade do sistema. O que determinará as ações será a prioridade epidemiológica e não o favorecimento, investindo mais onde a carência é maior. Sendo assim, todos terão as mesmas condições de acesso, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema pode oferecer para todos;
- **Integralidade:** as ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde não podem ser fracionadas, sendo assim, os serviços de saúde devem reconhecer na prática que, se cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade, as ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde também não podem ser compartimentalizadas, assim como as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, configuram um sistema capaz de prestar assistência integral. Ao mesmo tempo, o princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Para organizar o SUS a partir dos princípios doutrinários apresentados e considerando-se a ideia de seguridade social e relevância pública, existem algumas **diretrizes** que orientam o processo. Na verdade, trata-se de formas de concretizar o SUS na prática:

- **Regionalização e hierarquização:** os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos em uma área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida.

Eles devem ser planejados a partir de **critérios epidemiológicos**, o que implica a capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando alto grau de resolutividade (solução de problemas). A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior da situação de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

O acesso da população à rede deve se dar por intermédio dos serviços de **nível primário de atenção**, que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica. Esses caminhos somam a integralidade da atenção com o controle e a racionalidade dos gastos no sistema

I ENTENDENDO O SUS¹

Dez Informações Básicas

1. Todos os estados e municípios devem ter conselhos de saúde compostos por representantes dos usuários do SUS, dos prestadores de serviços, dos gestores e dos profissionais de saúde. Os conselhos são fiscais da aplicação dos recursos públicos em saúde.
2. A União é o principal financiador da saúde pública no país. Historicamente, metade dos gastos são feitos pelo Governo Federal, a outra metade fica por conta dos estados e municípios. A União formula políticas nacionais, mas a implementação é feita por seus parceiros (estados, municípios, ONGs e iniciativa privada)
3. O município é o principal responsável pela saúde pública de sua população. A partir do Pacto pela Saúde, assinado em 2006, o gestor municipal passa a assumir imediata ou paulatinamente a plenitude da gestão das ações e serviços de saúde oferecidos em seu território.
4. Quando o município não possui todos os serviços de saúde, ele pactua (negocia e acerta) com as demais cidades de sua região a forma de atendimento integral à saúde de sua população. Esse pacto também deve passar pela negociação com o gestor estadual.
5. O governo estadual implementa políticas nacionais e estaduais, além de organizar o atendimento à saúde em seu território.
6. A porta de entrada do sistema de saúde deve ser preferencialmente a atenção básica (postos de saúde, centros de saúde, unidades de Saúde da Família etc.). A partir desse primeiro atendimento, o cidadão será encaminhado para os outros serviços de maior complexidade da saúde pública (hospitais e clínicas especializadas).
7. O sistema público de saúde funciona de forma referenciada. Isso ocorre quando o gestor local do SUS, não dispondo do serviço de que o usuário necessita, encaminha-o para outra localidade que oferece o serviço. Esse encaminhamento e a referência de atenção à saúde são pactuados entre os municípios.
8. Não há hierarquia entre União, estados e municípios, mas há competências para cada um desses três gestores do SUS. No âmbito municipal, as políticas são aprovadas pelo CMS — Conselho Municipal de Saúde; no âmbito estadual, são negociadas e pactuadas pela CIB — Comissão Intergestores

Bipartite (composta por representantes das secretarias municipais de saúde e secretaria estadual de saúde) e deliberadas pelo CES — Conselho Estadual de Saúde (composto por vários segmentos da sociedade: gestores, usuários, profissionais, entidades de classe, etc.); e, por fim, no âmbito federal, as políticas do SUS são negociadas e pactuadas na CIT — Comissão Intergestores Tripartite (composta por representantes do Ministério da Saúde, das secretarias municipais de saúde e das secretarias estaduais de saúde).

9. Os medicamentos básicos são adquiridos pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, dependendo do pacto feito na região. A insulina humana e os chamados medicamentos estratégicos — incluídos em programas específicos, como Saúde da Mulher, Tabagismo e Alimentação e Nutrição — são obtidos pelo Ministério da Saúde. Já os medicamentos excepcionais (aqueles considerados de alto custo ou para tratamento continuado, como para pós-transplantados, síndromes — como Doença de Gaucher — e insuficiência renal crônica) são comprados pelas secretarias de saúde e o ressarcimento a elas é feito mediante comprovação de entrega ao paciente. Em média, o governo federal repassa 80% do valor dos medicamentos excepcionais, dependendo dos preços conseguidos pelas secretarias de saúde nos processos licitatórios. Os medicamentos para DST/Aids são comprados pelo ministério e distribuídos para as secretarias de saúde.
10. Com o Pacto pela Saúde (2006), os estados e municípios poderão receber os recursos federais por meio de cinco blocos de financiamento:

- atenção básica;
- atenção de média e alta complexidade;
- vigilância em saúde;
- assistência farmacêutica; e
- Gestão do SUS: antes do pacto, havia mais de 100 formas de repasses de recursos financeiros, o que trazia algumas dificuldades para sua aplicação.

Perguntas Frequentes e Respostas

- **Há hierarquia no Sistema Único de Saúde entre as unidades da Federação?**

A relação entre a União, estados e municípios não possui uma hierarquização. Os entes federados negociam e entram em acordo sobre ações, serviços, organização do atendimento e outras relações dentro do sistema público de saúde. É o que se chama de pactuação intergestores. Ela pode ocorrer na Comissão Intergestora Bipartite (estados e municípios) ou na Comissão Intergestora Tripartite (os três entes federados).

- **Qual a responsabilidade financeira do governo federal na área de saúde?**

A gestão federal da saúde é realizada por meio do Ministério da Saúde. O governo federal é o principal financiador da rede pública de saúde. Historicamente, o Ministério da Saúde aplica metade de todos os recursos gastos no país em saúde pública em todo o Brasil. Estados e municípios, em geral, contribuem com a outra metade dos recursos.

O Ministério da Saúde formula políticas nacionais de saúde, mas não realiza as ações. Para a realização dos projetos, depende de seus parceiros (estados, municípios, ONGs, fundações, empresas etc.). Também tem a função de planejar, criar normas, avaliar e utilizar instrumentos para o controle do SUS.

Os estados possuem secretarias específicas para a gestão de saúde. O gestor estadual deve aplicar recursos próprios, inclusive nos municípios, e os repassados pela União.

Além de ser um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais de saúde, o estado formula suas próprias políticas de saúde. Ele coordena e planeja o SUS em nível estadual, respeitando a normatização federal. Os gestores estaduais são responsáveis pela organização do atendimento à saúde em seu território.

- **Qual a responsabilidade do governo municipal na área de saúde?**

A estratégia adotada no país reconhece o município como o principal responsável pela saúde de sua população. A partir do Pacto pela Saúde, de 2006, o gestor municipal assina um termo de compromisso para assumir integralmente as ações e serviços de seu território.

Os municípios possuem secretarias específicas para a gestão de saúde. O gestor municipal deve aplicar recursos próprios e os repassados pela União e pelo estado. O município formula suas próprias políticas de saúde e também é um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais e estaduais de saúde. Ele coordena e planeja o SUS em nível municipal, respeitando a normatização federal e o planejamento estadual. Pode estabelecer parcerias com outros municípios para garantir o atendimento pleno de sua população, para procedimentos de complexidade que estejam acima daqueles que pode oferecer.

Em setembro de 2000, foi editada a Emenda Constitucional nº 29. O texto assegura a coparticipação da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios no financiamento das ações e serviços de saúde pública. A nova legislação estabeleceu limites mínimos de aplicação em saúde para cada unidade federativa.

- **Quanto a União, os estados e municípios devem investir?**

A Emenda Constitucional nº 29 estabelece que os gastos da União devem ser iguais ao do ano anterior, corrigidos pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Os estados devem garantir 12% de suas receitas para o financiamento à saúde. Já os municípios precisam aplicar pelo menos 15% de suas receitas.

- **Quais são as receitas dos estados?**

Elas são compostas por:

- Impostos Estaduais: ICMS, IPVA e ITCMD (sobre herança e doações);
- Transferências da União: cota-parte do Fundo de Participação dos Estados (FPE), cota-parte do IPI-Exportação, transferências da Lei Complementar nº 87, de 1996 — Lei Kandir;
- Imposto de Renda Retido na Fonte;
- Outras Receitas Correntes: receita da dívida ativa de impostos e multas, juros de mora e correção monetária de impostos.

- **Para onde vão e como são fiscalizados esses recursos?**

A Emenda Constitucional nº 29 estabeleceu que deveriam ser criados pelos estados, Distrito Federal e municípios os fundos de saúde e os conselhos de saúde. O primeiro recebe os recursos locais e os transferidos pela União. O segundo deve acompanhar os gastos e fiscalizar as aplicações.

- **O que quer dizer transferências “fundo a fundo”?**

Com a edição da Emenda Constitucional nº 29, fica clara a exigência de que a utilização dos recursos para a saúde somente será feita por um fundo de saúde. Transferências fundo a fundo, portanto, são aquelas realizadas entre fundos de saúde (ex.: transferência repassada do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais).

- **Quem faz parte dos conselhos de saúde?**

Os conselhos são instâncias colegiadas (membros têm poderes iguais) e têm uma função deliberativa. Eles são fóruns que garantem a participação da população na fiscalização e formulação de estratégias da aplicação pública dos recursos de saúde. Os conselhos são formados por representantes dos usuários do SUS, dos prestadores de serviços, dos gestores e dos profissionais de saúde.

- **Como funciona o atendimento ao SUS?**

O sistema de atendimento funciona de modo descentralizado e hierarquizado. Descentralização significa que a gestão do sistema de saúde passa para os municípios, com a conseqüente transferência de recursos financeiros pela União, além da cooperação técnica.

- **Os municípios, então, devem ter todos os serviços de saúde?**

Não. A maior parte deles não tem condições de ofertar na integralidade os serviços de saúde. Para que o sistema funcione, é necessário que haja uma estratégia regional de atendimento (parceria entre estado e municípios) para corrigir essas distorções de acesso.

- **Como é feita essa estratégia de atendimento?**

No Sistema Único de Saúde, há o que se chama de **referencialização**. Na estratégia de atendimento, para cada tipo de enfermidade há um local de referência para o serviço. A entrada ideal do cidadão na rede de saúde é a atenção básica (postos de saúde, equipes do Saúde da Família etc.).

Um segundo conceito básico do SUS é a **hierarquização** da rede. O sistema, portanto, entende que deve haver centros de referência para graus de complexidade diferentes de serviços. Quanto mais complexos os serviços; eles são organizados na seguinte sequência: unidades de saúde, município, polo e região.

- **Como se decide quem vai atender o quê?**

Os gestores municipais e estaduais verificam quais instrumentos de atendimento possuem (ambulâncias, postos de saúde, hospitais etc.). Após a análise da potencialidade, traçam um plano regional de serviços. O acerto ou a pactuação irá garantir que o cidadão tenha acesso a todos os tipos de procedimentos de saúde. Na prática, uma pessoa que precisa passar por uma cirurgia, mas o seu município não possui atendimento hospitalar, será encaminhada para um hospital de referência em uma cidade vizinha.

- **Os municípios têm pleno poder sobre os recursos?**

Os municípios são incentivados a assumir integralmente as ações e serviços de saúde em seu território. Esse princípio do SUS foi fortalecido pelo Pacto pela Saúde, acertado pelos três entes federados em 2006. A partir de então, o município pode assinar um Termo de Compromisso de Gestão. Se o termo for aprovado na Comissão Bipartite do estado, o gestor municipal passa a ter a gestão de todos os serviços em seu território. A condição permite que o município receba os recursos de forma regular e automática para todos os tipos de atendimento em saúde que ele se comprometeu a fazer.

- **Há um piso para o recebimento de recursos da atenção básica?**

Trata-se do Piso da Atenção Básica (PAB), calculado com base no total da população da cidade. Além desse piso fixo, o repasse pode ser incrementado conforme a adesão do município aos programas do governo federal. São incentivos, por exemplo, dados ao programa Saúde da Família, no qual cada equipe implementada representa um acréscimo no repasse federal. As transferências são realizadas fundo a fundo.

- **Como são feitos os repasses para os serviços hospitalares e ambulatoriais?**

A remuneração é feita por serviços produzidos pelas instituições credenciadas no SUS. Elas não precisam ser públicas, mas devem estar cadastradas e credenciadas para realizar os procedimentos pelo serviço público de saúde. O pagamento é feito mediante a apresentação de fatura, que tem como base uma tabela do Ministério da Saúde que especifica quanto vale cada tipo de procedimento.

Pode-se, então, gastar o quanto se quiser nesse tipo de procedimento? Não. Há um limite para o repasse, o chamado teto financeiro. O teto é calculado com base em dados como população, perfil epidemiológico e estrutura da rede na região.

- **O que são convênios?**

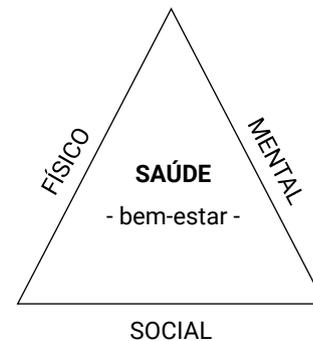
Esse tipo de repasse objetiva a realização de ações e programas de responsabilidade mútua, de quem dá o investimento (concedente) e de quem recebe o dinheiro (conveniente). O quanto o segundo vai desembolsar depende de sua capacidade financeira e do cronograma físico-financeiro aprovado. Podem fazer convênios com o Ministério da Saúde os órgãos ou entidades federais, estaduais e do Distrito Federal, as prefeituras municipais, as entidades filantrópicas,

as organizações não governamentais e outros interessados no financiamento de projetos específicos na área de saúde. Os repasses por convênios significam transferências voluntárias de recursos financeiros (ao contrário das transferências fundo a fundo, que são obrigatórias) e representam menos de 10% do montante das transferências.

ALGUNS CONCEITOS IMPORTANTES

Conceito de Saúde

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde é um estado de completo bem-estar. A OMS é uma agência especializada em saúde, fundada em 7 de abril de 1948 e subordinada à Organização das Nações Unidas. Sua sede é em Genebra, na Suíça.



Saúde é um direito universal e fundamental do ser humano, firmado na Declaração Universal dos Direitos Humanos e assegurado pela Constituição Federal, que estabelece a saúde como 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 igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação (art. 196, da CF, de 1988).

A atual legislação brasileira amplia o conceito de saúde, considerando-a um resultado de vários fatores determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais. Por isso, as gestões municipais do SUS — em articulação com as demais esferas de governo — devem desenvolver ações conjuntas com outros setores governamentais, como meio ambiente, educação, urbanismo, dentre outros, que possam contribuir, direta ou indiretamente, para a promoção de melhores condições de vida e de saúde para população.

Outros Conceitos

Acompanhe a seguir alguns conceitos fundamentais presentes no art. 6º, da Lei nº 8.080, de 1990, e o conceito de assistência farmacêutica, dado pela OMS:

- **Vigilância Sanitária** (§ 1º): *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.

- **Vigilância Epidemiológica** (§ 2º): 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;
- **Saúde do Trabalhador** (§ 3º): 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;
- **Assistência Farmacêutica**: segundo a OMS, é o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, tendo os medicamentos como insumos essenciais e visando à visibilização do acesso aos mesmos, assim como de seu uso racional. Envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Daremos início ao estudo da legislação aplicada ao Sistema Único de Saúde (SUS). Inicialmente, trataremos acerca da Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080, de 1990, e seus tópicos mais importantes; entretanto, antes de iniciarmos, faremos algumas observações para melhor compreensão do conteúdo.

Desta forma, temos que os principais temas abordados na Lei nº 8.080, de 1990, são:

- determinantes sociais em saúde;
- vigilância em saúde;
- princípios e diretrizes do SUS;
- políticas para populações específicas;
- responsabilidades das três esferas de governo;
- estrutura de governança do SUS;
- política de recursos humanos;
- participação complementar do privado.

A saúde é um direito fundamental trazido na Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) e está prevista dentro do capítulo dos Direitos Sociais (art. 6º) e, também, nos artigos dos números 196 ao 200, da Constituição.

Os direitos sociais visam garantir uma melhor condição de vida para os indivíduos que compõem a nossa sociedade e, para que isso aconteça, precisamos da atuação do Estado.

Constituição Federal, de 1988 (CRFB) [...]

Art. 6º 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. [...]

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 [...].

Sendo a saúde um direito fundamental que exige uma atuação positiva do Estado, pode-se concluir que implementá-la no país não é nada fácil, tendo em vista os custos altos para garantir uma saúde de qualidade a todos os cidadãos. Nesse sentido, a Lei nº 8.080, de 1990, foi editada para regulamentar os dispositivos constitucionais relativos à saúde.

É importante mencionar, também, que cabe ao poder público garantir a saúde a todos os brasileiros, estrangeiros residentes no país e estrangeiros que estão de passagem no território brasileiro, sendo uma **responsabilidade** solidária de todos os entes políticos, conforme já decidiu o Supremo Tribunal Federal. Veja:

Consolidou-se a jurisprudência desta Corte no sentido de que, embora o art. 196 da Constituição de 1988 traga norma de caráter programático, o Município não pode furtar-se do dever de propiciar os meios necessários ao gozo do direito à saúde por todos os cidadãos. Se uma pessoa necessita, para garantir o seu direito à saúde, de tratamento médico adequado, é dever solidário da União, do Estado e do Município providenciá-lo. (AI 550.530 AgR, rel. min. Joaquim Barbosa, j. 26-6-2012, 2ª T, DJE de 16-8-2012)

O direito à saúde é prerrogativa constitucional indisponível, garantido mediante a implementação de políticas públicas, impondo ao Estado a obrigação de criar condições objetivas que possibilitem o efetivo acesso a tal serviço. (AI 734.487 AgR, rel. min. Ellen Gracie, j. 3-8-2010, 2ª T, DJE de 20-8-2010)

Sendo assim, a saúde é um dever do Estado, o qual deve procurar implementá-la por meio de políticas públicas eficientes que garantam o acesso a todos, além de procurar reduzir os riscos de doenças.

Neste momento, entraremos propriamente na Lei nº 8.080, de 1990. Destacam-se os pontos mais importantes, lembrando que é recomendada a leitura da lei em sua integralidade, tendo em vista que é impossível prever o que poderá ser cobrado pela banca organizadora do seu concurso.

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.

As ações e os serviços de saúde são realizados pelo poder público e podem também ser realizados por pessoa física ou jurídica de direito privado, ou seja, trata-se de uma atividade que também é aberta à iniciativa privada, devendo ser observadas as exigências legais.

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.