

---

**THEREZA MARIA MAGALHÃES MOREIRA**  
**MARIA MARLENE MARQUES ÁVILA**  
**MARIA SALETE BESSA JORGE**  
**ILSE MARIA TIGRE DE ARRUDA LEITÃO**  
(organizadoras)



**Manual de**  
**SAÚDE PÚBLICA**

*DEDICATÓRIA*

*A todos que apoiaram de forma expressiva a  
elaboração deste livro.*

---

# Autores

---

► *ORGANIZADORAS*

---

**THEREZA MARIA MAGALHÃES MOREIRA**

Enfermeira e Advogada. Pós-Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Mestre e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Adjunto da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente da Pós-Graduação (Mestrado e Doutorado) da UECE nos Programas: 1) Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde; e 2) Saúde Coletiva. Líder do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem-GRUPECCE-CNPq. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq-PQ1. Consultora Ad hoc de vários periódicos.

---

**Maria Marlene Marques Ávila**

Graduação em Nutrição pela Universidade Estadual do Ceará; Mestre em Saúde Pública (UECE). Doutora em Saúde Coletiva na área de Política, Planejamento e Administração em Saúde pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Pós-doutora em Saúde Coletiva pela USP/Faculdade de Saúde Pública. Professora Associada do Curso de Nutrição, professora colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e professora permanente do Mestrado Acadêmico em Nutrição e Saúde da Universidade Estadual do Ceará.

---

**Maria Saete Bessa Jorge**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo; Pós-Doutora em Saúde Coletiva pela UNICAMP; Professora Titular em Saúde Mental pela Universidade Estadual do Ceará, bolsista de produtividade em Pesquisa CNPq 1B da Universidade Estadual do Ceará. Coordenadora do laboratório interdisciplinar de Saúde Mental e Docente de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará-UECE. Líder do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Família, Práticas de saúde e Enfermagem (GRUPSFE).

---

**Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão**

Enfermeira. Mestre em Saúde Pública, área de concentração em Políticas em Serviços de Saúde-UECE. Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva Associação Ampla-UFC, UECE, UNIFOR. Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Família, Práticas de saúde e Enfermagem (GRUPSFE).

**AUTORES****ANA MARIA FONTENELLE CATRIB**

Graduação em Pedagogia pela Universidade de Fortaleza-UNIFOR; especialização em Administração pela Universidade Estadual do Ceará-UECE, especialização em Metodologia do Ensino Superior pela Universidade Estadual do Ceará-UECE; mestrado em Educação pela Universidade Federal do Ceará-UFC doutorado em Educação pela Universidade Federal da Bahia-UFBA (2002); pós-doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP; avaliadora para supervisão do MEC, avaliadora institucional e de curso de graduação do INEP-MEC, líder de grupo de pesquisa no CNPq, revisora de periódicos nacionais e internacionais indexados e PQ-CNPq. Na Universidade de Fortaleza é professora titular do Mestrado e Doutorado em Saúde Coletiva e coordenadora do Observatório de Avaliação.

**ANA MARIA ZUWICK**

Médica psiquiatra, doutoranda do Programa de pós graduação em Saúde Coletiva - Associação Ampla- UECE,UFC, UNIFOR, Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Família, Práticas de saúde e enfermagem (GRUPSFE).

**ANA PAULA CAVALCANTE RAMALHO BRILHANTE**

Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará; Doutoranda em Saúde Coletiva na Universidade Estadual do Ceará; atualmente é Assessora Técnica da Secretaria do Estado da Saúde - Ceará e enfermeira da Estratégia Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

**ANA PATRÍCIA PEREIRA MORAIS**

Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará, especialista em Saúde Pública, especialista em Saúde Mental e pela Universidade Estadual do Ceará; Mestre em Saúde Pública (UECE). Doutora em Saúde Pública pela FSP/USP. Professora adjunta do curso de graduação em enfermagem da Universidade Estadual do Ceará/UECE.

**ANA VALESKA SIEBRA E SILVA**

Graduada em enfermagem- UECE; Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará; Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo – USP; professor adjunto da Universidade Estadual do Ceará; Coordenadora do Mestrado Profissional em saúde da Criança- UECE.

**ANDRESSA SUELLY SATURNINO DE OLIVEIRA**

Enfermeira; Especialista em Enfermagem do Trabalho pela UECE; Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE);Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC) Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI) - Campus Senador Helvídio Nunes de Barros / Picos.

**ANNATÁLIA MENESES DE AMORIM GOMES**

Graduação em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará (UECE); Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC); Mestrado em Educação em Saúde pela Universidade de Fortaleza (Unifor); Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Professora colaboradora do Mestrado de Saúde Pública da UECE (2010 a 2012); Professora dos Mestrados Profissionais Ensino na Saúde (UECE) e Saúde da Família (UECE/RENASF/FIOCRUZ).

**CARLOS GARCIA FILHO**

Graduação em Medicina pela Universidade Estadual do Ceará-UECE (2009) e Mestrado em Saúde Pública pela UECE; Doutorando do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva-UECE.

---

**CELIDA JULIANA DE OLIVEIRA**

Enfermeira; Especialização em Enfermagem Clínica e Gestão em Saúde; Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde da Universidade Estadual do Ceará; Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará ; Professora da Universidade Regional do Cariri - Departamento de Enfermagem.

---

**CLARICE MARIA ARAÚJO CHAGAS VERGARA**

Graduação em Nutrição pela Universidade Estadual do Ceará - UECE ; Mestrado em Tecnologia de Alimentos pela Universidade Federal do Ceará – UFC; Doutorado em Biotecnologia – RENORBIO; Pós-doutoranda em Saúde Coletiva (UECE). Docente do Curso de Graduação em Nutrição da Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Consultora do Programa Alimentos Seguros do SENAC/CE. Integra Comissão Assessora de Avaliação na área de Nutrição no INEP.

---

**CLEIDE CARNEIRO**

Assistente Social, Doutora em Serviço Social, Coordenadora do Curso de Mestrado Profissional Ensino em Saúde/CMEPES, Universidade Estadual do Ceará/UECE.

---

**DANIELE BRAZ DA SILVA**

Enfermeira; Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará(UECE); Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva-AA-UECE-UFC-UNIFOR.

---

**DELANE FELINTO PITOMBEIRA**

Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará e mestrado em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará.Professora Assistente da Universidade Estadual do Ceará, desenvolvendo atividades de ensino, pesquisa e extensão.

---

**DEYSEN KERLLA FERNANDES BEZERRA GIRÃO**

Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (2006). Especialização em Enfermagem Cardiovascular (2008). Mestre em Ciências Fisiológicas pela Universidade Estadual do Ceará (2012). Atualmente funcionária pública da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Ceará.

---

**DIEGO DA SILVA MEDEIROS**

Sociólogo, mestrando do Programa de pós graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará - UECE, Membro participante da Pesquisa "Observatório nacional da produção de cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das redes temáticas de atenção à saúde no sistema único de saúde: avalia quem pede, quem faz e quem usa".

---

**EDSON SILVA SOARES**

Graduação em Licenciatura Plena em Educação Física pela Universidade Federal do Ceará; especialização em Metodologia da Pesquisa Científica pela Universidade Estadual do Ceará; mestrado em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará; Doutorando do Programa de Pós graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará(UECE). Professor Efetivo Assistente da Universidade Federal do Ceará.

---

**FÁTIMA LUNA PINHEIRO LANDIM**

Enfermeira, Mestrado em Enfermagem Comunitária e Doutorado pela Universidade Federal do Ceará- UFC. Conclui Estágio Pós- Doutoral em Saúde Coletiva no Programa de Pós Graduação do Instituto de Saúde Coletiva- ISC-UFBA, professora do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza-UNIFOR.

---

**FERNANDO SÉRGIO PEREIRA SOUSA**

Enfermeiro, mestre em Saúde Pública- UECE, doutorando do Programa de Pós graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará- UECE, Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Família, Práticas de saúde e Enfermagem (GRUPSFE).

---

**FRANSCISCA GOMES MONTEZUMA**

Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará; professora Assistente da Universidade Estadual do Ceará.

---

**FRANCISCO JOSÉ MAIA PINTO**

Graduação em Matemática pela Universidade Federal do Ceará; graduação em Estatística pela Universidade Federal do Ceará-UFC. Mestrado em Ciências em Engenharia de Produção pela Universidade Federal do Rio de Janeiro; Doutorado no Instituto de Medicina Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Pós-doutor em Saúde Coletiva -USP/SP. Professor adjunto 12 da Universidade Estadual do Ceará.

---

**HELENA ALVES DE CARVALHO SAMPAIO**

Graduação em Nutrição pela Universidade de São Paulo; mestrado em Educação pela Universidade Federal do Ceará; doutorado em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará. É professora emérita da Universidade Estadual do Ceará (UECE); membro do corpo docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado e Doutorado) da UECE e do Doutorado em Saúde Coletiva em associação ampla Universidade Estadual do Ceará/Universidade Federal do Ceará/Universidade de Fortaleza, respondendo pelas disciplinas Nutrição e Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Letramento Funcional em Saúde. Bolsista de Produtividade CNPq - PQ2.

---

**ILSE MARIA TIGRE DE ARRUDA LEITÃO**

Enfermeira, Mestre em Saúde Pública, área de concentração em Políticas em Serviços de Saúde-UECE. Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (Uece). Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva Associação Ampla-UFC, UECE, UNIFOR. Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Família, Práticas de saúde e Enfermagem (GRUPSE).

---

**JOSÉ JACKSON COELHO SAMPAIO**

Graduação em medicina (UFC), Mestrado em Medicina Social(UERJ) Doutorado em medicina Preventiva(USP- Ribeirão Preto). Professor titular em Saúde Pública, docente do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva-UECE, líder do Grupo de pesquisanVida e Trabalho e do laboratório de Humanizaçã da Atenção à Saúde. Reitor da Universidade Estadual do Ceará.

---

**JOSÉ MARIA XIMENES GUIMARÃES**

Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva. Consultor da Política Nacional de Humanização (PNH/MS). Gestor da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Ceará. Professor do Mestrado Profissional Ensino em Saúde – CMEPES da Universidade Estadual do Ceará.

---

**JOSÉ WELLINGTON OLIVEIRA LIMA**

Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Ceará (1974), Mestrado em Epidemiologia, pela Universidade de Harvard; doutorado em Tropical Public Health, pela Universidade de Harvard; professor adjunto de Epidemiologia, da Universidade Estadual do Ceará(UECE).

---

**KAIRA EMANUELLA SALES DA SILVA LEITE**

Graduação em enfermagem pela Faculdade Católica Rainha do Sertão; graduação em Ciências Biológicas (2012) UECE/FECLESC; especialização em Urgência e Emergência em enfermagem pela Universidade Vale do Acaraú; Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Ciências Fisiológicas, mestre em Ciências Fisiológicas pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

---

**LEILSON LIRA DE LIMA**

Enfermeiro, Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará- UECE, Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da UECE, Professor substituto do Curso de Graduação em Medicina da UECE; Membro do Grupo de Estudos Interdisciplinares sobre Cuidado, Acolhimento e Redução de Danos (GIAD/UECE).

---

**LOURDES SUELEN PONTES COSTA**

Enfermeira, mestranda do Programa de Pós graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará- UECE.

---

**LUCYLA O. PAES LANDIM**

Terapeuta Ocupacional, Doutora em Saúde Coletiva, Professora Substituta da Universidade Estadual do Ceará/UECE.

---

**LUILMA ALBUQUERQUE GURGEL**

Fisioterapeuta, Mestre e Doutora em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará; professora Adjunto da Universidade Estadual do Ceará.

---

**MALVINA THAIS PACHECO RODRIGUES**

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (2001), Especialização em Formação Pedagógica- PROFAE (2003) e Saúde Pública (2004), Mestrado em Educação na Universidade Federal do Piauí (2008) e Doutorado em Saúde Coletiva UECE/UFC/UNIFOR (2012). É professora do Ensino Básico, Técnico e Tecnológico da Universidade Federal do Piauí.

---

**MARDÊNIA GOMES FERREIRA VASCONCELOS**

Graduação em Pedagogia e Enfermagem, pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestre em Saúde Pública pela UECE; Doutora em Saúde Coletiva-Associação Ampla das instituições UECE, UFC e UNIFOR; professora substituta do Curso de Enfermagem da UECE. Membro do núcleo de pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE).

---

**MARLEY CARVALHO FEITOSA MARTINS**

Especialista em Psicologia e Saúde: Psicologia Hospitalar pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e em Saúde Pública com Ênfase em Gestão pela Escola de Saúde Pública de Mato Grosso; atualmente é Assessora Técnica responsável pela implantação da Rede Cegonha no Ceará.

---

**MARIA MARLENE MARQUES ÁVILA**

Graduação em Nutrição pela Universidade Estadual do Ceará; Mestre em Saúde Pública (UECE). Doutora em Saúde Coletiva na área de Política, Planejamento e Administração em Saúde pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Pós-doutorado em Saúde Coletiva pela USP/Faculdade de Saúde Pública. Professora Associada do Curso de Nutrição, professora colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e professora permanente do Mestrado Acadêmico em Nutrição e Saúde da Universidade Estadual do Ceará.

---

**MARIA RAQUEL RODRIGUES CARVALHO**

Especialista em Auditoria em Serviços de Saúde Pública e Privada pelo Centro de Qualificação e Ensino Profissional; Mestranda em Saúde Coletiva na Universidade Estadual do Ceará.

---

**MARIA SALETE BESSA JORGE**

Enfermeira, doutorado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo; Pós-Doutorado em Saúde Coletiva pela UNICAMP; Professora Titular em Saúde Mental pela Universidade Estadual do Ceará, bolsista de produtividade em Pesquisa NPO 1B da Universidade Estadual do Ceará. Coordenadora do laboratório interdisciplinar de Saúde Mental e Docente de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará-UECE Líder do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Família, Práticas de saúde e Enfermagem (GRUPSFE).

---

**MARIA ROCINEIDE FERREIRA DA SILVA**

Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará; Mestrado em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará; e Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará. Professora Adjunta da Universidade Estadual do Ceará.

---

**MARIANA RAMALHO DE FARIAS**

Graduada em Odontologia pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR (2006). Especialista em Gestão dos Serviços de Saúde (2009) pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará - UECE (2009), na área de concentração: Políticas e Serviços de Saúde, bolsista da FUNCAP. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UFC-UECE-UNIFOR.

---

**RAFAELA PESSOA SANTANA**

Graduada em Fisioterapia (Centro Universitário Estácio de Sá). Especialista em Geriatria (Instituto Cesumar) ; Pós Graduanda em Osteopatia Mestre em Saúde Pública (Universidade Estadual do Ceará - Universidade de São Paulo; doutoranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (Universidade Estadual do Ceará - UECE); Membro do Grupo de Pesquisa Eco Saúde e Doenças Transmítidas por Vetores. Docente da Universidade Estácio de Sá (Centro Universitário Estácio do Ceará) nos cursos de Fisioterapia e Enfermagem. Coordenadora do Curso de Cuidado de Idosos - PRONATEC - Centro Universitário Estácio do Ceará.

---

**RAIMUNDO AUGUSTO MARTINS TORRES**

Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará; mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará; doutorado em Educação pela Universidade Federal do Ceará; professor adjunto da Universidade Estadual do Ceará.

---

**RÂNDSON SOARES DE SOUZA**

Enfermeiro pela UECE, graduado em Administração pela Universidade Federal do Ceará, mestre em cuidados clínicos em enfermagem e saúde- UECE, doutorando em saúde coletiva pelo Programa de Pós graduação em saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Família, Práticas de saúde e enfermagem(GRUPSFE).

---

**RAQUEL SAMPAIO FLORENCIO**

Graduação em Enfermagem, Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva e está cursando a Especialização em Enfermagem Cardiovascular pela Universidade Estadual do Ceará (UECE); doutoranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (Universidade Estadual do Ceará – UECE). Membro do grupo de pesquisa "Epidemiologia, Cuidado em Crônicas e Enfermagem"-UECE.

---

**SORAIA PINHEIRO MACHADO ARRUDA**

Graduação em Nutrição pela Universidade Estadual do Ceará, mestrado em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará; doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Maranhão. Pesquisador e professor adjunto da Universidade Estadual do Ceará.

---

**THEREZA MARIA MAGALHÃES MOREIRA**

Enfermeira e Advogada. Pós-Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Mestre e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Adjunto da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente da Pós-Graduação (Mestrado e Doutorado) da UECE nos Programas: 1) Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde; e 2)Saúde Coletiva. Líder do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem-GRUPECCE-CNPq. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq-PQ1. Consultora Ad hoc de vários periódicos.

---

**VALÉRIA BASTOS GOMES**

Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará; Mestrado em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará; Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará.



---



# **Apresentação**



---

Os vinte capítulos desta obra representam o esforço das organizadoras e dos autores para consolidarem em um único livro todo o material mais relevante e atual acerca do contexto da saúde pública brasileira, com o objetivo de orientar estudos para concursos, além de outras possíveis aplicações.

Trata-se de material amplo, com abordagem didática, pautada no enfoque de priorizar o essencial dentro de cada um dos temas abordados no livro.

A ideia de desenvolver este livro não é recente, no entanto, o desafio hercúleo de concretizá-la adiou por alguns anos este projeto, recrudescido com o convite da editora para alcançá-lo.

Esperamos que os leitores aprovelem o material e que tenham uma boa leitura, que os leve a alçar novos e surpreendentes vãos.

As organizadoras

---

# Prefácio

---

O presente Manual de Saúde Pública é lançado quando o Sistema Único de Saúde (SUS) está prestes a enfrentar um de seus maiores desafios desde sua criação em 1988. A emergência do Zika vírus e sua possível associação com microcefalia e outras anormalidades neurológicas em recém-nascidos assusta o mundo e terá um impacto ainda desconhecido sobre processos e práticas preventivas e assistenciais, principalmente no âmbito da saúde materno-infantil. A irreversibilidade dos danos remete aos tempos de horror da poliomielite infantil. O *Aedes aegypti* é novamente eleito inimigo público número um, lembrando-nos da limitada eficácia das nossas ações químicas de combate ao vetor, quando não amparadas em melhorias socioambientais de caráter duradouro. Diante desse contexto, o SUS se prepara para acolher centenas de bebês que necessitarão de cuidados multidisciplinares permanentes. Este é o cenário de fevereiro de 2016, após a forte suspeita de associação causal entre o aglomerado de malformações fetais e a doença do Zika vírus, tendo como consequência a decretação, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de Emergência de Saúde Pública Internacional (ESPI).

A complexidade da situação parece inédita, mas, ao examinarmos a história da saúde pública no Brasil, veremos que momentos de crise foram frequentes e, mesmo que a um custo excessivo, quase sempre se converteram em aprendizado e em mudanças na própria essência do sistema de saúde. Este Manual nos mostra, em seus 20 capítulos, que não há mais como dissociar a saúde pública brasileira do SUS, que este deve sim, com todas as suas contradições, ser considerado um patrimônio do povo brasileiro, intocável nos seus princípios fundamentais de universalidade, equidade e integralidade.

Desde as bases históricas das políticas públicas de saúde, do Brasil Colônia à reforma sanitária dos anos 1980, até uma reflexão necessária sobre a epidemia de AIDS, suas tendências epidemiológicas e perspectivas de controle, o Manual recupera temáticas e aponta para o futuro, sempre de maneira didática e próxima das práticas cotidianas dos profissionais de saúde. Cumpre sua função de, ao apresentar os

preceitos canônicos e fundamentais de cada tópico, requisito essencial para o leitor neófito, não abrir mão de discutir dilemas e impasses contemporâneos, capturando o estado da arte da matéria em questão sem, no entanto, distanciá-la do dia-a-dia.

O leitor, ao passear por seus capítulos, é convencido da necessidade de reformarmos estratégias de promoção da saúde intersetoriais como caminho possível para mitigarmos a alta carga de doença que atinge, particularmente, nossas populações menos favorecidas. Consta que nossa transição epidemiológica não se completou, pois doenças de forte determinação social, como tuberculose e hanseníase, coexistem com altas prevalências das principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), em geral associadas ao envelhecimento. Neste cenário de polarização epidemiológica, a superação do modelo curativo de base hospitalar torna-se essencial para a própria sobrevivência do SUS, frente a gastos crescentes e subfinanciamento histórico. A melhoria da qualidade de vida da população deve ser vista como a meta fundamental de políticas de saúde abrangentes, que se proponham a romper com nosso ciclo de produção de doenças. Sempre que possível, o enfrentamento aos determinantes dos mais diversos agravos deve ser o fundamento das intervenções, ao invés do combate a processos patológicos já consolidados.

Por fim, gostaria de chamar atenção para dois aspectos cruciais para o futuro do SUS, que são abordados nos capítulos 9 e 10 - respectivamente as Políticas Nacionais de Educação Permanente e Humanização. São políticas articuladas e que respondem a constatações indiscutíveis: a ausência histórica de políticas de educação, mesmo que de capacitações ou treinamentos coordenados, no âmbito dos serviços de saúde pública, desvaloriza os profissionais, dificulta a melhoria de indicadores e contribui para um desgaste das relações entre profissionais e usuários, gerando práticas "desumanizadoras". Esta deterioração das relações é uma tendência mundial e tem diversas razões para além da aquisição rotineira de conhecimentos, habilidades e atitudes. Porém, os dois capítulos, vistos em conjunto, nos mostram que qualquer processo de educação permanente de profissionais de saúde em serviço não deve estar dissociado das estratégias de humanização. Afinal, entendemos, educar é humanizar.

O Manual de Saúde Pública, organizado pelas professoras Thereza Maria Magalhães Moreira, Maria Marlene Marques Ávila, Maria Salete Bessa Jorge e Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão, é lançado em momento mais que oportuno, apresentando-se como ferramenta àqueles que se preocupam em compreender os caminhos e desaminhos da saúde pública brasileira.

### **ANTONIO SILVA LIMA NETO**

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Ceará (1993), Residência em Medicina Preventiva e Social na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-FIOCRUZ), Mestrado em Epidemiologia Ambiental e Políticas (Environmental Epidemiology & Policy) pela London School of Hygiene and Tropical Medicine da Universidade de Londres (University of London - 2000) e é Doutorando em Saúde Coletiva na Universidade Estadual do Ceará (PPGSC -UECE/UFC/UNIFOR) desde janeiro de 2013. Atualmente é gerente da Célula de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (2009-Atual) e professor assistente do curso de Medicina da Universidade de Fortaleza-UNIFOR (2006-Atual). Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia, Vigilância Epidemiológica, Planejamento em Saúde e Educação Médica.

---

# Súmario

---

## **CAPÍTULO 1**

### **História das políticas públicas de saúde no Brasil e no mundo..... 21**

*José Jackson Coelho Sampaio  
Carlos Garcia Filho  
Mariana Ramalho de Farias  
Valéria Bastos Gomes*

## **CAPÍTULO 2**

### **Níveis de atenção em saúde: conceitos, definições e relações entre os serviços no Sistema Único de Saúde ..... 37**

*Leilson Lira de Lima  
Rândson Soares de Souza  
Maria Salete Bessa Jorge*

## **CAPÍTULO 3**

### **Sistema Único de Saúde: arcabouço jurídico-legal com ênfase na lei orgânica da saúde..... 53**

*Rândson Soares de Souza  
Leilson Lira de Lima  
Maria Salete Bessa Jorge*

## **CAPÍTULO 4**

### **Construção e regulamentação do Sistema Sus: Leis, Normas e Pactos..... 69**

*Fernando Sérgio Pereira de Sousa  
Maria Salete Bessa Jorge*

## CAPÍTULO 5

**Modelos tecnoassistenciais para a Consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS..... 91**

*Ana Patrícia Pereira Morais  
Annatália Meneses de Amorim Gomes  
José Maria Ximenes Guimarães*

## CAPÍTULO 6

**Saúde suplementar no Brasil: histórico e articulação com a saúde coletiva..... 107**

*Deysen Kerlla Fernandes Bezerra Girão  
Kaira Emanuella Sales da Silva Leite  
Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão*

## CAPÍTULO 7

**Promoção da saúde: pensando a saúde de forma afirmativa ..... 125**

*Maria Marlene Marques Ávila  
Delane Felinto Pitombeira  
Ana Maria Fontenelle Catrib*

## CAPÍTULO 8

**Métodos Epidemiológicos ..... 141**

*José Wellington Oliveira Lima  
Edson Silva Soares  
Rafaela Pessoa Santana*

## CAPÍTULO 9

**Política nacional de educação permanente em saúde: conceitos, estratégias e complexidades na formação..... 163**

*Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão  
Maria Salete Bessa Jorge  
Fátima Luna Pinheiro Landim*

## CAPÍTULO 10

**Humanização em saúde e a política de humanização do Sistema Único de Saúde - SUS..... 193**

*Cleide Carneiro  
Lucyla O. Paes Landim  
José Maria Ximenes Guimarães*

## CAPÍTULO 11

### **Nutrição em saúde pública..... 205**

*Soraia Pinheiro Machado Arruda  
Clarice Maria Araújo Chagas Vergara  
Helena Alves de Carvalho Sampaio*

## CAPÍTULO 12

### **Reforma psiquiátrica e saúde mental..... 231**

*Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos  
Ana Maria Zuwick  
Maria Salete Bessa Jorge*

## CAPÍTULO 13

### **Impacto da mortalidade infantil na atenção à saúde da criança e da mulher..... 247**

*Ana Valeska Siebra e Silva  
Rejane Maria Carvalho de Oliveira  
Zélia Gomes Mota  
Edna Maria Camelo Chaves  
Francisco José Maia Pinto*

## CAPÍTULO 14

### **Saúde da mulher e rede materno-infantil: a política de atenção e seus desafios ..... 259**

*Maria Raquel Rodrigues Carvalho  
Luilma Albuquerque Gurgel  
Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante  
Francisca Gomes Montezuma  
Marley Carvalho Feitosa Martins  
Maria Salete Bessa Jorge*

## CAPÍTULO 15

### **Imunização ..... 287**

*Thereza Maria Magalhães Moreira  
Raquel Sampaio Florêncio  
Raimundo Augusto Martins Torres*

## CAPÍTULO 16

### **Saúde do adulto: Hanseníase e Tuberculose ..... 317**

*Thereza Maria Magalhães Moreira  
Maria Rocineide Ferreira da Silva  
Daniele Braz da Silva*

**CAPÍTULO 17****Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus..... 335**

*Thereza Maria Magalhães Moreira  
Malvina Thais Pacheco Rodrigues  
Céli da Juliana de Oliveira*

**CAPÍTULO 18****Atenção à saúde do idoso e os desafios  
para os profissionais de saúde ..... 365**

*Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante  
Fernando Sérgio Pereira Sousa  
Lourdes Suelen Pontes Costa  
Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão*

**CAPÍTULO 19****Saúde do trabalhador de Saúde:  
análise do contexto brasileiro ..... 389**

*Andressa Suely Saturnino de Oliveira  
Thereza Maria Magalhães Moreira*

**CAPÍTULO 20****HIV/AIDS: os desafios  
de uma epidemia em pleno movimento ..... 399**

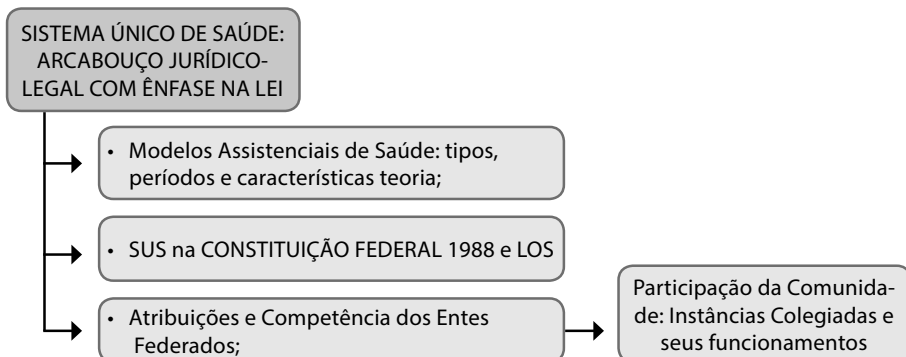
*Diego da Silva Medeiros  
Maria Rocineide Ferreira da Silva*

# Sistema Único de Saúde: arcabouço jurídico-legal com ênfase na lei orgânica da saúde

RÂNDSON SOARES DE SOUZA  
LEILSON LIRA DE LIMA  
MARIA SALETE BESSA JORGE

Numa intencionalidade específica de facilitarmos a aproximação com o arcabouço jurídico legal do Sistema Único de Saúde (SUS), especificamente neste capítulo, acerca da Lei Orgânica da Saúde (LOS) compreendendo a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 no que tange a organização e funcionamento do SUS e a Lei 8.142 de 28 de 1990 no que tange a participação da comunidade. Mas inicialmente, optamos por previamente fazer uma retomada acerca dos Modelos Assistenciais de Saúde que ao longo da História da Saúde Pública se (dê)s velam e em si manifestam os modos operantes de se pensar e fazer saúde.

Assim, considerando que é a historicidade que permite a idealização e a construção do SUS, abordaremos além dos modelos assistenciais, os fundamentos da Constituição Federal (CF) Brasileira de 1988 que garante a implantação do SUS, que por sua vez é regulamentado na LOS de 1990 com o detalhamento da organização, estruturação e dos princípios que o norteia. Tendo a clareza de que este manuscrito em suas finalidades específicas pode contribuir para o empoderamento do cidadão acerca do assunto, como também possibilitará a sistematização de conhecimentos teóricos tão cobrados nos processos de seleção e concursos da área da saúde.



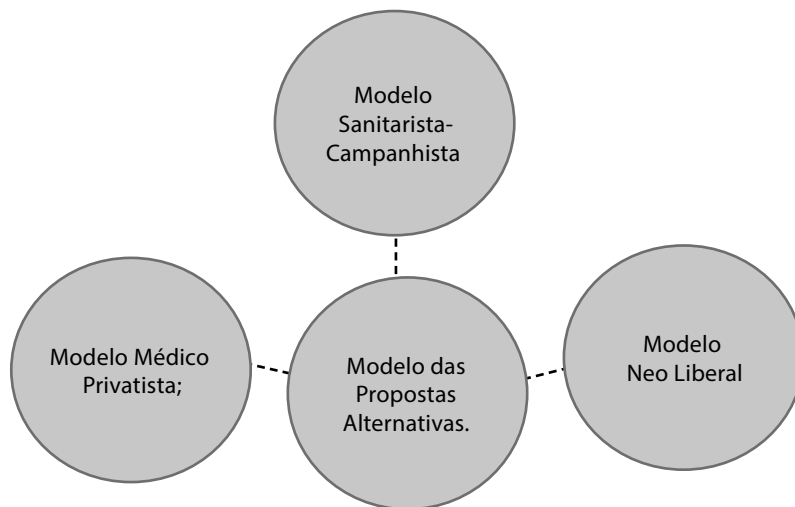


Destarte, lembramos que os mecanismos de aprendizados que envolvem o domínio e a memorização de todo e qualquer conteúdo que se está estudando envolvem, sobretudo, a clareza acerca daquilo que realmente necessita saber e do que é cobrado nos certames no tocante a cada assunto. De tal forma que em todos os tópicos deixaremos claro o que é mais importante aprender e sistematizar para assim ter-se o sucesso na aquisição de conhecimento

## MODELOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE: TIPOS, PERÍODOS, CARACTERÍSTICAS E TEORIA

Os modelos assistenciais em saúde são entendidos a partir do modo de como são organizadas as ações de atenção à saúde, considerando o que envolve os aspectos tecnológicos e assistenciais. Sendo então entendidos pela forma de organização e articulação dos recursos físicos, tecnológicos, financeiros e do capital humano que se encontram disponíveis para propor solução aos problemas de saúde da sociedade.

Como nosso intuito é explanarmos os principais tópicos que são explorados nos concursos da área da saúde, podemos sintetizar o que vários autores têm difundido acerca da classificação de quatro principais Modelos Assistenciais de saúde ao longo da história da Saúde Pública no Brasil, particularmente denominados;



**Figura 2:** Modelos Assistenciais de Saúde. Fonte: autores

Assim, caro leitor, para que possa sistematizar o conhecimento acerca desse tópico, e pensando o que deve aprender, sugerimos então que ao longo do estudo possa se perguntar acerca de três itens relacionando a cada um dos modelos apresentados, a saber; 1- nome e período do modelo 2- características principais do modelo e 3- teoria que embasa o modelo.

Numa clássica definição de Mendes (1995) destacamos que o Modelo sanitário campanhista ou higienista como um modelo hegemônico da saúde que vigorará

do final do século XIX até metade da década de sessenta, onde o sistema de saúde caracterizava-se pela política de saneamento voltada para a erradicação ou controle de doenças que poderiam prejudicar a exportação. Tais denominações numa perspectiva de busca de significados revelam característica do modelo no sentido que no início do período as práticas de saúde eram realizadas com base nos saberes tradicionais da biologia e da velha epidemiologia que determinavam o “bicho” a ser atacado e o modo de organizar o “ataque”, sem levar em conta aspectos sociais ou mesmo a variedade de manifestações do estado de saúde (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007).

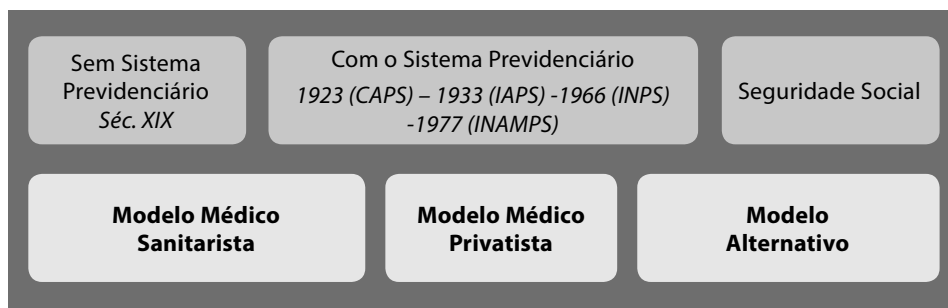
De forma mais simples e clara podemos relatar, com base no documentário que recomendamos (História da Saúde Pública - Disponível: <http://www.youtube.com/watch?v=SP8FJc7YTa0>), que o Modelo Campanhista se baseava em ações programadas e verticalizadas influenciada pelo saber divulgado e que ficou conhecido como Teoria Unicausal, sobretudo com as descobertas de Pasteur. Assim tinha-se a compreensão que para cada doença existiria um microorganismo causador, numa relação extremamente causa-efeito em que o microorganismo deveria ser combatido. Posteriormente é também reconhecida a relação do ter ou não ter saúde a partir da relação do microorganismo que causa doença e deste com homem e com o ambiente, tendo-se então a Teoria Multicausal que vai embasar o Modelo Sanitarista e também influência o Modelo Médico-Privatista e Neo-liberal, mas já reconhecendo a importância da Teoria dos Determinantes Sociais, que a seguir comentamos.

Apesar do regime ditatorial e combatista havia sim a resistência da população como na situação da Revolta dos Portos em 1917 em que se exigiam melhores condições e ações de saúde, sobretudo pelos trabalhadores. Na década de 1920, com o incremento da industrialização no país e o crescimento da massa de trabalhadores urbanos, começaram as reivindicações por políticas previdenciárias e por assistência à saúde. Logicamente que o Estado não pagaria a conta sozinha e por meio do Projeto de Lei de um deputado que dá nome a Lei é então aprovada a Lei Eloi Chaves que em 1923 institui as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS) inaugurando a relação com o Sistema Previdenciário e assistência em saúde a partir das contribuições dos trabalhadores, sendo as caixas um sistema extremamente fragmentado por empresas e com a finalidade de fortalecer o modelo em 1933 CAPS são unificadas em Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPS) por segmentos de categorias profissionais economia, tornando o sistema menos fragmentado em que cada instituto dispunha de uma rede de ambulatórios e hospitais para assistência à doença e recuperação da força de trabalho (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007).

Acerca do Modelo Médico - Privatista podemos afirmar que é o modelo hegemônico da saúde que vigorará dos anos 60 até meados dos anos 80. O Modelo Médico-Neoliberal vigorará nos anos 80, enquanto proposta conservadora de reciclagem do anterior. Assim, torna-se hegemônico as idéias desses modelos, tendo como principais características: o atendimento individual, complexo, dominante e centrado na figura do médico; forte influência da Previdência Social, com extensão de sua cobertura; curativismo, biologicismo, fragmentação da assistência orientada para oferta de serviço com vistas ao lucro e tendo-se ainda os fortes incentivos a constituição de

complexos hospitalares com auxílios e subvenções que privilegiam o setor privado em detrimento às necessidades reais do setor público (SILVA; NASCIMENTO, 2011).

**Quadro 1: Modelos Assistenciais de Saúde no desenvolvimento do Sistema Previdenciário e Seguridade Social**



Na organização e articulação do Sistema Previdenciário e os modelos de assistência em saúde, as IAPS são unificadas a partir da criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) que departamentaliza a responsabilidade das ações de saúde ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1977. Esse coexistiu a criação do SUS até 1993, diferenciando deste particularmente por o acesso aos serviços de saúde não ser universal, ou seja, para todos, apenas para trabalhadores contribuintes e beneficiários diretos, a exemplo de seus familiares. Ficando, nos períodos dos modelos mencionados, os demais cidadãos a margem do sistema e a espera de ações das Santas Casas de Misericórdias e/ou ainda ação do Ministério da Educação e Saúde criado em 1937 e posteriormente Ministério da Saúde criado em 1953, ambos do Governo de Getúlio Vargas.

Considerando as representações e contextos sociais dos modos em que se produzem saúde, surge no modelo brasileiro novas ideias no que configura o que aqui denominamos de Modelos de Propostas Alternativas fortemente pensados nos anos de 1970 a partir de um movimento popular, social, político e apartidário que ficou conhecido como Movimento de Reforma Sanitária Brasileira impulsionando várias experiências de organização de redes de atenção primária de base comunitária, entendida como uma estratégia racionalizadora da política de redemocratização em oposição ao governo militar. Essas experiências tiveram seu ápice com a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 em Brasília- Distrito Federal com a participação de milhares pessoas de diferentes segmentos sociais que discutiam pensam as escolhas técnicas, éticas e políticas daqueles que queriam a universalização da saúde.

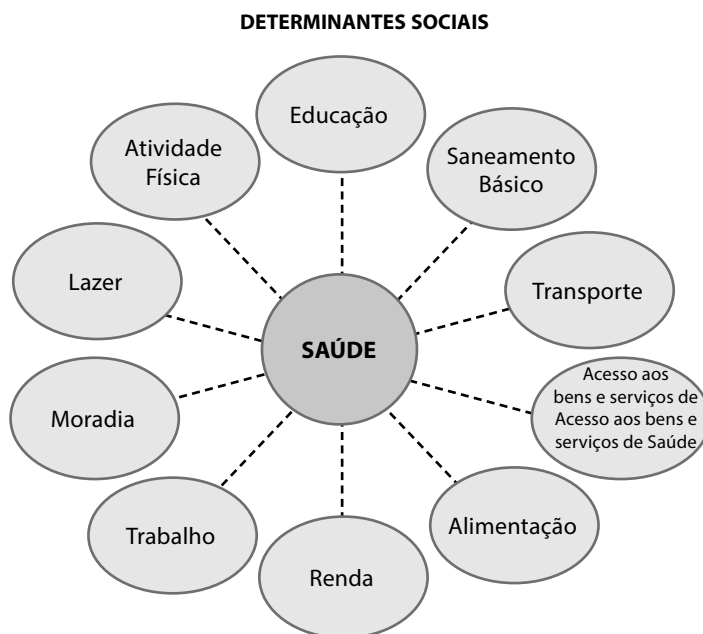
As diretrizes dessa Conferência ganharam forma de lei na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica de Saúde (8.080/90) e transformaram-se em arcabouço jurídico-legal a serem seguidos pela organização e implantação do SUS, contemplando; atendimento universal, igualitário e gratuito; descentralização e hierarquização do sistema; organizado a partir de práticas individuais e coletivas que garantem a participação da comunidade.

Assim, o Modelo do SUS entende está estruturado na Teoria dos Determinantes Sociais de Saúde, esses são expressos no Art.3 da Lei 8.080 atualizada em 2013. Para a sistematização desses determinantes segue uma pequena historia que os elenca de forma sublinhada.

### Atenção!

- Uma história em que você é o personagem, pois assim você não esquecerá quais são os determinantes sociais de sua saúde.

*“Para você está vivo precisa de alimentação, pois não faz fotossíntese. Essa deve ser realizada em condições adequadas, daí a necessidade de se ter moradia com saneamento básico, devendo tudo está de acordo com a sustentabilidade do meio ambiente. Esses de um modo ou de outro podem ser lhes oferecido, mas para viver dignamente é preciso trabalho lhe dará direito a renda para que possas ter condições de viabilizar um transporte que facilite cumprir obrigações de educação (estudos) e atividade física, para depois ter o lazer. Mas em meio a tudo isso você pensar, depois de tudo isso eu já estou estressado ou doente, daí o ultimo determinante; acesso aos bens e serviços de saúde.”*



## SUS NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

Nesse tópico serão comentados e esquematizados os conteúdos dos artigos da Constituição Federal de 1988 que tratam das questões pertinentes a saúde, sendo necessário entender que são os conteúdos presentes nesses artigos que asseguram

no campo político-institucional a criação de um sistema de saúde a ser implantado, sendo esse fruto das transformações sociais vivenciadas e impulsionadas a partir do Movimento de Reforma Sanitária, conforme referenciado no tópico anterior.

A CF de 1988 no Capítulo II da Seguridade Social, Seção II da Saúde apresenta os Art.196 ao Art. 200 pertinentes a garantia do sistema de saúde brasileiro como mencionado. Assim de forma didática apresentaremos primeiramente o conteúdo dos Art. 196, 197 e 199 no quadro abaixo, sendo os Art.198 e Art.200 apresentados e discutido no tópico a seguir para que se tenha obtenha uma melhor diferenciação do conteúdo acerca das diretrizes, objetivos, princípios e campo de atuação do SUS constantes na CF de 1988 e Lei 8.080, assunto que diferentes bancas de certame gostam de explorar numa sentido de gerar dúvidas em seus candidatos a partir das resoluções de situações problemas das questões.

**Quadro I: Conteúdo dos Art. 196, 197 e 199 da CF de 1988 pertinentes a Saúde.**

<p><b>Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado</b>, 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.</p>	<p><b>Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.</b></p> <p>§ 1º <b>As instituições privadas poderão participar</b> 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.</p> <p>§ 2º É vedada a <b>destinação de recursos públicos</b> para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.</p> <p>§ 3º É vedada a <b>participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País</b>, salvo nos casos previstos em lei.</p> <p>§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de <b>órgãos</b>, 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 <b>todo tipo de comercialização</b>.</p>
<p><b>Art. 197.</b> São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao <b>Poder Público</b> dispor, nos termos da lei, sobre sua <b>regulamentação, fiscalização e controle</b>, devendo sua <b>execução</b> ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.</p>	

Fonte: (BRASIL, 1990)

Os artigos mencionados possuem um conteúdo claro e objetivo. Nossa intenção a partir dessa apresentação é apenas sistematizar e esquematizar esses conteúdos de forma didática para facilitar a compreensão e até mesmo a memorização.

Assim, acerca do Art.196 e 197 da CF de 1988 é preciso avançar e entender que o conteúdo do primeiro não se resume a celebre frase que todos sabem e divulgam; "Saúde é um direito de todos e dever do Estado", pois os artigos apresentam outras questões. Então passemos apresentar essas de forma sistematizada.

Esquematizando as palavras-chaves temos no Art.196 e 197:

**SAÚDE (DIREITO E DEVERES)**

**Direito:** De todos Não exime as responsabilidades do indivíduo, família, empresas e comunidade (§ 2º Art.2-LOS)

**Dever:** Do estado - Garantido por Política Social e Econômica

**Cabe:** Regularizar, Fiscalizar e Controlar as ações de Relevância Pública (Art.197)

**SAÚDE (AÇÕES VISAM)**

Redução do risco de doença e de outros agravos, bem como promoção, proteção e recuperação por meio de acesso universal (para todos) e igualitário (sem distinção de qualquer natureza)

Destacamos a grande diferença do modelo assistencial do SUS, quando o art.196 coloca o *Acesso Universal e Igualitário*, ou seja, é pra todos independentes de contribuições, raça, cor, credo, religião ou orientação sexual, diferente dos modelos anteriores que se destinavam a populações específicas. Com diferença também no sentido de se pensar não apenas só o antigo assistencialismo dado uma doença instalada, mas sim o entendimento de um processo saúde-doença integral que não entende saúde apenas como ausência de doença, mas como um completo bem estar físico, social e mental que pensa e inclui as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

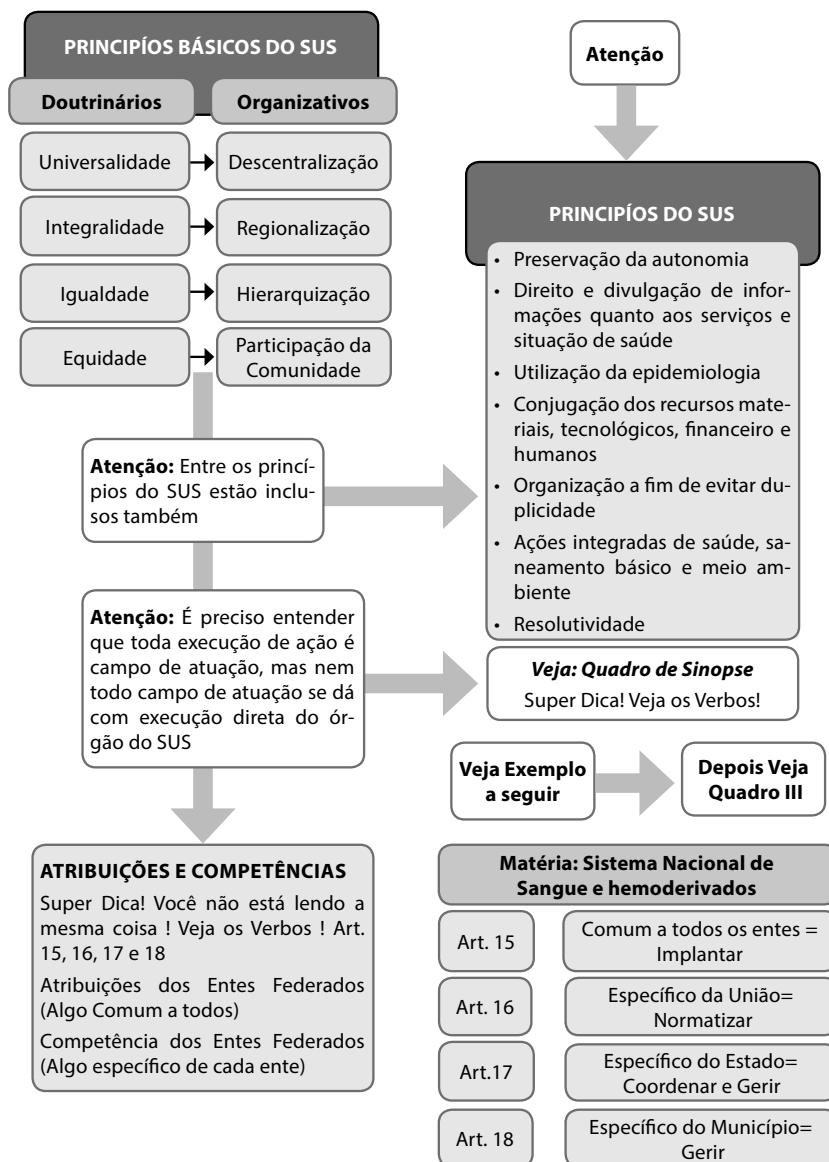
Mas quem seria o responsável por executar essas ações? O art.197 deixa claro que essa deve ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. Esclarecemos então, de forma direta incluem as Secretárias de Saúde (Estaduais e Municipais) e o Ministério da Saúde, considerando os terceiros que podem ter contratos ou convênios com SUS, incluindo a iniciativa privada, relação essa que discutiremos a partir da esquematização do art.199.

**Quadro II: Esquematização e comentários do art.199.**

<p><b>*A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.</b></p>	<p><b>Comentário:</b> Permite dizer que as práticas de saúde podem ser comercializadas pelos profissionais liberais (médico, dentista, psicólogo e etc). Exceto todo e qualquer tipo de material humano como tecido ou órgãos.</p>
<p><b>*Participação da Iniciativa privada (Organizações Nacionais)</b></p>	<p><b>Comentário:</b> Quando os órgãos do governo não podem oferecer os serviços de saúde, esses por meio de contratos ou convênios podem ser ofertados pela iniciativa privada sem custo direto para o cidadão, devendo ser levando em consideração a prioridade para entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.</p>
<p><b>*A participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País</b></p>	<p><b>Comentário:</b> É vedado, exceto nos seguintes casos;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1-Doações, sendo necessário que a entidade seja vinculada a organização das Nações Unidas (ONU);</li> <li>2-Cooperação Técnica que podemos de forma simples entender com as pesquisas desenvolvidas por centro de estudos estrangeiros em parcerias com brasileiros;</li> <li>3- Financiamentos e Empréstimos. Ressaltamos ainda que em qualquer dos casos em que o beneficiado ou envolvido seja Municípios, Estado ou Distrito Federal, o Ministério da Saúde deve estar ciente</li> </ol> <p>*As exceções constam na Lei 8.080</p>

## DIRETRIZES, PRINCÍPIOS, OBJETIVOS E CAMPO DE ATUAÇÃO DO SUS

Nesse tópico temos a pretensão de fazer uma diferenciação das terminologias diretrizes, princípios, objetivos e campo de atuação do SUS a partir da especificação de onde se encontram elencados os termos junto ao arcabouço jurídico-legal do SUS, especificamente a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde, compreendendo que essa diferenciação é necessária, dado que usualmente esses termos são alvos de trocadilhos em questões que confundem os candidatos em variados concursos.



### Atribuições e Competência dos Entes Federados

Matéria	União	Estado	Município
Alimentação e nutrição	Formula, avalia e apóia políticas (art. 16, I)	Coordena e, em caráter complementar, executa (art. 1, IV, c)	Executa serviços (art.18 IV, c)
Avaliação técnica e financeira	Coordena com a cooperação dos estados e municípios. (art. 16, XIX)	Coopera com a União (art. 16XIX)	Coopera com a União (art. 16 XIX )
Condições e ambientes de trabalho	Participa na formulação e implementação das políticas (art. 16, II, c)	Participa das ações de controle e avaliação (art. 17 VII)	Participa da execução do controle e da avaliação (art. 18, III)
Contratos e convênios com entidades privadas (participação complementar)	-	Celebra, em caráter complementar (art. 17, III)	Celebra em caráter principal, observado o art.26 (art. 18, X)
Controle de avaliação	Acompanha, controla e avalia as ações, respeitadas as competências dos estados e município. (art.16, XVII)	Estabelecer normas em caráter suplementar, para o controle e avaliação; acompanha controle e avalia as redes hierarquizadas (art.17, XII)	Controla e avalia os serviços de saúde (art.18, I)
Controle de qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano.	Estabelece critérios, parâmetros e método para controle (art. 16, VIII)	Formula normas, estabelece padrões, em caráter suplementar, de controle e exerce o poder de polícia sanitária ( art. 17, XII )	Controla e exerce poder de polícia sanitária
Descentralização dos serviços e ações de saúde de abrangência estadual e municipal	Promove a descentralização para os estados e municípios, conforme a abrangência (art. 16, XV)	Descentraliza as ações e os serviços de abrangência municipal ( art. 17, I )	Pode organizar distritos sanitários para integrar recursos, técnicos e praticas (art. 10 §2º)
Indicadores de morbidade e mortalidade.	Organiza o sistema nacional de informações em saúde (art. 15, IV, e art. 47)	Articula-se como União e os municípios, acompanha avalia e divulga em seu âmbito administrativo (idem)	Articula-se com estado e a União( idem )
Meio ambiente: agressões e agravos que tenham repercussão na saúde humana.	Participa na formulação e implementação das políticas de controle das agressões e participa da definição e mecanismos de controle e agravos com os órgãos afins (art. 16, a, e IV)	Participa, com os órgãos afins do controle (art. 17, V)	Colabora na fiscalização e atua nos órgãos municipais, estaduais e federais competentes para controlá-los (art.18, VI )



<b>Matéria</b>	<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>
Órgãos educacionais e de fiscalização dos exercícios profissionais e com entidades representativas de formação de recursos humanos na área da saúde	Promove a articulação em n âmbito nacional (art. 16, IX)	Integra a articulação	Integra a articulação
Órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representantes da sociedade civil para a definição e o controle dos padrões éticos para a pesquisa, ações e serviço de saúde.	Promove a articulação em âmbito nacional (art. 15, XVII, art. 16 IX)	Integra a articulação (art. 15, XVII )	Integra a articulação (art. 15, XVII)
Procedimentos, produtos e substancias de interesse para a saúde	Formula,avalia,elabora normas e participa na execução da política nacional, em articulação com os demais governos. (art. 16, X)	Em caráter suplementar,formula, executa, acompanha e avalia a política. (art. 17, VII)	Exerce, também, o poder de policia
Produção de insumos e equipamentos para a saúde	Formula,avalia,elabora normas e participa na execução da política nacional, em articulação com os demais órgãos do governo (art. 16, X)	Em caráter suplementar formula, executa, acompanha e avalia a política ( art. 17, VIII )	Dá execução, âmbito municipal, a política (art. 18, V)
Relações entre SUS e os serviços privados contratados e conveniados de assistência a saúde	Elabora normas para regular as relações (art. 16,XIV )	Complementa as normas reguladoras (art. 15, XI)	Na ausência de normas nacionais e estaduais, suplementa para atender ao interesse local (art. 15, XI)
Remuneração dos serviços privados de saúde	Estabelece os critérios e valores para a remuneração e os parâmetros de cobertura assistencial (art. 26 )	Complementa os critérios, valores e parâmetros (art. 15, V)	Complementa os critérios, valores e parâmetros no estrito interesse local (art. 15 V)
Saneamento básico	Participa na formulação e na implementação de políticas (art. 16,II, b)	Participa da formulação de políticas e das ações de saneamento básico (art.17,VI)	Executa serviços de saneamento básico (art. 18, IV, d )

<b>Matéria</b>	<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>
Saúde do trabalhador	Coordena a política(art. 16,V )	Coordena e, em caráter complementar,executa ações ( art. 17 IV,d )	Executa serviços ( art. 18, IV, e )
Serviços estaduais e municipais de referência nacional	Identifica e estabelece padrões técnicos de assistência a saúde (art. 16, XI)	Identifica e gere os serviços de referencia estadual e regional (art. 17 IX)	Gere e executa serviços (art. 16, XI)
Serviços privados de saúde	Elabora normas para regular os serviços (art. 15, XI)	Estabelece normas, em caráter suplementar,para o controle e avaliação (art. 17 XI )	Controla a fiscalização e os procedimentos (art. 18, XI)
Sistema Nacional de Auditoria	Estabelece o sistema (art. 16, XIX)	-	-
Sistema nacional de sangue, componentes e derivados.	Normaliza e coordena nacionalmente (Art. 16, XVI)	Coordena a rede estadual de hemocentro ( art. 17, X )	Gere hemocentro (art. 18 VIII)
Sistema de rede de assistência de alta complexidade.	Define e coordena (art. 16,III,a)	Identifica estabelecimento de referencia e gere sistemas públicos de alta complexidade de referencia estadual e regional (art. 17, X)	Executa serviços (art. 18, I )
Sistema de rede de laboratórios de saúde e hemocentros.	Define e coordena(art. 16 III,b )	Coordena a rede estadual e gere unidades que permanecem em sua organização administrativa (art. 17, IX )	Gere laboratórios (art.18, VIII )
Sistema de vigilância epidemiológica	Define e coordena, participa da execução em circunstancia especial ( art. 16, III,c )	Coordena e, em caráter suplementar, executa ações e serviços ( art. 17, IV,a )	Executa serviços (art., 18 IV, a)
Sistema de vigilância sanitária	Define e coordena e, em circunstancias especiais, executa (art. 16,III,d)	Coordena e, em caráter suplementar,executa ações e serviços 9 art. 17, IV, b )	Executa serviços (art. 18. IV,b )
* Vigilância sanitária de portos aeroportos e fronteiras	Estabelece normas e executam a vigilância (art. 16, VII)	Colabora com a União na execução da vigilância (art.1 XIII)	Colaboração com a união e com os estados na execução de vigilância (art.18, IX).

### Participação da Comunidade: Instância Colegiadas e seus funcionamentos

Veja Bem!

Os Conselhos de Saúde devem ser compostos por representante de entidades. Tendo como características de representatividade ser:

- \*Paritário (50% de usuários),
- \*Distinta (Um segmento não representa outro)
- \*Autônoma (Sem conflito de interesse)

Lei 8.142 de 28 de Dezembro de 1990	
Conferências	
Consultivo	Temporário
Os segmentos representativos elegem prioridades para a saúde	Ocorrem de 4 em 4 anos Ou Quando convocado pelo Poder Executivo ou Conselhos
Conselhos	
Deliberativo	Permanente
Aprovação das ações de saúde	Decisões permanentes por uma dada gestão

#### Tipos de Conselho de Saúde

Nacional, Estadual, Distrital, Regional, Municipal, Distrital ou Local.

COMPOSIÇÃO DOS CONSELHOS	
Usuários	50%
Trabalhadores de Saúde	25%
Representante de Governo	25%
Prestadores de Serviço (Privados conveniados ou sem fins lucrativos).	

**Atenção:** Não compõem os conselhos representantes do Poder Legislativo e Judiciário e Ministério Público, tendo em vista não poder haver conflito de interesse.

#### Organização e Funcionamento dos Conselhos de Saúde

- Participação é voluntária, não remunerada, sendo os representantes eleitos a partir das Conferências de Saúde.
- Os Conselhos recebem dinheiro para despesas administrativas e os conselheiros têm direito de ajuda de custo para exercerem suas representatividades fora do local de atuação principal.
- Os números de conselheiros, de reuniões, o tempo de gestão, as decisões e demais aspectos de organização de um conselho são estabelecidos em Regimento Interno Próprio. Devendo todos respeitar:
- Reunir-se ao menos uma vez ao mês, devendo pautas e processos serem enviados aos conselheiros com no mínimo 10 dias de antecedência.

- O tempo de gestão de um conselho NÃO poderá coincidir com um dado mandato de um governo.
- A cada quadrimestre deve constar em pauta o pronunciamento do gestor.
- A cada gestão deverá renovar-se 30% das entidades representativas de usuários, trabalhadores de saúde e representante de governo.
- Tipos de Decisões - Maioria Simples – (Metade + 1 do Total de Conselheiros Presentes em uma dada reunião)- Maioria Absoluta (Metade + 1 do Total de Conselheiros) – Maioria Qualificada (2/3 dos Total de Conselheiros).

## QUADRO SINÓPTICO

Diretrizes, Princípios, Objetivos e Campo de Atuação do SUS				
DIRETRIZES DO SUS Art.198 CF-1988	PRINCÍPIOS BÁSICOS DO SUS Art.7 Lei 8.080		OBJETIVOS DO SUS Art.5º Lei 8.080	CAMPO DE ATUAÇÃO DO SUS Art.198 CF-1988= Art.6 Lei 8.080 Execução de ação# Campo de Atuação
<b>Descentralização</b> • (Corresponsabilização dos Entes Federados) • (Direção Única, exercida em cada esfera de governo)	<b>Doutrinários</b>	<b>Organizativos</b>	<u>Identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde</u>	<b>Execução de ação. Incluem:</b> I- de vigilância sanitária II- de vigilância epidemiológica III- de saúde do trabalhador IV- assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica
	Universalidade	Descentralização		
	Integralidade	Regionalização		
	Igualdade	Hierarquização		
	Equidade	Participação da Comunidade		
<b>Atendimento Integral</b> (Aspecto Biopsico-sociocultural) (Níveis de Complexidade da Atenção) (Prioridades para atividades preventivas sem prejuízo das assistenciais)	<b>PRINCÍPIOS ESPECÍFICOS DO SUS</b>		<u>A formulação de política de saúde</u> destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;	Campo de Atuação. Incluem: (Se ligue!!!) • a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico • a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde • a vigilância nutricional e a orientação alimentar • a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho • a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção • o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
	<b>Doutrinário</b>			
	• Preservação da autonomia			
	<b>Organizativo</b>			
	• Direito e divulgação de informações quanto aos serviços e situação de saúde • Utilização da epidemiologia • Conjugação dos recursos materiais, tecnológicos, financeiro e humanos • Organização a fim de evitar duplicidade • Ações integradas de saúde, saneamento básico e meio ambiente • Resolutividade			

Diretrizes, Princípios, Objetivos e Campo de Atuação do SUS			
DIRETRIZES DO SUS Art.198 CF-1988	PRINCÍPIOS BÁSICOS DO SUS Art.7 Lei 8.080	OBJETIVOS DO SUS Art.5º Lei 8.080	CAMPO DE ATUAÇÃO DO SUS Art.198 CF-1988= Art.6 Lei 8.080 Execução de ação# Campo de Atuação
<p><b>Participação da Comunidade</b></p> <p>Tipos de Instâncias Colegiadas (Lei 8.142)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Conferência</b> (Consultivo e temporário)</li> <li>• <b>Conselho</b> (Deliberativo e Permanente)</li> </ul>	<p>Importante:</p>	<p><u>A assistência às pessoas</u> por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano</li> <li>• a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos</li> <li>• o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico</li> <li>• a formulação e execução da política de sangue e seus derivados</li> </ul>

## QUESTÕES

- 1) A respeito do Sanitarismo Campanhista, é correto afirmar que:
  - A) o modelo surgiu com a urbanização e as industrializações aceleradas que ocorreram no Brasil nos anos 1920/1930 e com o fortalecimento das Santas Casas e do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento.
  - B) encarna a saúde pública tradicional desenvolvida desde o início do século, visando ao combate das grandes endemias e fundamenta-se nos conhecimentos sobre as causas e transmissão das doenças infecciosas propiciadas pela revolução pasteuriana.
  - C) nasceu a partir e no interior do sistema previdenciário, dando assistência inicialmente apenas às famílias e aos trabalhadores inseridos formal e reconhecidamente no mercado de trabalho.
  - D) essa lógica de atenção ajustava-se e valorizava o sistema industrial que necessitava de trabalhadores em condições de trabalhar e de um sistema de saúde que atendesse a essa demanda.
  - E) foi aprovado pelo Congresso Nacional a partir da Lei Eloi Chaves, marco inicial da previdência social no Brasil. Através deste modelo foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão(CAP's).

► *Alternativa correta: B*
- 2) Em relação às disposições da Lei Federal nº. 8.080,de 19/09/1990, analise as assertivas e assinale a alternativa que aponta a(s) correta(s).
  - I. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.
  - II. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

- III. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.
- IV. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.
- (A) Apenas I.  
 (B) Apenas II e III.  
 (C) Apenas I e IV.  
 (D) Apenas I, III e IV.  
 (E) I, II, III e IV.

► Alternativa correta: E

3) Analise as assertivas e, em seguida, assinale a alternativa que apresenta as corretas. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I. integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico.  
 II. conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população.  
 III. capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência.  
 IV. organização dos serviços públicos de modo a concretizar a duplicidade de meios para fins idênticos.
- (A) Apenas I, II e III.  
 (B) Apenas I, III e IV.  
 (C) Apenas II e III.  
 (D) Apenas I, II e IV.  
 (E) I, II, III e IV.

► Alternativa correta: A

4) Considerando os artigos 16, 17 e 18 da Lei 8080 de 1990, que estabelecem as competências dos municípios, estados e União, na organização dos serviços de saúde, CORRELACIONE as colunas abaixo descritas:

- 1 – UNIÃO  
 2 – ESTADOS  
 3 – MUNICÍPIOS

- ( ) Elaborar normas para regular as relações entre o SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde.  
 ( ) Em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde.  
 ( ) Executar serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimentação e nutrição e saúde do trabalhador.  
 ( ) Estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano.

A sequência CORRETA é:

- A) 1-2-3-1
- B) 1-3-2-1
- C) 2-3-3-1
- D) 1-2-3-3

► *Alternativa correta: A*

---

5) No ano de 2012, foram redefinidas diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Essas redefinições foram dadas pela Resolução no453/2012, do Conselho Nacional de Saúde. A respeito do disposto na referida resolução, é correto afirmar que:

- A) o Conselho de Saúde pode formular e propor estratégias para o controle da execução de políticas públicas de saúde. Neste, a composição de representantes se dará de forma paritária entre usuários e os demais representantes que inclui obrigatoriamente os trabalhadores de saúde e representante de governo.
- B) Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, em caráter permanente e deliberativo, compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, devendo renovar-se 25% das entidades representativas destes dois últimos.
- C) a representação do Ministério Público nos conselhos de saúde é importante.
- D) a cada trimestre deve constar na pauta de reunião do conselho o pronunciamento do poder executivo. Sendo as pautas enviadas com antecedência de no mínimo 10 dias de antecedência.
- E) o presidente do Conselho de Saúde deve ser eleito entre os membros do próprio conselho, em reunião plenária, sendo essa decisão tomada por maioria absoluta de 2/3 dos conselheiros.

► *Alternativa correta: A*

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. **Art.196-200**, Brasília, DF, 1988. Disponível em: <http://www.tce.rs.gov.br/>. Acesso em: setembro 2014.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>. Acesso em: setembro 2014.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. Acesso em: set. 2014.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos assistenciais: desafios e perspectivas.

In: MOROSINI MVGC, CORBO ADA (Orgs). **Modelos de atenção e a saúde da família**.

Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 27-41. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26>.

SILVA, J. M. ; NASCIMENTO, M. A. A. . **Planejamento em Saúde**: a dialética entre teoria e prática. Vitória da Conquista: Edições UESB, 2011. 238p