etrônico

Estratégia
CONCURSOS

Aul

SUS - Sistema Único de Saúde p/ ALE-SE (Enfermeiro)

Professor: Adriano de Oliveira

AULA 01: EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL E CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 – ART. 194-196

SUMÁRIO	PÁGINA
1. Apresentação do Curso	2
2. Apresentação do professor	5
3. Qual nossa proposta para você?	7
4. Considerações sobre seu processo de aprendizagem	11
5. Do sanitarismo policialesco ao sistema previdenciário	14
6. A falência do modelo previdenciário de saúde	15
1. A Reforma Sanitária Brasileira	20
2. A Constituição Federal de 1988	22
7. Referências	23
8. Simulado	40
9. Gabarito	47
10. Questões comentadas	48

Saudações prezado(a) concursante,

Espero que este nosso primeiro encontro seja muito agradável e lhe permita conhecer os diferenciais do ***Estratégia Concursos***, em particular deste curso sobre os fundamentos do Sistema Único de Saúde.

APRESENTAÇÃO DO CURSO

Esse curso abrange grande parte do conhecimento relacionado à organização do Sistema Único de Saúde (SUS) expresso pelos seguintes pilares: histórico, arcabouço legal, participação social e estrutura organizacional e sistêmica.

Não fosse a preocupação didática e pedagógica de produzir aulas num determinado formato e padrão que favoreça o seu estudo, este curso inteiro poderia ser montado numa única aula gigante, pois os assuntos são completamente indissociáveis. Portanto, pode ser que às vezes você se pergunte se determinado tópico não deveria estar relacionado com outra aula. Praticamente qualquer um dos tópicos poderia ser bem contextualizado em qualquer uma das aulas.

Discutir sobre a organização e funcionamento do SUS em apenas algumas aulas é uma tarefa muito desafiadora, tendo em vista toda a abrangência do campo de conhecimento chamado de Saúde Coletiva. Por outro lado minha experiência aponta para a prudência de se construir um formato de curso cujo tamanho seja ideal para você aprender tudo que precisa no tempo que tem disponível, tendo em vista as demais disciplinas que terá que estudar para este concurso.

Para operarmos essa missão lançarei mão da estratégia de apresentar no texto os conteúdos na forma de uma explanação mais geral e tratar das especificidades nos comentários das questões, conforme aparecerem.

Priorizarei trabalhar com questões feitas pela banca que fora selecionada para realizar a sua prova, a Fundação Carlos Chagas (FCC). Isso porque é muito comum que bancas mais consolidadas mantenham mais ou menos o mesmo padrão em suas provas. A própria descrição do conteúdo programático é muito semelhante aos que esta banca já teve publicado anteriormente.

AFINAL DE CONTAS QUEM É ESTE PROFESSOR QUE VOS FALA?

Com vistas à construção de uma relação de confiança acho que é importante que eu conte a você um pouco da minha trajetória profissional, sobretudo daquilo que está diretamente relacionado ao curso que te ofereço aqui no *Estratégia Concursos*.

Sou da carreira pública de enfermeiro da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Desde 2011 na SES-DF, atuei por 4 anos como assessor na Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde e atualmente sou Diretor de Contratualização e Custos em Saúde, área esta que agora se denomina Diretoria de Gestão Regionalizada.

Atuei por 4 anos (2012-16) em uma parceria de interesse público como professor e gestor de projetos educacionais em nível de pós-graduação no Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês (IEP/HSL).

Tenho bacharelado e licenciatura em Enfermagem pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR-SP); cursei Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade desta mesma universidade e sou Especialista em Gestão da Clínica e Saúde Baseada em Evidências pelo IEP/HSL.

Tive êxito em diferentes tipos de provas e concursos ao longo de minha formação e trajetória profissional. Fui convocado na primeira chamada do concurso da SES-DF concorrendo com mais de 23 mil candidatos. Obtive o 1º lugar no processo seletivo para docentes da Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal (ESCS-DF).

Em 2010 cheguei em Brasília em decorrência de um convite para atuar no Ministério da Saúde, primeiro na Coordenação Geral de Urgência e Emergência e logo após no Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde, período em que colaborei na produção de materiais instrutivos como os Cadernos de Atenção Básica e também na formulação de importantes portarias ministeriais como as da Rede Cegonha e da Rede de Urgência e Emergência.

Estas experiências me habilitaram a estar aqui engajado nesta missão de apoiá-lo na aprovação de concursos na área da saúde. Os conhecimentos que adquiri durante minha formação, e que agora tenho aprimorado atuando na docência e na gestão do SUS estão intimamente ligados aos temas do curso que ofereço aqui no *Estratégia Concursos*.

QUAL É A NOSSA PROPOSTA PARA VOCÊ?

Antes de prosseguirmos gostaria de salientar alguns princípios fundamentais que podem ser vistos como uma espécie de cláusulas do contrato de parceria que estou propondo à você. Até para que você saiba exatamente em que terreno está pisando. Este não é um texto padrão que você encontrar no curso de qualquer professor do *Estratégia,* preparei ele exclusivamente para os alunos que ingressarem nos meus cursos.

Estou comprometido com o seu, com o meu, com o nosso sucesso

O meu sucesso nesta empreitada como professor do "Estratégia Concursos" depende diretamente do seu sucesso na aprovação dos concursos que você busca. Portanto me farei valer de todos os recursos que eu dispuser e tratarei disto com toda a transparência necessária para que estabeleçamos uma relação de confiança duradoura. Até porque sei que **com nosso apoio você estará pronto para prestar e ser aprovado nos concursos mais desafiadores do Brasil**. E para cada prova que você prestar, espero que conte conosco para te apoiar nos preparativos.

Isso não é nenhum tipo de bajulação barata só para agradá-los (as), sei que esse tipo de amadorismo não funcionaria. Trata-se de uma afirmação categórica de que estamos aqui firmando **um contrato de "ganha-ganha"**, em que a medida que nós te ajudarmos a alçar seu voo, você estará automaticamente levando consigo a minha referência como professor e a imagem de nosso site aonde quer que você chegue.

Para ilustrar melhor nosso interesse em comum eu me valho do ano de olimpíadas para utilizar a imagem de um atleta campeão que promove seus patrocinadores pelo simples fato de vestir o uniforme com seus logotipos. Portanto acredite, **depois de você mesmo (a), nós somos os maiores interessados no seu sucesso**.

Especialistas em concursos e não só em conteúdos

Talvez você se pergunte: eu não poderia estudar sozinho para o concurso que eu pretendo apenas por meio da leitura de livros e manuais que possuem os conteúdos que são cobrados no edital?

É claro que você pode, mas certamente estará bem menos preparado e competitivo do que os que recorrerem a algum tipo de apoio profissional. É importante que você compreenda que nós professores do ***Estratégia Concursos*** não somos apenas especialistas nos temas que apresentamos em nossas aulas, nós **somos especialistas em concursos**, esse é o nosso ramo.

A partir de análises sistemáticas, somos capazes de mapear as tendências das principais bancas e trazer para você os conteúdos mais relevantes cobrados por elas. Isso nos embasa na maneira que construímos nossas **aulas, sempre focadas na assimilação apenas do que é importante para as provas**. Portanto nossas aulas não têm um formato acadêmico ou científico, e sim um formato que dialoga diretamente com você e constrói uma ponte estreita entre você e a prova dos concursos que prestará.

Selecionamos ainda as melhores questões que te ajudarão a **fixar os conteúdos** e a **desenvolver um raciocínio assertivo**, o que te fará estar pronto a responder quaisquer tipos de questões nas provas, mesmo que eventualmente você não se lembre de alguma informação específica.

O meu jeito de oferecer os recursos do *Estratégia Concursos para você*

Se você pesquisar sobre outros cursos por aí vai perceber que os modelos predominantes são apostilas ou vídeo-aulas. Para que escolher entre um modelo ou outro se você pode ter os dois? No ***Estratégia Concursos*** nós não só somamos estes dois modelos, nós os integramos. Nosso **material escrito é mais do que apostila**, pois como já referi, nossa linguagem proporciona uma **leitura clara e envolvente**, e os **enfoques são escolhidos estrategicamente**.

Além do que, fazemos uma verdadeira **revisão de quase todo o conteúdo** quando comentamos de maneira crítica e reflexiva o gabarito de cada uma das questões que prospectamos. Estas **questões aparecem 2 vezes no seu material**.

A 1ª é numa espécie de simulado quando apresento as questões referentes ao conteúdo da aula para você tentar responder, para que você possa se familiarizar com a maneira mais comum de tal assunto ser cobrado em provas similares a que você prestará. Preferencialmente você só deve consultar as questões comentadas depois que tiver tentado responder as mesmas por conta própria.

A 2ª é ao final da aula, em que comento as mesmas questões do simulado para te ajudar a ampliar o raciocínio referente aquele tema específico trazido pela questão. Com isso **você terá lido e analisado os assuntos mais importantes da aula pelo menos 3 vezes** – na leitura em si do texto-aula, ao tentar responder as questões no simulado e ao ler os meus comentários destas mesmas questões. Isso contribui para uma memorização e assimilação mais poderosa.

Nossas vídeo-aulas também são um recurso importante. Neste formato destaco tudo que há de mais importante no material escrito e explico nuances mais difíceis de serem captadas apenas por meio da leitura. Portanto, **o PDF e as vídeo-aulas se complementam**, permitindo assim que as explicações em torno dos temas sejam mais

completas. Não apostamos neste modelo híbrido por um acaso, sabemos que do ponto de vista cognitivo esta combinação e variabilidade de formatos, favorece um estudo mais dinâmico e uma aprendizagem ainda mais eficaz.

É importante que você saiba também que utilizamos **fontes de informação e referenciais bibliográficos confiáveis e atuais**. Nós não nos orientamos apenas pelos referenciais que as bancas utilizam para compor suas provas, até porque infelizmente na maioria das vezes isso não vem explícito no edital. Certificamo-nos de pautar nossas aulas nas políticas de saúde, diretrizes e arcabouço normativo vigente. Assim, em casos em que se tenha que recorrer, estaremos prontos para orientá-lo(a) a como entrar com recurso contra uma questão errônea.

Mas nem tudo depende só de nós, nossa **proposta de ensino não é passiva**, contamos com sua dedicação e esforço na composição da nossa fórmula de sucesso. Para favorecer **seu protagonismo** oferecemos uma **plataforma interativa** onde você pode postar, por exemplo, **dúvidas** sobre partes de uma aula ou sobre resolução de um exercício. Pode ainda comentar sobre algo que você está estudando e gostaria de compartilhar como um destaque para o professor. Estas postagens podem ser em âmbito coletivo por meio de um fórum em que todos os alunos do curso visualizam ou em uma postagem privativa apenas para o professor.

Estamos preocupados em **te manter atualizado**, por isso publicamos **artigos** em uma área de acesso livre do site cujo intuito é apresentar: **novidades normativas** sobre os temas de nossas aulas, **crônicas sobre assuntos relevantes** para o curso que você está fazendo, **especificidades de determinado edital** que foi lançado e até **comentários sobre questões** de provas já realizadas.

Se bem aproveitados, estes recursos te proporcionarão a nítida sensação de uma **abordagem personalizada** e favorecerá a produção de uma **relação próxima com o professor**. Ou seja, conosco você terá as vantagens do presencial e da educação à distância em um só curso.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O SEU PROCESSO DE APRENDIZAGEM

Permita-me tomar um espaço deste nosso primeiro encontro para refletirmos a respeito deste seu nobre desafio de ser aprovado em um concurso público e sobre quais condições podem favorecer seus esforços.

Como um entusiasta do campo educacional estudo muito sobre processos de ensino-aprendizagem e pautarei toda minha produção deste curso, tanto a parte escrita quanto audiovisual, em princípios e fundamentos pedagogicamente arrojados. E como um curioso da neurociência aplicada à aprendizagem procurarei te oferecer um pacote que combina elementos que se complementam na ativação de áreas cerebrais importantes para sua aprendizagem e memorização.

Quando o assunto é concurso a memorização torna-se um dos mecanismos cognitivos mais importantes. A **memorização de informações específicas** associada à **assimilação de lógicas estruturantes**, que te permitem desenvolver um **raciocínio assertivo**, é uma combinação certeira para o **sucesso em concursos**.

É óbvio que este não é um curso sobre técnicas de aprendizagem, mas considero essencial compartilhar com você **de maneira muito objetiva** um pouco dos princípios relacionados a um fator determinante para o seu plano de estudos, **o manejo de tempo**. Há várias pesquisas que comprovam a **relação entre o manejo adequado do tempo de concentração em uma tarefa** e o desempenho cognitivo que se pode alcançar com isso. Existem diversas abordagens para este tema, e apesar de se saber que cada pessoa se enquadra melhor em um determinado método, a maior parte deles compartilha de princípios comuns.

Intervalos planejados durante a leitura do material e/ou durante a realização de exercícios são fundamentais. Diversos estudos apontam para a relação entre intervalos planejados na execução de tarefas e o aumento da capacidade de memorizar. Baseado neste princípio o italiano Francesco Cirillo criou um método chamado ***"Técnica***

Pomodoro". Resolvi mencionar este método devido sua **simplicidade e eficácia**, motivos pelos quais várias empresas de ponta treinam e incentivam seus funcionários a utilizarem.

Em resumo, a proposta é que você **determine quanto tempo vai estudar a cada dia** e quando iniciar manter-se **concentrado** na tarefa sem permitir interrupções (internas ou externas) **durante 25 minutos**. A cada rodada de 25 minutos você deve **reservar de 3 à 5 minutos para um intervalo curto** planejado. **A cada 4 sessões de estudo** e 3 intervalos curtos entre as sessões (totalizando cerca de 2 horas) você **deve realizar um intervalo maior**, de aproximadamente **15 à 30 minutos**. Nos intervalos curtos ou longos você deve **evitar qualquer atividade que exija esforço mental**, pois o relaxamento é crucial para gerar o efeito de melhoria na sua assimilação.

Você não precisa seguir a risca esse dimensionamento de tempo, mas procure não estabelecer marcos muito mais distantes do que o proposto. Um **alarme ou cronômetro pode ser importante** na marcação do tempo para você não se perder.

Os **intervalos curtos** são ideais para você **fazer algo relaxante** como: automassagem; um alongamento de membros superiores, pescoço e quadril; respirações lentas e profundas para melhor oxigenar seu cérebro; ou simplesmente caminhar no espaço em que você está. Estas atividades podem ser feitas variavelmente e surtem bastante diferença para a retomada da concentração e para aumentar sua disposição para concluir o ciclo de estudo.

Já nos **intervalos maiores** é fundamental que você **se alimente** com alguma fruta ou com outro alimento cujas calorias sejam de fácil metabolização (ex.: biscoitos integrais, barras de cereais, amêndoas ou castanhas etc.). **Manter o tecido encefálico nutrido** durante os estudos não é um mero detalhe. Lembrem-se de que o cérebro é uma estrutura composta por células nobres que se configuram num sofisticado sistema criterioso, e que por meio de sua barreira hematoencefálica

seleciona os tipos de nutrientes que podem atender a sua exigente necessidade energética. O sistema nervoso é um dos mais sensíveis à falta de glicose em todo o corpo humano, e a prática do estudo de média ou longa duração é como uma verdadeira sessão de treino aeróbico.

Portanto, tal qual uma gestante, você não deve permanecer longos períodos sem se alimentar, não mais do que 2 ou 3 horas. **Estou certo de que seu estudo-gestação saudável resultará num parto-aprovação emocionante e no consequente nascimento de uma linda carreira pública.**

Neste intervalo maior você pode também **ouvir uma música ou assistir a alguma coisa** que lhe distraia, pois é muito importante que você se desconecte da tarefa e relaxe sua mente.

Procurarei **dimensionar a apresentação dos conteúdos** que trago para você em minhas aulas de maneira a favorecer o seu ritmo de estudos. Distribuirei os tópicos e subtópicos em porções que te permitam realizar estas pausas menores e maiores e retomar do ponto onde parou.

Para concluir quero tecer uma consideração sobre a **importância do sono**. Esse assunto renderia um artigo a parte. Porém me limitarei a aconselhá-lo a envidar todos os seus esforços para garantir a si mesmo **noites de sono razoáveis**. Sei que a jornada de trabalho de profissionais da saúde costuma ser muito puxada e que incluir uma rotina de estudos para concurso pode tornar isso ainda mais desafiador. Porém, lembre-se que a **privação de sono é um grande vilão** contra o bom funcionamento de diversas funções do cérebro, sobretudo as cognitivas. Geralmente vale a pena investir em uma boa noite de sono para que seus estudos tenham melhor rendimento no dia seguinte.

Espero que você receba estes conselhos e ponderações como um cuidado adicional que estou tendo com você e não como um distrativo. Meu objetivo é ajudá-lo(a) a otimizar toda a sua energia.

Sem mais delongas, vamos para o conteúdo da primeira parte desta aula

DO SANITARISMO POLICIALESCO AO SISTEMA PREVIDENCIÁRIO

Iniciaremos tratando dos principais acontecimentos que marcaram os modelos de sistema de saúde no Brasil e como chegamos até a organização que temos hoje no Sistema Único de Saúde (SUS). Chamo atenção para o fato de que quando falamos em história de qualquer política pública, qualquer coisa pode aparecer numa prova, inclusive episódios completamente irrelevantes. Minha proposta nesta aula é montar um roteiro enxuto com os fatos mais marcantes que foram fundamentais para a evolução da política pública de saúde do Brasil, sem a pretensão de tentar dar conta de relatar todos os detalhes.

Vou iniciar no **século XX**, quando o então Presidente da República **Rodrigues Alves** resolve nomear o médico **Oswaldo Cruz** como diretor do **Departamento Nacional de Saneamento e Saúde**. O Rio de Janeiro, capital da República à época, era uma cidade de ruas estreitas e sujas, saneamento precário e consequentemente era um foco de doenças como febre amarela, varíola, tuberculose e peste bulbônica.

Ao assumir a presidência Alves instituiu como meta governamental o saneamento e reurbanização da capital da República. O combate à varíola tornou-se uma das prioridades, motivo pela qual foi instituída uma lei de vacinação obrigatória, a **Lei Federal nº 1261** em outubro de **1904**. Insatisfeito com esta e outras medidas do governo o povo resolveu reagir.

Durante **uma semana de novembro de 1904**, os populares enfrentaram as forças da polícia e do exército e foram reprimidos com violência. No entanto pode-se dizer que obtiveram êxito pois foi o suficiente para fazer o presidente voltar atrás e suspender a tal lei. Este episódio ficou conhecido como **"Revolta da Vacina"**

Só voltamos a ter outro acontecimento relevante **em 1923, com a Lei Elói Chaves** que regulamentou a criação das **Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP)** – um modelo **restrito ao âmbito de grandes empresas** e que possuíam administração própria para seus fundos. Outros trabalhadores se organizaram em associações de auxílio mútuo para atender doenças, invalidez no trabalho e morte.

O período anterior a 1930 caracterizou–se pela predominância do **modelo liberal privado tradicional**, sobretudo pela prática da medicina individual mediante remuneração direta. Apenas as Santas Casas e instituições de caridade ofereciam assistência médica a quem não podia pagar.

Ao longo da década de 1930, já na era do presidente trabalhista Getúlio Vargas, **a Previdência Social se consolidou**, por meio da criação dos **Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs)** das diversas categorias profissionais, como, por exemplo: Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários **(IAPI)**, Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas **(IAPETEC)** e Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciários **(IAPC)**.

Em 1953, foi criado, o Ministério da Saúde, desmembrando–o do Ministério da Educação – Lei n. 1.920, de 25 de julho. Pode-se dizer que antes do advento do SUS, a atuação do Ministério da Saúde se resumia à restritas atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças (por exemplo, imunização), realizadas em caráter universal. Já a assistência médico-hospitalar gratuita era destinada à poucos grupos de doentes; servia principalmente aos indigentes, ou seja, a quem não tinha acesso ao atendimento pelo INAMPS, sobre o qual falaremos adiante.

A partir do **final dos anos 1950**, inicia–se no Brasil um processo de transformações caracterizado por um movimento de **"modernização" do setor de saúde**. Esse movimento estava condizente com todos os demais movimentos que ocorreram na sociedade brasileira da época, que pode ser entendido como aprofundamento do desenvolvimento capitalista, tendo como objetivo fundamental a plena realização da lógica de eficiência da produção de bens e serviços.

Em 1967, a unificação dos IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) cria um mercado para as ações que serão produzidas pelas empresas vendedoras de serviços médicos e fortalece o movimento de privatização do setor. Neste mesmo ano ficou estabelecido que o Ministério da Saúde seria o responsável pela coordenação da **Política Nacional de Saúde**, política essa que deveria reger sobre: ações de prevenção e promoção à saúde, vigilância sanitária de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos; controle de drogas, medicamentos e alimentos e controle de pesquisa na área da saúde.

A FALÊNCIA DO MODELO PREVIDENCIÁRIO DE SAÚDE

Nos anos 1970, consolida–se a posição hegemônica da Previdência Social. A aceleração do crescimento da atenção médica da previdência e o esvaziamento da "saúde pública" levam ao esgotamento do modelo e à busca de alternativas racionalizadoras de extensão de cobertura a um custo suportável pelo sistema, aparecendo, então, várias experiências, principalmente em áreas que interessavam menos à iniciativa privada.

Nesta mesma década **(1970)** surgiram os **primeiros projetos de medicina comunitária**, realizados por instituições acadêmicas e algumas Secretarias de Saúde, e as **primeiras experiências de municipalização da saúde**.

Nesses espaços de construção da medicina comunitária, foi gestado e difundido o movimento sanitário. Esse movimento, coordenado por grupos de intelectuais localizados em espaços acadêmicos e institucionais, articulados com partidos políticos de esquerda, constituiu–se na base político–ideológica da **Reforma Sanitária Brasileira**.

Em 1974, grandes reformas administrativas na administração pública federal marcaram a **criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS)**. O feito mais marcante deste Ministério foi a criação do **Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)**. O INAMPS foi criado pelo regime militar em 1974 pelo **desmembramento** do Instituto Nacional de Previdência Social **(INPS)**, que hoje é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS); que já era uma autarquia filiada ao Ministério da Previdência, e tinha a finalidade de prestar **atendimento médico aos que contribuíam** com a previdência social, ou seja, **aos empregados de carteira assinada**.

O INAMPS **dispunha de estabelecimentos próprios**, mas a maior parte do atendimento era realizada pela **iniciativa privada**; os convênios estabeleciam a remuneração por procedimento, reiterando a lógica de cuidar da doença e não da saúde.

Também **em 1974** o Decreto Presidencial nº 74.891 regulamentou a **estrutura organizacional e responsabilidades do Ministério da Saúde** que havia sido criado em 1953. Um dos destaques do decreto foi a integração das Secretarias de Saúde e de Assistência Médica passando a constituir a **Secretaria Nacional de Saúde** e criou também a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública **(SUCAM)**.

Em 1975, foi promulgada a Lei n. 6.229, que dispõe sobre a organização do **Sistema Nacional de Saúde (SNS)**, em uma tentativa de institucionalização e racionalização do modelo vigente, sem, entretanto, enfrentar as contradições fundamentais do sistema.

Neste mesmo ano (1975) foi criado o **Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS),** que só foi **implementado a partir de 1977**, abrangendo a região Nordeste do país. Havia muitas críticas ao sistema de saúde e sinalizava–se a crise do financiamento com o fim do "milagre econômico" brasileiro.

Em 1977, foi criado o **Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS)**, vinculando–se a ele o **INAMPS**.

As **mudanças políticas e econômicas que ocorreram no final dos anos 1970 e início dos anos 1980**, período em que o movimento de derrubada da ditadura militar aumentou expressivamente, determinaram o esgotamento desse modelo previdenciário. Essas crises e o processo de redemocratização do país determinaram novos rumos nas

políticas públicas e fizeram surgir, na arena sanitária, sujeitos sociais coletivos que propagavam um modelo alternativo de atenção à saúde.

Enquanto isso vários países em todo o mundo mobilizavam-se em torno do propósito de promover reforma de seus sistemas de saúde. **Em 1977**, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs a seguinte meta: **"Saúde para Todos no ano 2000"**.

A partir dos acúmulos destas discussões a OMS expediu um documento como produto da **I Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde** realizada na cidade de Alma-Ata, antiga cidade de território soviético, hoje pertencente ao Cazaquistão. Essa declaração ficou conhecida, portanto, como **"Declaração de Alma Ata"**.

Os primeiros itens da declaração reafirmam a definição de saúde defendida pela OMS, como o **"completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade"**, e a defendem como **direito universal** e como a principal meta social de todos os governos. A declaração de Alma-Ata inspirou o movimento sanitário brasileiro na construção de diretrizes que culminaram no que há na Constituição Federal sobre o direito à saúde.

Voltando para a conjuntura do Brasil, **em 1979** o General João Baptista Figueiredo assumiu a presidência com a promessa de abertura política. **Em 1980** foi criado o **PREVSAÚDE**, que incorpora o ideário do PIASS como componente rural e avança, principalmente, no tocante a uma nova política de financiamento. Representa ainda um reconhecimento oficial da necessidade de reformulação de prioridades e alteração de uma política de saúde que mantinha em funcionamento um sistema caótico, elitista e corruptivo.

As **Ações Integradas de Saúde (AIS)** foram implantadas **em 1983** como um programa de atenção médica para áreas urbanas. Superando as características que poderiam torná-las mais um programa especial, converte–se em uma estratégia de reorganização do sistema de saúde.

Em março de 1986, ocorreu o evento político–sanitário mais importante para a saúde no século XX, a **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Nela foram lançadas as bases doutrinárias de um novo sistema público de saúde, e tinha como temas oficiais: Saúde como Dever do Estado e Direito do Cidadão, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial. Essa Conferência teve desdobramentos imediatos em um conjunto de trabalhos técnicos desenvolvidos pela **Comissão Nacional de Reforma Sanitária** que serviriam de base à elaboração da Seção da Saúde da Constituição Federal de 1988.

Em 1987, com a assistência médica ainda no INAMPS, foi implantado, no Executivo Federal, um arranjo institucional denominado de **Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)**, que tentou incorporar, em seu desenho, alguns dos elementos centrais da proposta da reforma sanitária: a universalização, a descentralização pela via da estadualização e a democratização das instâncias gestoras. O SUDS foi, portanto, um protótipo do SUS.

A partir da criação do SUDS, a política de saúde passou a gozar de maior relevância no cenário nacional, culminando com a **Carta Constitucional de 1988**, que criou um sistema de seguridade social com três áreas correlatas, porém distintas entre si: **a saúde, a previdência social e a assistência social**. Esse será o tema da nossa próxima aula.

Para concluir compartilho com você um quadro síntese que facilitará sua assimilação quanto a sequência cronológica dos fatos mais relevantes do século XX na constituição dos modelos de atenção à saúde no Brasil. A apreciação cuidadosa deste quadro certamente te ajudará a assimilar melhor todo este histórico.

Note como as décadas de 70 e 80 concentram um número muito maior de episódios em destaque se comparadas com períodos anteriores da evolução histórica das políticas de saúde no Brasil. Isso se justifica pelo esforço de vários setores da sociedade em promover a transição entre um modelo de sistema de saúde previdenciário excludente para um sistema universal, que até hoje seguimos lutando para tentar consolidar.

QUADRO RESUMO **PRINCIPAIS EVENTOS DA HISTÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL – DE 1930 À 1990**	
ANO	**EVENTOS MARCANTES**
1904	➢ **Revolta da Vacina** – Campanha de Osvaldo Cruz contra varíola
1923	➢ **Lei Elói Chaves** – criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão **(CAP)**
1930's	➢ Criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão **(IAPs)**
1953	➢ Criação do **Ministério da Saúde** desmembra do Ministério da Educação
1967	➢ Unificação dos **IAPs** no Instituto Nacional de Previdência Social **(INPS)**
1970's	➢ Esvaziamento da saúde pública, esgotamento do modelo previdenciário ➢ 1ºs movimentos de medicina comunitária ➢ 1ªs experiências de municipalização da saúde
1974	➢ Criação do Ministério da Previdência e Ass. Social **(MPAS)** ➢ Criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social **INAMPS** - desmembramento do **INPS** ➢ Regulamentação da **estrutura organizacional do Ministério da Saúde –** criação da **Secretaria Nacional de Saúde** e **SUCAM**
1975	➢ Organização do Sistema Nacional de Saúde **(SNS)** ➢ Criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e

	Saneamento **(PIASS)** – implementado em 1977
1977	➢ Criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social **(SINPAS)**, vinculando–se a ele o **INAMPS** ➢ I Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde
1978	➢ Publicação da **"Declaração de Alma Ata"**
1980	➢ Criação do **PREVSAÚDE**
1982	➢ Implantação do **Plano de Reorientação da Assistência à Saúde**
1983	➢ Implantação das Ações Integradas de Saúde **(AIS)**
1986	➢ Realização da **8ª Conferência Nacional de Saúde**
1987	➢ Implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde **(SUDS)**
1988	➢ **Constituição Federal** – reconhecimento da saúde enquanto direito

A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

Para conectarmos a discussão desta parte histórica dos modelos de sistema de saúde no Brasil com a do primeiro normativo de fundamentação do SUS, qual seja, os artigos da Constituição Federal que estabelecem a política de saúde, é imprescindível que resgatemos um pouco do que já foi visto até aqui por um ângulo ligeiramente distinto, para contextualizarmos a inserção da política de saúde na carta magna e seus desdobramentos.

Em março de 1986, ocorreu o evento político–sanitário mais importante para a saúde brasileira no século XX, a **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Nela foram lançadas as bases doutrinárias de um novo sistema público de saúde, e tinha como temas oficiais: Saúde como Dever do Estado e Direito do Cidadão, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial. Essa Conferência teve desdobramentos imediatos em um conjunto de trabalhos técnicos

desenvolvidos pela **Comissão Nacional de Reforma Sanitária** que serviriam de base à elaboração da Seção da Saúde da Constituição Federal de 1988.

O movimento da Reforma Sanitária não só trazia uma luta de que a saúde deveria ser tratada como um direito inalienável de todo e qualquer cidadão como também defendia uma perspectiva de entendimento sobre o conceito de saúde para além do combate à doenças. Essa era uma concepção já difundida Organização Mundial de Saúde (OMS) que define a saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades". Isso significa dizer que o processo de saúde-doença deixou de ser visto como fenômeno meramente biológico e passou a ser compreendido como um processo com forte determinação social.

Em 1987, com a assistência médica ainda no **INAMPS**, foi implantado, no Executivo Federal, um arranjo institucional denominado de **Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)**, que tentou incorporar, em seu desenho, alguns dos elementos centrais da proposta da reforma sanitária: a universalização, a descentralização e a democratização das instâncias gestoras. O SUDS foi, portanto, um protótipo do SUS.

Com a então publicação da Constituição Federal de 1988, os grupos mais engajados na consolidação do Sistema Único de Saúde já preparavam uma lei que abarcasse as especificidades desta política pública tão relevante. Foi dessa forma que em **1990** foi publicada a **Lei Orgânica da Saúde (8.080)**, tema da nossa próxima aula.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 – CONSTITUIÇÃO CIDADÃ

A Constituição Federal de 1988, também conhecida como **"Constituição Cidadã"**, trouxe claramente em seu texto o entendimento de que a Seguridade Social deveria ser tratada de maneira distinta do que vinha sendo considerada até então. Como já foi dito, os pontos da Constituição que se referem à saúde em grande parte foram **inspirados no relatório da histórica 8ª Conferência Nacional da Saúde**, por reivindicação de grupos da sociedade civil organizada.

Os **fundamentos do SUS** estão expressos na **seção II** (da Saúde) **do capítulo II** (da Seguridade Social) **do título VIII** (da Ordem Social) da Constituição Federal. Não se preocupem com os parênteses, isso ficará mais claro ao apreciarmos o texto literal destas seções e o quadro resumo que virá logo abaixo.

Em termos gerais a seção II estabelece: os **direitos dos usuários**, os **deveres do estado** e as **diretrizes da organização do sistema**; como será o **financiamento** desse sistema; a **participação da iniciativa privada** e de empresas de capital estrangeiro na assistência à saúde; as **atribuições do sistema**; e a admissão de agentes comunitários de saúde e de combate às endemias, este último incorporado mais recentemente.

Após este preâmbulo proponho apreciarmos o texto literal desta parte da Constituição e na sequência de cada artigo fazermos análises críticas à luz das provocações trazidas pelas questões de provas. Convido-os a **prestarem especial atenção** aos incisos e parágrafos que sofreram alterações por efeito de **Emendas Constitucionais (EC)**, pois isso pode não só ter alterado a estética do texto, mas também sua lógica original.

Trago para você um quadro resumo para ajudá-lo (a) a identificar os elementos chave do texto constitucional durante sua leitura.

QUADRO RESUMO – ARTIGOS DA CF DE INTERESSE PARA O SUS			
TÍTULO VIII – Da ordem social			**ASSUNTO**
CAPÍTULO	**SEÇÃO**	**ARTIGOS**	
II	**I**	**Art. 194**	Define a seguridade social e descreve seus objetivos.
		Art. 195	Descreve as fontes de financiamento da seguridade social.
	II	**Art. 196**	Define a saúde como direito de todos e dever do Estado e declara o acesso como universal.
		Art. 197	Designa ao poder público regulamentar, controlar e fiscalizar serviços de saúde públicos e privados.
		Art. 198	Descreve diretrizes de organização da rede integrada de ações e serviços públicos de saúde, e complementa aspectos do financiamento específico da saúde.
		Art. 199	Estabelece diretrizes para complementariedade do sistema pela iniciativa privada e veda a comercialização de órgãos e sangue.
		Art. 200	Define competências e atribuições do SUS

SEÇÃO I – DISPOSIÇÕES GERAIS

ARTIGO 194

Art. 194. *A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social.*

Parágrafo único. *Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:*

I - universalidade da cobertura e do atendimento;
II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;
V - equidade na forma de participação no custeio;
VI - diversidade da base de financiamento;
VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados. ***(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)***

Neste artigo fica firmado no Brasil um conceito estruturante em diversos outros países democráticos, o da **seguridade social**, que é composta por 3 das políticas públicas mais relevantes: **saúde, previdência e assistência social.**

Estabelece também princípios organizacionais comuns para subsidiar o ordenamento da execução de cada uma dessas 3 políticas por meio do seu parágrafo único que foi acrescentado por meio de uma Emenda Constitucional em 1998.

ARTIGO 195

***Art. 195**. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:*

I – do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre:
(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

a) 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;
(Incluído pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

b) a receita ou o faturamento;
(Incluído pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

c) o lucro; ***(Incluído pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)***

II – do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social de que trata o art. 201;
(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

III – sobre a receita de concursos de prognósticos.

IV – do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar.
(Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 2003)

§ 1º - As receitas dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinadas à seguridade social constarão dos respectivos orçamentos, não integrando o orçamento da União.

§ 2º A proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos.

§ 3º A pessoa jurídica em débito com o sistema da seguridade social, como estabelecido em lei, não poderá contratar com o Poder Público nem dele receber benefícios ou incentivos fiscais ou creditícios.

§ 4º A lei poderá instituir outras fontes destinadas a garantir a manutenção ou expansão da seguridade social, obedecido o disposto no art. 154, I.

§ 5º Nenhum benefício ou serviço da seguridade social poderá ser criado, majorado ou estendido sem a correspondente fonte de custeio total.

§ 6º As contribuições sociais de que trata este artigo só poderão ser exigidas após decorridos noventa dias da data da publicação da lei que as houver instituído ou modificado, não se lhes aplicando o disposto no art. 150, III, "b".

§ 7º São isentas de contribuição para a seguridade social as entidades beneficentes de assistência social que atendam às exigências estabelecidas em lei.

§ 8º O produtor, o parceiro, o meeiro e o arrendatário rurais e 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 produção e farão jus aos benefícios nos termos da lei. ***(EC nº 20, de 1998)***

§ 9º As contribuições sociais previstas no inciso I do caput deste artigo poderão ter alíquotas ou bases de cálculo diferenciadas, em razão da atividade econômica, da utilização intensiva de mão-de-obra, do porte da empresa ou da condição estrutural do mercado de trabalho.
(EC nº 47, de 2005)

§ 10. A lei definirá os critérios de transferência de recursos para o sistema único de saúde e ações de assistência social da União para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e dos Estados para os Municípios, observada a respectiva contrapartida de recursos.
(EC nº 20, de 1998)

§ 11. É vedada a concessão de remissão ou anistia das contribuições sociais de que tratam os incisos I, a, e II deste artigo, para débitos em montante superior ao fixado em lei complementar. ***(EC nº 20, de 1998)***

§ 12. A lei definirá os setores de atividade econômica para os quais as contribuições incidentes na forma dos incisos I, b; e IV do caput, serão não-cumulativas. ***(EC nº 42, de 2003)***

§ 13. Aplica-se o disposto no § 12 inclusive na hipótese de substituição gradual, total ou parcial, da contribuição incidente na forma do inciso I, a, pela incidente sobre a receita ou o faturamento. ***(EC nº 42, de 2003)***

Este artigo dá diretrizes para o financiamento da seguridade social. Perceba que é o artigo que mais recebeu Emendas Constitucionais ao longo dos anos. E certamente as 3 políticas possuem leis e portarias que explicitam regras operacionais próprias para operar seu financiamento, a exemplo da Lei Complementar 141/2012 que estabelece valores que devem ser aplicados em saúde no âmbito das 3 esferas de governo e dita normas de fiscalização da aplicação destes recursos.

É previsível que a dimensão de financiamento de qualquer política exija essa atualização, de modo a ser condizente com as condições e dinâmica econômica do país. Cabe também ressaltar que você constatará logo mais a estreita associação que este artigo tem com o artigo 198.

Não é tão comum encontrar questões que tratem exclusiva e especificamente deste artigo, porém pode ocorrer de algumas alternativas de determinadas questões mencionarem aspectos do financiamento da seguridade social, tais como a exclusividade de financiamento da União ou a isenção de contribuições para a seguridade social para determinados tipos de instituições. Portanto fique atento e certifique-se de que compreendeu as diretrizes trazidas por este artigo.

Seção II - DA SAÚDE

ARTIGO 196

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.*

Aqui começa a seção da Constituição Federal específica da política de saúde. Neste que é um dos menores dos artigos desse conjunto que estamos estudando, encontramos a essência ideológica do conceito de saúde enquanto direito de toda a sociedade brasileira, e que, por conseguinte, é a fundamentação de todo o arcabouço legal do SUS. É a partir deste artigo que se desdobra toda a composição das leis e diretrizes para a organização do Sistema Único de Saúde, principalmente a Lei Orgânica da Saúde 8.080/1990.

Resgata-se neste artigo aquele conceito de saúde na perspectiva da integralidade conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2012 – *"estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades"*. Deixando claro que o modelo de atenção à saúde que se pretende adotar no Brasil não é um modelo pautado apenas no combate e tratamento de doenças, mas sobretudo nas ações de promoção da saúde.

Considera-se ainda a influência dos determinantes sociais da saúde, tema presente na próxima aula. Este artigo também afirma categoricamente o caráter universal do acesso de todo e qualquer cidadão ao sistema de saúde brasileiro, sem distinções ou preferências.

E para além de conceituar o entendimento do que é saúde, suas dimensões e determinantes, este artigo também reconhece que para garantir esse direito à população brasileira o Estado deve formular e executar políticas sociais e econômicas.

ARTIGO 197

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.*

Neste artigo fica claro que a sociedade brasileira admite que toda e qualquer questão relacionada à saúde é de interesse público e portanto precisa ser regulada pelo Estado, mesmo no que tange às práticas da iniciativa privada. É aí que entra por exemplo o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estabelece regras de comercialização das ações de saúde de modo a não violar direitos humanos e do consumidor em razão de interesses econômicos das operadoras de planos de saúde.

Lembra-nos também do papel da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que deve regulamentar e fiscalizar a estruturação e funcionamento de todo e qualquer atividade produtiva ou serviço que se relacione com a saúde humana, conforme regras de segurança e qualidade.

Isso pode nos parecer um tanto óbvio, justamente por estar previsto em nossa Constituição, porém em muitos países isto não está claramente legislado.

ARTIGO 198

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.

§ 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.
(Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:
(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento);
(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)
II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;
(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.
(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:
(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º;
(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)
II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;
(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)
III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;
(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação. ***(Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)***

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência

financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial.
(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 63, de 2010)

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício.
(Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)

Este que originalmente era um artigo mais simples foi bastante incrementado por Emendas Constitucionais que dificultaram a definição de um único tema para ele. De toda forma perceba que o texto original traz uma essência fundamental, se chamei o artigo 196 de coração do Sistema de Saúde, aqui temos a coluna vertebral pois expressa as diretrizes primordiais de organização do SUS, que também se desdobrará em um artigo vital da Lei Orgânica da Saúde (8.080).

Os complementos deste artigo trazem mais regras para o financiamento do Sistema e seus mecanismos de fiscalização, que como já referi é objeto de outras leis específicas. Além de trazer "bizarramente" diretrizes específicas sobre a inserção de **Agentes Comunitários de Saúde e de Controle de Endemias**, tal qual para a definição de seu plano de carreira em âmbito federal.

Deixo claro que sou um defensor implacável da Atenção Primária, da Estratégia de Saúde da Família e da importância destes profissionais. Porém, é evidente que tratar desta especificidade na carta constitucional conflita com o princípio da descentralização e autonomia dos entes federados, além do que trata desta carreira profissional de maneira desigual em relação às demais.

ARTIGO 199

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

§ 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.

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

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

§ 4º 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.

Neste artigo fica estabelecido que tipo de relação pode ser mantida entre a iniciativa privada e o poder público na execução de ações de saúde no âmbito do SUS. As empresas que desejam prestar serviços de interesse público precisam ser contratadas pelo gestor correspondente.

Assim o poder público pode conveniar ou contratar estes prestadores para entregar serviços, mas não podem de modo algum destinar recursos para auxiliar o crescimento ou manutenção destas instituições.

Outra questão que merece destaque é que a **Lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015** permite a participação de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde. Com isso praticamente se anula os efeitos do parágrafo 3º deste artigo.

O texto da lei 13.097/2015 referente a este artigo da Constituição ficou descrito da seguinte maneira:

A Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos:
I - doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos;
II - 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;
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
IV - demais casos previstos em legislação específica."

Fique atento, como essa é uma mudança relativamente recente e bastante significativa tornou-se uma tendência em questões de provas mais qualificadas. Retomaremos esse tema na aula da Lei 8.080 propriamente dita.

ARTIGO 200

Art. 200. *Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:*

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

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

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

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

V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;
(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)

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

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

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

Neste último artigo da seção da saúde constatamos uma lista de atribuições dos órgãos que compõem o SUS de maneira mais geral. A especificação de como é que estas atribuições se dividem entre Municípios, Estados e União você encontrará na próxima aula com base na Lei 8.080.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Constituição de 1988 foi um marco na história da saúde pública brasileira, ao definir a saúde como "direito de todos e dever do Estado". Porém a implementação do SUS tem sido realizada de forma gradual.

Primeiro veio o **SUDS** (1987); depois, a **incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde** (Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990); e por fim a **Lei Orgânica da Saúde** (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) que estabeleceu efetivamente as diretrizes para a organização do SUS.

Poucos meses após a publicação da 8.080 foi publicada também a Lei nº 8.142, em 28 de dezembro de 1990, que imprimiu ao SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a inclusão de trabalhadores e usuários na gestão do sistema e de seus serviços.

O INAMPS só foi extinto em 1993, mas a luta para a superação de sua lógica ainda não se encerrou, seus vestígios continuam impregnados em muitas práticas retrógadas que ainda permeiam o universo da gestão do SUS até hoje.

A Constituição Federal estabeleceu pressupostos fundamentais para a criação de um sistema universal de saúde no Brasil e disparou um processo subsequente de aprovação de leis complementares e ordinárias que foram formuladas e aprovadas pelo Congresso Nacional e sancionadas pelo Poder Executivo. Essas normativas serão o objeto central de nossas próximas aulas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 74.891, de 13 de Novembro de 1974**. Dispõe sobre a Estrutura Básica do Ministério da Saúde e dá outras providências. DOU, 14 novembro de 1974.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975**. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. DOU, 18 de julho de 1975. (revogada)

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Promulgada em 05 de outubro de 1988.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde:** mudanças, continuidades e a agenda atual. Hist. cienc. Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 77-92, Mar. 2014

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. 133 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 534 p. (Coleção Para entender a gestão do SUS 2011, 13).

HORA DE praticar! **SIMULADO** HORA DE praticar!

1) FCC – TRT/6ª Região – Analista Judiciário/Enfermagem – 2012

Considerando a trajetória histórica da evolução da saúde no Brasil, alguns programas atuais da política nacional de saúde assemelham-se aos ocorridos em períodos anteriores.

Com base nessa informação, considere as afirmativas:

I. Aos assegurados das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) eram oferecidos medicamentos, além da assistência previdenciária. Comparativamente, o programa HIPERDIA fornece medicamentos para controle de hipertensão e diabetes gratuitamente.

II. Durante a Era Vargas, uma das maiores inovações ocorridas foi a criação do SAMUD - Serviço de Assistência Móvel de Urgência Domiciliar. Atualmente, o SAMU é referência nacional para atendimento móvel pré-hospitalar.

III. A partir de 1960, por meio da lei "Eloy Chaves", instaurou-se a unificação dos institutos de previdências sociais, favorecendo o acesso à saúde para os trabalhadores. Analogamente, um dos marcos normativos do SUS consiste no atendimento com equidade e universalidade.

Está correto o que se afirma em

a) I, apenas.

b) II, apenas.

c) III, apenas.

d) I e II, apenas.

e) I, II e III.

2) FCC – TRE/PR – Técnico Judiciário/Enfermagem – 2017

Antes da criação do Sistema Único de Saúde, em 1988, a assistência médica era entendida como um benefício ao qual tinham direito

a) trabalhadores com carteira assinada ou não, que contribuíam para o Sindicato da categoria.

b) todo cidadão brasileiro, independente da condição social, cor, etnia ou religião.

c) todo cidadão brasileiro, com exceção estrangeiros naturalizados a menos de um ano.

d) trabalhadores com carteira assinada, independente da contribuição à Previdência.

e) trabalhadores que contribuíam para a Previdência Social e seus dependentes.

3) FCC – TCM/RJ – Procurador da Procuradoria Especial – 2015

Quanto ao conceito, origem e evolução legislativa da Seguridade Social no Brasil é INCORRETO afirmar:

a) É considerado um marco na história da Previdência Social a denominada "Lei Eloy Chaves" que determinou a criação de Caixas de Aposentadoria e Pensões para trabalhadores ferroviários.

b) Em 1934, pela primeira vez uma Constituição do Brasil faz alusão expressa aos direitos previdenciários, instituindo o modelo tripartite suportado pela União, pelos empregados e empregadores, além de garantir mínima proteção em face da velhice, invalidez, maternidade, acidente de trabalho e morte.

c) O sistema securitário social brasileiro consagra a proteção do indivíduo contra riscos que possam surgir em relação à previdência social e à assistência social, não abrangendo a saúde, que é tratada com exclusividade pela União, através do Ministério da Saúde.

d) O plano de ação das áreas que envolvem a Seguridade Social será integrado e deve estar expresso na Lei de Diretrizes Orçamentárias que fixará as metas e prioridades do sistema, assegurando a cada área a gestão dos seus recursos.
e) A Seguridade Social terá caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação de trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do governo nos órgãos colegiados.

4) FCC – FUNAPE – Analista Jurídico Previdenciário – 2017
Conforme estatuído na Constituição Federal de 1988, as ações realizadas pelos Poderes Públicos em prol da Seguridade Social visam a assegurar exclusivamente direitos atinentes a
a) saúde, educação e previdência social.
b) educação, segurança pública e assistência social.
c) saúde, previdência e assistência social.
d) cultura, saúde e assistência social.
e) previdência pública e assistência social.

5) FCC – ANS – Especialista em Regulação – 2007
É dever do Estado, na garantia da saúde do ser humano,
I. a formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos;
II.a formulação e execução apenas de políticas sociais que visem à redução de riscos de doenças e outros agravos;
III. o estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços.

É correto o que consta APENAS em
a) I.
b) I e III.

c) II.

d) II e III.

e) III.

6) FCC – ANS – Especialista em Regulação – 2007

O Sistema Único de Saúde - SUS pode ser entendido como a política de saúde que busca

a) a forma de atuação de clínicas e hospitais particulares, no âmbito da saúde, em parceria com o setor público.

b) a forma de organização da assistência das Unidades Básicas de Saúde no âmbito governamental.

c) a reformulação e a reorganização política e organizacional dos serviços e ações de saúde no país.

d) organização da relação e financiamento da assistência prestada pelo setor privado.

e) um sistema público de saúde que funcione de forma independente da assistência prestada pelo setor privado.

7) FCC – TRT/6ª Região – Analista Judiciário/Enfermagem – 2012

Em relação à saúde e à assistência social, está previsto na Constituição Federal brasileira que

a) a assistência social será prestada a quem dela necessitar, mantendo relação direta com a contribuição à seguridade social.

b) as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único.

c) as instituições privadas não poderão participar, ainda que de forma complementar, do sistema único de saúde.

d) as ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do tesouro nacional, sendo vedada a destinação de recursos do orçamento da seguridade social para tais fins.

e) há vinculação de receita mínima anual para ações e serviços públicos de saúde apenas para União, Estados e Distrito Federal.

8) FCC – MPU – Analista de Saúde/Enfermagem – 2007

A atenção à saúde, vigente nas décadas que seguiram a reforma sanitária instituída pela Constituição Federal de 1988, está consubstanciada em diretrizes, sendo três delas:

a) visão holística da saúde, promoção à saúde e espírito do sanitarismo campanhista.

b) descentralização, universalização do atendimento e integralização das ações de saúde.

c) vigilância em saúde, centralização das ações e municipalização da saúde.

d) promoção à saúde, ações preventivas e atendimento médico assistencialista.

e) atenção curativa/reabilitação, valorização dos agentes comunitários e espírito do sanitarismo assistencialista.

9) FCC – TRE/PR – Técnico Judiciário/Enfermagem – 2017

Quando for necessária a contratação de serviços privados, por insuficiência do setor público, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu condições contratuais a serem cumpridas, onde

a) a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do Sistema Único de Saúde – SUS, como se o serviço privado fosse público, uma vez que, quando contratado, atua em nome deste.

b) a celebração de contrato deve atender as normas de direito público, ou seja, interesse privado prevalecendo sobre o público em tratamentos de alto custo.

c) a integração dos serviços privados deverá se dar na mesma lógica centralizadora das autarquias, fundações não lucrativas e instituições de longa permanência que compõe o SUS.
d) dentre os serviços privados, devem ter preferência os serviços lucrativos.
e) a área de atuação dos serviços privados contratados deve ser ilimitada e priorizada pelo gestor federal, no momento do repasse da verba pública.

10) FCC – ANS – Técnico em Regulação - 2007
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
a) exclusivamente de forma direta pelo Poder Público, através da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, sendo vedada a execução através de terceiros.
b) exclusivamente de forma direta pela União, sendo vedada a execução através de terceiros.
c) diretamente ou através de terceiros, excetuando-se as pessoas físicas, por não terem estrutura ou competência para essa execução.
d) diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.
e) exclusivamente de forma direta pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, visto que à União cabe apenas a fiscalização, sendo vedada a execução por terceiros.

11)FCC – TRT/3ª Região – Analista Judiciário/Enfermagem – 2015
As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, são organizados de forma,

a) regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

b) centralizada e unificada de acordo com o grau de classificação do usuário.

c) centralizada e condicionada à contribuição do trabalhador.

d) unificada conforme a reorganização da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial.

e) hierarquizada a garantir a integralidade da assistência, partindo da divisão técnica do trabalho e sua subsequente fragmentação.

12) FCC – DPE/PR – Defensor Público – 2012

Quanto ao direito à saúde, é correto afirmar:

a) A existência de um Sistema Único de Saúde pressupõe a definição das obrigações de cada um dos entes que a compõem, não havendo solidariedade entre União, Estados e Municípios no dever de fornecer ou prestar determinado serviço ou medicamento.

b) Os serviços públicos de saúde serão prestados preferencialmente aos que comprovarem insuficiência de recursos para custear um tratamento privado.

c) O direito à saúde impõe a União, Estados e Municípios o dever de prestar assistência terapêutica, inclusive farmacêutica, sugerindo-se a adoção de políticas profiláticas.

d) Estão excluídas do campo de atuação do Sistema Único de Saúde a vigilância sanitária e a fiscalização e inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano, de responsabilidade da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

e) A iniciativa privada pode participar do Sistema Único de Saúde em caráter complementar.

Gabarito

Questão	Resposta
1	A
2	E
3	C
4	C
5	B
6	C
7	B
8	B
9	A
10	D
11	A
12	E

QUESTÕES COMENTADAS

1) FCC – TRT/6ª Região – Analista Judiciário/Enfermagem – 2012

Considerando a trajetória histórica da evolução da saúde no Brasil, alguns programas atuais da política nacional de saúde assemelham-se aos ocorridos em períodos anteriores.

Com base nessa informação, considere as afirmativas:

I. Aos assegurados das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) eram oferecidos medicamentos, além da assistência previdenciária. Comparativamente, o programa HIPERDIA fornece medicamentos para controle de hipertensão e diabetes gratuitamente.

II. Durante a Era Vargas, uma das maiores inovações ocorridas foi a criação do SAMUD - Serviço de Assistência Móvel de Urgência Domiciliar. Atualmente, o SAMU é referência nacional para atendimento móvel pré-hospitalar.

III. A partir de 1960, por meio da lei "Eloy Chaves", instaurou-se a unificação dos institutos de previdências sociais, favorecendo o acesso à saúde para os trabalhadores. Analogamente, um dos marcos normativos do SUS consiste no atendimento com equidade e universalidade.

Está correto o que se afirma em

a) I, apenas.

b) II, apenas.

c) III, apenas.

d) I e II, apenas.

e) I, II e III.

Comentário

Você perceberá que mesmo mediante a vasta busca que fiz por questões da FCC para estes temas, não é frequente aparecer questões sobre a evolução histórica da saúde no Brasil. Eu encontrei apenas 3 questões e cada uma pertence a uma prova diferente, o que significa que só houve uma questão sobre este tema em cada uma destas provas.

Quando uma questão te pede para julgar diferentes afirmativas é praticamente como se fossem várias questões numa só.

No item I encontramos um detalhe, que embora não tenha sido mencionado diretamente na aula podemos aqui neste momento esclarecer. Assistência em saúde prevista para os trabalhadores formais que contribuíam diretamente ou indiretamente (empresa) para as CAPS tinha direito a receber determinados medicamentos quando prescrito em atendimento ambulatorial dos serviços ligados aquela mesma caixa. Portanto este item está correto.

Não é nem preciso saber do que se trata o assunto do item II para perceber que ele mistura 2 coisas distintas. O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) foi normatizado pelo Ministério da saúde em 2011. Já o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) tem propósito distinto em relação ao primeiro e data de 2003. Portanto nenhum deles é da época de Getúlio Vargas (1930- 1945), e este item então está errado.

A redação deste último item também está bastante confusa, o que já levanta uma suspeita. Talvez seja difícil lembrar de toda essa dinâmica de composição e recomposição das estruturas previdenciárias ao longo do século XX, por isso te recomendei que memorizasse alguns fatos mais importantes, como a Lei Eloy Chaves, por exemplo. Esta lei foi o próximo marco importante na nossa linha do tempo após a revolta da vacina, ela foi publicada em 1923 para regulamentar as primeiras Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS) e não dos Institutos (IAPS), que só vieram depois. Assim sendo ficamos com a alternativa A.

2) FCC – TRE/PR – Técnico Judiciário/Enfermagem – 2017

Antes da criação do Sistema Único de Saúde, em 1988, a assistência médica era entendida como um benefício ao qual tinham direito

a) trabalhadores com carteira assinada ou não, que contribuíam para o Sindicato da categoria.

b) todo cidadão brasileiro, independente da condição social, cor, etnia ou religião.

c) todo cidadão brasileiro, com exceção estrangeiros naturalizados a menos de um ano.

d) trabalhadores com carteira assinada, independente da contribuição à Previdência.

e) trabalhadores que contribuíam para a Previdência Social e seus dependentes.

Comentário

Essa é uma questão mais fácil. Sabemos que em todos os modelos de sistema de saúde anteriores ao SUS a lógica predominante era de ofertar serviços para uma parcela da sociedade constituída por trabalhadores que contribuíam para a Previdência Social, uma vez que esta era a única fonte de financiamento destes serviços. Então nossa reposta esta na letra E.

3) FCC – TCM/RJ – Procurador da Procuradoria Especial – 2015

Quanto ao conceito, origem e evolução legislativa da Seguridade Social no Brasil é INCORRETO afirmar:

a) É considerado um marco na história da Previdência Social a denominada "Lei Eloy Chaves" que determinou a criação de Caixas de Aposentadoria e Pensões para trabalhadores ferroviários.

b) Em 1934, pela primeira vez uma Constituição do Brasil faz alusão expressa aos direitos previdenciários, instituindo o modelo tripartite suportado pela União, pelos empregados e empregadores, além de

garantir mínima proteção em face da velhice, invalidez, maternidade, acidente de trabalho e morte.

c) O sistema securitário social brasileiro consagra a proteção do indivíduo contra riscos que possam surgir em relação à previdência social e à assistência social, não abrangendo a saúde, que é tratada com exclusividade pela União, através do Ministério da Saúde.

d) O plano de ação das áreas que envolvem a Seguridade Social será integrado e deve estar expresso na Lei de Diretrizes Orçamentárias que fixará as metas e prioridades do sistema, assegurando a cada área a gestão dos seus recursos.

e) A Seguridade Social terá caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação de trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do governo nos órgãos colegiados.

Comentário

Fique atento, pois esta questão está te solicitando identificar a alternativa incorreta. Acabamos de ver que a Lei Eloy Chaves criou sim as CAPS. Embora não tenha sido citado na aula como algo em destaque, reconhecemos que a constituição de 1934 já previa os dispositivos descritos na alternativa B. Já na alternativa C, mesclando história com a CF, sabemos que a saúde está sim inserida como política integrante da seguridade social, portanto este é um erro brutal na alternativa C, o que faz dela a alternativa que deve ser assinalada.

Meu último destaque nesta questão é para a alternativa E que nos lembra que a CF/88 evoluiu o conceito de participação na gestão das políticas de seguridade social para uma formação quadripartite (governo, trabalhador, empregador e aposentados), ao invés de tripartite.

4) FCC – FUNAPE – Analista Jurídico Previdenciário – 2017

Conforme estatuído na Constituição Federal de 1988, as ações realizadas pelos Poderes Públicos em prol da Seguridade Social visam a assegurar exclusivamente direitos atinentes a

a) saúde, educação e previdência social.

b) educação, segurança pública e assistência social.

c) saúde, previdência e assistência social.

d) cultura, saúde e assistência social.

e) previdência pública e assistência social.

Comentário

A partir daqui já começamos a tratar de temas relacionados da Constituição Federal. Note que a FCC diferente da maior parte das outras bancas, não menciona os artigos da Constituição no enunciado das questões, aborda apenas os princípios. Isso pode exigir mais atenção da sua parte, por outro lado torna a questão menos "decoreba", exige que você tenha entendida o contexto inteiro.

Nesta questão muito simples você só precisa se recordar quais são as 3 políticas que formam o tripé da seguridade social, que são: saúde, previdência e assistência social. Alternativa C.

5) FCC – ANS – Especialista em Regulação – 2007

É dever do Estado, na garantia da saúde do ser humano,

I. A formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos;

II. A formulação e execução apenas de políticas sociais que visem à redução de riscos de doenças e outros agravos;

III. O estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços.

É correto o que consta APENAS em

a) I.
b) I e III.
c) II.
d) II e III.
e) III.

Comentário

Esta questão explora um artigo vital da Constituição para a política de saúde. No senso comum lembramos sempre da primeira parte deste artigo – "A saúde é direito de todos e dever do Estado...", mas o artigo continua explicando como isso deve ser feito e para qual finalidade – "...*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.*

Assim sendo, constatamos que apenas a afirmativa II possui uma falha ao restringir a menção às políticas sociais, excluindo as econômicas. Por isso a resposta é B.

6) FCC – ANS – Especialista em Regulação – 2007

O Sistema Único de Saúde - SUS pode ser entendido como a política de saúde que busca

a) a forma de atuação de clínicas e hospitais particulares, no âmbito da saúde, em parceria com o setor público.
b) a forma de organização da assistência das Unidades Básicas de Saúde no âmbito governamental.
c) a reformulação e a reorganização política e organizacional dos serviços e ações de saúde no país.
d) organização da relação e financiamento da assistência prestada pelo setor privado.

e) um sistema público de saúde que funcione de forma independente da assistência prestada pelo setor privado.

Comentário

Esta questão é mais conceitual e portanto não encontraremos para ela uma resposta protocolar em nenhumas das normativas estudadas neste curso. É uma questão um tanto intrigante pois não coloca nenhum absurdo em suas alternativas, apenas coloca descrições incompletas ou retrata objetivos de ordem menor. Do ponto de vista constitucional, talvez apenas a última alternativa mereça uma ressalva, pois se admite-se uma relação complementar entre o público e o privado, não seria um objetivo a busca por plena independência.

É preciso procurar pela alternativa mais abrangente e estruturante e que melhor descreve a missão do SUS. É a alternativa C.

7) FCC – TRT/6ª Região – Analista Judiciário/Enfermagem – 2012

Em relação à saúde e à assistência social, está previsto na Constituição Federal brasileira que

a) a assistência social será prestada a quem dela necessitar, mantendo relação direta com a contribuição à seguridade social.

b) as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único.

c) as instituições privadas não poderão participar, ainda que de forma complementar, do sistema único de saúde.

d) as ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do tesouro nacional, sendo vedada a destinação de recursos do orçamento da seguridade social para tais fins.

e) há vinculação de receita mínima anual para ações e serviços públicos de saúde apenas para União, Estados e Distrito Federal.

Comentário

Nas questões que se baseiam no texto constitucional é bastante comum que se misture aspectos da saúde, assistência social e previdência. Não se preocupe, como vimos no artigo 194 da CF os pressupostos das 3 políticas são os mesmos, e o provável é que as questões exijam apenas isso, não devem adentrar os artigos específicos destas outras políticas.

Na letra A nega-se o princípio da universalidade; na C ignora-se o estabelecido no artigo 199 quanto a possibilidade de participação complementar da iniciativa privada na execução das políticas de saúde; na D vemos um entendimento exatamente contrário ao que está estabelecido no artigo 198; na E eles negligenciam a menção aos municípios. Assim, é na alternativa B que vemos assertivamente que o SUS é um sistema que deve organizar-se de maneira hierárquica do ponto de vista dos seus níveis de atenção e regionalizada, tendo em vista a incapacidade dos municípios em prover tudo que suas populações precisam isoladamente.

8) FCC – MPU – Analista de Saúde/Enfermagem – 2007

A atenção à saúde, vigente nas décadas que seguiram a reforma sanitária instituída pela Constituição Federal de 1988, está consubstanciada em diretrizes, sendo três delas:

a) visão holística da saúde, promoção à saúde e espírito do sanitarismo campanhista.

b) descentralização, universalização do atendimento e integralização das ações de saúde.

c) vigilância em saúde, centralização das ações e municipalização da saúde.

d) promoção à saúde, ações preventivas e atendimento médico assistencialista.

e) atenção curativa/reabilitação, valorização dos agentes comunitários e espírito do sanitarismo assistencialista.

Comentário

Se na questão anterior vimos a menção aos princípios organizativos da hierarquização e regionalização, nesta a banca traz os princípios doutrinários da universalidade e integralidade e o princípio organizativo da descentralização. Essa categorização dos princípios do SUS será melhor discutido na próxima aula da Lei 8.080, estou te provocando neste momento justamente para te preparar. Nossa alternativa então é a B. A D teria alguma chance de ser certa se não restringisse ao atendimento médico.

9) FCC – TRE/PR – Técnico Judiciário/Enfermagem – 2017

Quando for necessária a contratação de serviços privados, por insuficiência do setor público, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu condições contratuais a serem cumpridas, onde

a) a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do Sistema Único de Saúde – SUS, como se o serviço privado fosse público, uma vez que, quando contratado, atua em nome deste.

b) a celebração de contrato deve atender as normas de direito público, ou seja, interesse privado prevalecendo sobre o público em tratamentos de alto custo.

c) a integração dos serviços privados deverá se dar na mesma lógica centralizadora das autarquias, fundações não lucrativas e instituições de longa permanência que compõe o SUS.

d) dentre os serviços privados, devem ter preferência os serviços lucrativos.

e) a área de atuação dos serviços privados contratados deve ser ilimitada e priorizada pelo gestor federal, no momento do repasse da verba pública.

Comentário

Algumas bobagens podem ser identificadas facilmente em algumas alternativas. O interesse privado nunca será priorizado em detrimento do público, e por esse motivo os repasses financeiros não podem ser destinados para os prestadores privados de maneira privilegiada. A centralização não se aplica nem a maneira do setor público se organizar e não haveria porque instituir o contrário para o setor privado. E conforme o § 1º do artigo 199, os serviços filantrópicos e sem fins lucrativos sempre devem ter preferência em relação aos lucrativos.

Nossa resposta está na letra A, onde fica claro que a o prestador deve se comportar como se público fosse quando atua sob contrato ou convênio com o SUS, não podendo por exemplo cobrar parcialmente ao usuário que esteja utilizando de seu serviço por meio de encaminhamento público.

10) FCC – ANS – Técnico em Regulação - 2007

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

a) exclusivamente de forma direta pelo Poder Público, através da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, sendo vedada a execução através de terceiros.

b) exclusivamente de forma direta pela União, sendo vedada a execução através de terceiros.

c) diretamente ou através de terceiros, excetuando-se as pessoas físicas, por não terem estrutura ou competência para essa execução.

d) diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

e) exclusivamente de forma direta pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, visto que à União cabe apenas a fiscalização, sendo vedada a execução por terceiros.

Comentário

Nesta questão a banca tenta te confundir criando diferentes modos de relação com o terceiro setor e jogando com as responsabilidades das 3 esferas de gestão. Mas o princípio aqui é novamente o que está estabelecido no artigo 199, a iniciativa privada pode atuar no SUS e não importa se como pessoa física ou jurídica. Assim a alternativa é D.

11)FCC – TRT/3ª Região – Analista Judiciário/Enfermagem – 2015

As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, são organizados de forma,

a) regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

b) centralizada e unificada de acordo com o grau de classificação do usuário.

c) centralizada e condicionada à contribuição do trabalhador.

d) unificada conforme a reorganização da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial.

e) hierarquizada a garantir a integralidade da assistência, partindo da divisão técnica do trabalho e sua subsequente fragmentação.

Comentário

Essa questão junta dois temas do que já discutimos anteriormente, a regionalização e hierarquização precisam ser respeitadas pelos prestadores privados também, até porque quem ordena o fluxo de

acionamento destes serviços é o gestor, que possui a responsabilidade legal de seguir tais princípios.

12) FCC – DPE/PR – Defensor Público – 2012

Quanto ao direito à saúde, é correto afirmar:

a) A existência de um Sistema Único de Saúde pressupõe a definição das obrigações de cada um dos entes que a compõem, não havendo solidariedade entre União, Estados e Municípios no dever de fornecer ou prestar determinado serviço ou medicamento.

b) Os serviços públicos de saúde serão prestados preferencialmente aos que comprovarem insuficiência de recursos para custear um tratamento privado.

c) O direito à saúde impõe a União, Estados e Municípios o dever de prestar assistência terapêutica, inclusive farmacêutica, sugerindo-se a adoção de políticas profiláticas.

d) Estão excluídas do campo de atuação do Sistema Único de Saúde a vigilância sanitária e a fiscalização e inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano, de responsabilidade da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

e) A iniciativa privada pode participar do Sistema Único de Saúde em caráter complementar.

Comentário

Na letra A nega-se a solidariedade e integração que deve haver entre os 3 entes de governo, na B fere o princípio da universalidade e igualdade, na C erra ao falar em termos de sugestão, e na D vemos o absurdo maior que é deixar a vigilância sanitária e suas atribuições de fora do SUS.

De maneira muito simples vemos na alternativa E a afirmação mais frequente de nossas questões, pautado no artigo 199. Esta é a resposta correta.

ESSA LEI TODO MUNDO CONHECE:
PIRATARIA É CRIME.

Mas é sempre bom revisar o porquê e como você pode ser prejudicado com essa prática.

1. Professor investe seu tempo para elaborar os cursos e o site os coloca à venda.

2. Pirata divulga ilicitamente (grupos de rateio), utilizando-se do anonimato, nomes falsos ou laranjas (geralmente o pirata se anuncia como formador de "grupos solidários" de rateio que não visam lucro).

3. Pirata cria alunos fake praticando falsidade ideológica, comprando cursos do site em nome de pessoas aleatórias (usando nome, CPF, endereço e telefone de terceiros sem autorização).

4. Pirata compra, muitas vezes, clonando cartões de crédito (por vezes o sistema anti-fraude não consegue identificar o golpe a tempo).

5. Pirata fere os Termos de Uso, adultera as aulas e retira a identificação dos arquivos PDF (justamente porque a atividade é ilegal e ele não quer que seus fakes sejam identificados).

6. Pirata revende as aulas protegidas por direitos autorais, praticando concorrência desleal e em flagrante desrespeito à Lei de Direitos Autorais (Lei 9.610/98).

7. Concurseiro(a) desinformado participa de rateio, achando que nada disso está acontecendo e esperando se tornar servidor público para exigir o cumprimento das leis.

8. O professor que elaborou o curso não ganha nada, o site não recebe nada, e a pessoa que praticou todos os ilícitos anteriores (pirata) fica com o lucro.

Deixando de lado esse mar de sujeira, aproveitamos para agradecer a todos que adquirem os cursos honestamente e permitem que o site continue existindo.