



FIOCRUZ

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Gestão de Políticas Públicas em
Saúde - Tecnologista em Saúde
Pública (Unidade: ENSP)

EDITAL Nº 02, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2023

CÓD: SL-127DZ-23
7908433246428

Conhecimento na área de atuação

1. Sistemas nacionais de saúde.....	7
2. Reforma Sanitária no Brasil.....	14
3. Políticas de saúde (equidade, de inclusão e integralidade).....	19
4. Determinação social no processo saúde-doença.....	21
5. Equidade e Políticas de inclusão.....	24
6. Vigilância em Saúde.....	25
7. Noções de Epidemiologia.....	31
8. Promoção à saúde.....	41
9. Controle Social.....	54
10. Educação Permanente no SUS.....	64

Conhecimento no perfil

1. Rede de atenção à saúde.....	81
2. Gestão do Sistema Único de Saúde.....	81
3. Monitoramento e Avaliação de políticas e serviços.....	84
4. Gestão de projetos.....	84
5. Gestão da qualidade.....	86
6. Gestão de operações/processos.....	91
7. Gestão orçamentária e financeira.....	92
8. Planejamento estratégico e programação em saúde.....	94

Níveis de Gestão do SUS

Esfera Federal - Gestor: Ministério da Saúde - Formulação de políticas nacionais de saúde, planejamento, normalização, avaliação e controle do SUS em nível nacional. Financiamento das ações e serviços de saúde por meio da aplicação/distribuição de recursos públicos arrecadados.

Esfera Estadual - Gestor: Secretaria Estadual de Saúde - Formulação da política estadual de saúde, coordenação e planejamento do SUS em nível Estadual. Financiamento das ações e serviços de saúde por meio da aplicação/distribuição de recursos públicos arrecadados.

Esfera Municipal - Gestor: Secretaria Municipal de Saúde - Formulação da política municipal de saúde e a provisão das ações e serviços de saúde, financiados com recursos próprios ou transferidos pelo gestor federal e/ou estadual do SUS.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Pela dicção dos arts. 196 e 198 da CF, podemos afirmar que somente da segunda parte do art. 196 se ocupa o Sistema Único de Saúde, de forma mais concreta e direta, sob pena de a saúde, como setor, como uma área da Administração Pública, se ver obrigada a cuidar de tudo aquilo que possa ser considerado como fatores que condicionam e interferem com a saúde individual e coletiva. Isso seria um arrematado absurdo e deveríamos ter um super Ministério e super Secretarias da Saúde responsáveis por toda política social e econômica protetivas da saúde.

Se a Constituição tratou a saúde sob grande amplitude, isso não significa dizer que tudo o que está ali inserido corresponde a área de atuação do Sistema Único de Saúde.

Repassando, brevemente, aquela seção do capítulo da Seguridade Social, temos que: -- o art. 196, de maneira ampla, cuida do direito à saúde; -- o art. 197 trata da relevância pública das ações e serviços de saúde, públicos e privados, conferindo ao Estado o direito e o dever de regulamentar, fiscalizar e controlar o setor (público e privado); -- o art. 198 dispõe sobre as ações e os serviços públicos de saúde que devem ser garantidos a todos cidadãos para a sua promoção, proteção e recuperação, ou seja, dispõe sobre o Sistema Único de Saúde; -- o art. 199, trata da liberdade da iniciativa privada, suas restrições (não pode explorar o sangue, por ser bem fora do comércio; deve submeter-se à lei quanto à remoção de órgãos e tecidos e partes do corpo humano; não pode contar com a participação do capital estrangeiro na saúde privada; não pode receber auxílios e subvenções, se for entidade de fins econômicos etc.) e a possibilidade de o setor participar, complementarmente, do setor público; -- e o art. 200, das atribuições dos órgãos e entidades que compõem o sistema público de saúde. O SUS é mencionado somente nos arts. 198 e 200.

A leitura do art. 198 deve sempre ser feita em consonância com a segunda parte do art. 196 e com o art. 200. O art. 198 estatui que todas as ações e serviços públicos de saúde constituem um único sistema. Aqui temos o SUS. E esse sistema tem como atribuição garantir ao cidadão o acesso às ações e serviços públicos de saúde (segunda parte do art. 196), conforme campo demarcado pelo art. 200 e leis específicas.

O art. 200 define em que campo deve o SUS atuar. As atribuições ali relacionadas não são taxativas ou exaustivas. Outras poderão existir, na forma da lei. E as atribuições ali elencadas dependem, também, de lei para a sua exequibilidade.

Em 1990, foi editada a Lei n. 8.080/90 que, em seus arts. 5º e 6º, cuidou dos objetivos e das atribuições do SUS, tentando melhor explicitar o art. 200 da CF (ainda que, em alguns casos, tenha repetido os incisos daquele artigo, tão somente).

São objetivos do SUS:

a) a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

b) a formulação de políticas de saúde destinadas a promover, nos campos econômico e social, a redução de riscos de doenças e outros agravos; e

c) execução de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, integrando as ações assistenciais com as preventivas, de modo a garantir às pessoas a assistência integral à sua saúde.

O art. 6º, estabelece como competência do Sistema a execução de ações e serviços de saúde descritos em seus 11 incisos.

O SUS deve atuar em campo demarcado pela lei, em razão do disposto no art. 200 da CF e porque o enunciado constitucional de que saúde é direito de todos e dever do Estado, não tem o condão de abranger as condicionantes econômico-sociais da saúde, tampouco compreender, de forma ampla e irrestrita, todas as possíveis e imagináveis ações e serviços de saúde, até mesmo porque haverá sempre um limite orçamentário e um ilimitado avanço tecnológico a criar necessidades infundáveis e até mesmo questionáveis sob o ponto de vista ético, clínico, familiar, terapêutico, psicológico.

Será a lei que deverá impor as proporções, sem, contudo, é obvio, cercear o direito à promoção, proteção e recuperação da saúde. E aqui o elemento delimitador da lei deverá ser o da dignidade humana.

Lembramos, por oportuno que, o Projeto de Lei Complementar n. 01/2003 -- que se encontra no Congresso Nacional para regulamentar os critérios de rateio de transferências dos recursos da União para Estados e Municípios -- busca disciplinar, de forma mais clara e definitiva, o que são ações e serviços de saúde e estabelecer o que pode e o que não pode ser financiado com recursos dos fundos de saúde. Esses parâmetros também servirão para circunscrever o que deve ser colocado à disposição da população, no âmbito do SUS, ainda que o art. 200 da CF e o art. 6º da LOS tenham definido o campo de atuação do SUS, fazendo pressupor o que são ações e serviços públicos de saúde, conforme dissemos acima. (O Conselho Nacional de Saúde e o Ministério da Saúde também disciplinaram o que são ações e serviços de saúde em resoluções e portarias).

O QUE FINANCIAR COM OS RECURSOS DA SAÚDE?

De plano, excetuam-se da área da saúde, para efeito de financiamento, (ainda que absolutamente relevantes como indicadores epidemiológicos da saúde) as condicionantes econômico-sociais. Os órgãos e entidades do SUS devem conhecer e informar à sociedade e ao governo os fatos que interferem na saúde da população com vistas à adoção de políticas públicas, sem, contudo, estarem obrigados a utilizar recursos do fundo de saúde para intervir nessas causas.

Quem tem o dever de adotar políticas sociais e econômicas que visem evitar o risco da doença é o Governo como um todo (políticas de governo), e não a saúde, como setor (políticas setoriais). A ela, saúde, compete atuar nos campos demarcados pelos art. 200 da CF e art. 6º da Lei n. 8.080/90 e em outras leis específicas.

Como exemplo, podemos citar os servidores da saúde que devem ser pagos com recursos da saúde, mas o seu inativo, não; não porque os inativos devem ser pagos com recursos da Previdência

7) Preço da mensalidade dos planos privados: o valor das mensalidades é o principal problema, segundo o Ipea, com 39,8% das queixas. Entre as principais reclamações feitas a ANS (Agência Nacional de Saúde), nos três primeiros meses deste ano, está «mensalidades e reajustes».

8) Cobertura do convênio: a insuficiência da cobertura dos planos é outra crítica frequente. De acordo com a pesquisa da ANS, foram 15.785 reclamações entre janeiro e março deste ano. No estudo do Ipea, 35,2% reprovam o serviço.

9) Sem reembolso: de acordo com o estudo da Fisc Saúde, esse é o terceiro principal motivo de insatisfação de pacientes do setor privado (21,9%). Esse foi o oitavo principal motivo de reclamação no primeiro trimestre do ano no Reclame Aqui. Segundo a instituição, foram 508 queixas, 35% mais do que nos mesmos três meses do ano passado, quando foram registradas 333 reclamações.

10. Discriminação no atendimento: 10,6% da população brasileira adulta (15,5 milhões de pessoas) já se sentiram discriminadas na rede de saúde tanto pública quanto privada, é o que aponta a Pesquisa Nacional de Saúde, do IBGE. A maioria (53,9%) disse ter sido maltratada por “falta de dinheiro” e 52,5% em razão da “classe social”. Pouco mais de 13% foram vítimas de preconceito racial, 8,1% por religião ou crença e 1,7% por homofobia. No entanto, o percentual poderia ser maior se parte da população LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros) não deixasse de buscar auxílio médico por medo de discriminação, revela uma pesquisa da UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina).

No Brasil, a busca por novas formas de produzir saúde pode ser identificada em diferentes ações políticas, assistenciais e na formação profissional. Tal contexto se pode perceber a partir da proposta de dois programas: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a partir de 1991, e Programa de Saúde da Família (PSF), a partir de 1994.

A adoção de tais propostas representa, de modo geral, uma tentativa de reorganização da atenção à saúde do país, marcada pela institucionalização do direito à saúde, como consta no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, no qual a saúde é assim definida:

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 (BRASIL, 2004).

Assim, ao garantir a universalidade do acesso, a Constituição Federal intensificou a demanda pelos serviços de saúde, tradicionalmente centrados no eixo hospitalar, buscando criar estratégias para reverter o atual modo de atenção. A partir de então, puderam-se identificar várias experiências, em nível local, que priorizam ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, incorporando, em muitas delas, as contribuições da própria população, por meio de sua cultura, no “saber-fazer” os cuidados com sua própria saúde. Essas experiências influenciaram a concepção dos programas acima citados (BRASIL, 2004).

Em 1991, o Ministério da Saúde propõe o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como uma estratégia de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), que desenvolve atividades relacionadas à prevenção e educação nessa área, implantadas principalmente em municípios de baixa densidade populacional. No PACS, o enfoque principal é a ampliação da cobertura da atenção básica e a introdução do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como

um trabalhador incumbido de desenvolver ações relacionadas ao controle de peso, orientações a grupos específicos de patologias, distribuição de medicamentos, entre outras (CHIESA, FRACOLLI, 2004).

Posteriormente, o Ministério da Saúde propõe o Programa de Saúde da Família (PSF), como estratégia de reestruturação do sistema, constituindo uma unidade prestadora de serviços e atuando numa lógica de transformação das práticas de saúde na atenção básica (CHIESA; FRACOLLI, 2004).

A Saúde da Família vem sendo implantada em todo o Brasil, nos últimos anos, e tem garantido a ampliação do acesso e da abrangência para uma parcela significativa da população. Passados quinze anos de sua implantação, são mais de 180 milhões de pessoas acompanhadas por mais de 234.000 agentes comunitários de saúde em todo o país. No município de Volta Redonda - RJ, no ano de 2009, existiam 308 ACS (BRASIL, 2009).

Esse novo ator surge no cenário da saúde do Brasil como integrante das equipes de Saúde da Família, compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental (BRASIL, 2007). O ACS, nesse cenário, apresenta-se com um papel de destaque na atenção básica, visto que atua como elo entre a equipe de saúde, famílias e usuários.

Estratégia reestruturante da Atenção Básica: uma aposta na Saúde da Família

No contexto do SUS, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) emprega no seu processo de trabalho o planejamento e a programação da oferta de serviços a partir do enfoque epidemiológico, incluindo a compreensão dos múltiplos fatores de risco à saúde e a possibilidade de intervenção sobre eles a partir de diferentes estratégias, tais como como a promoção da saúde (SAMPAIO; LIMA, 2004).

Como adiantam os autores, a ESF vai agir de acordo com a necessidade de cada município e área, a partir de uma análise da situação de saúde da população com a qual se pretende realizar as ações de promoção à saúde e de prevenção e tratamento dos agravos.

A ação dessa estratégia é destinada a cobrir determinadas famílias a partir da identificação da situação-problema de cada uma delas, para garantir uma ação diferenciada e humanizada. E, por ser o ACS responsável pelo cadastramento das famílias e pelo levantamento de seus perfis sócio-econômico e epidemiológico, entende-se que seu papel é de extrema importância para o incremento do PSF, pois ele é o elemento que circula no território, responsável por uma microárea e por um número determinado de pessoas. Em média, um ACS é designado para o acompanhamento de até 750 pessoas.

O exercício da atividade profissional de Agente Comunitário de Saúde deve observar a Lei nº 10.507/2002, que cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde; o Decreto nº 3.189/1999, que fixa as diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde; e a Portaria nº 1.886/1997 (do Ministro de Estado da Saúde), que aprova as normas e diretrizes do Programa de Agente Comunitário e do Programa de Saúde da Família.

Segundo Nascimento e Nascimento (2005), o trabalho do ACS se produz pelo fato dele pertencer ao mesmo universo do usuário e, portanto, supostamente compreender esses conflitos. Por essa

Salubridade Ambiental

Segundo⁴ Ormond (2004), conceitua-se “Saneamento” como toda ação ou efeito de tornar saudável ou como um conjunto de ações adotadas em relação ao meio ambiente com a finalidade de criar condições favoráveis à manutenção do meio e à saúde das populações.

Contudo, Saneamento Ambiental pode ser definido como um conjunto de ações socioeconômicas que tem por objetivo alcançar Salubridade Ambiental, por meio de abastecimento de água potável; coleta e disposição sanitária de resíduos sólidos, líquidos e gasosos; promoção da disciplina sanitária de uso de solo; drenagem urbana; controle de doenças transmissíveis e demais serviços e obras especializados, com a finalidade de proteger e melhorar as condições de vida urbana e rural.

Essa salubridade ambiental está em risco, pois, a partir da Revolução Industrial até os dias atuais, a ampliação dos níveis de poluentes produzidos pelo homem promoveu o aumento da poluição atmosférica, como também a contaminação das águas e do solo, influenciando diretamente no equilíbrio dos ecossistemas e na qualidade de vida da sociedade.

No Brasil, o censo realizado em 1929 detectou a presença das primeiras multinacionais americanas e europeias representantes do setor químico, automobilístico e eletrônico, além do desenvolvimento de outros setores industriais, como o têxtil e alimentício. Nesse mesmo período, o censo realizado em nosso país mostrou em números o crescimento industrial e demográfico, dando destaque para o estado de São Paulo, com a abertura de empresas do ramo têxtil, calçadista, químico, alimentício e metalúrgico, entre outros.

A estratégia de redução ou eliminação de resíduos ou poluentes na fonte geradora consiste no desenvolvimento de ações que promovam a redução de desperdícios, a conservação de recursos naturais, a redução ou eliminação de substâncias tóxicas (presentes em matérias-primas ou produtos auxiliares), a redução da quantidade de resíduos gerados por processos e produtos e, consequentemente, a redução de poluentes lançados para o ar, solo e águas.

PROMOÇÃO À SAÚDE.

PROMOÇÃO DA SAÚDE: CONCEITOS E ESTRATÉGIAS;

A saúde no Brasil - tanto o sistema público como o privado - enfrenta dezenas de dificuldades como falta de remédios ou médicos, mensalidades altas, falta de cobertura para diversas doenças e exames. Um levantamento realizado pelo UOL aponta os 10 principais problemas enfrentados pelo setor no país.

1) Falta de médicos: considerado um dos principais problemas do SUS, segundo destacou o presidente do TCU, ministro Raimundo Carreiro. De acordo com a OMS (Organização Mundial de Saúde), há 17,6 médicos para cada 10 mil brasileiros, bem menos que na Europa, cuja taxa é de 33,3.

2) Demora para marcar consulta: o SUS realiza bem menos consultas do que poderia. Segundo o Fisc Saúde 2016, o Brasil apresentou uma média de 2,8 consultas por habitantes no ano de 2012, o 27º índice entre 30 países. A taxa muito inferior ao dos países mais bem colocados: Coreia do Sul (14,3), Japão (12,9) e Hungria (11,8).

3) Falta de leitos: nos três primeiros meses de 2018, a falta de leitos foi o 8º principal motivo de reclamação dos brasileiros no Reclame Aqui. Dados da Associação Nacional de Hospitais Privados indicam que o Brasil tem 2,3 leitos por mil habitantes, abaixo do recomendado pela OMS (entre 3 e 5). O déficit de leitos em UTI neonatal é de 3,3 mil, segundo pesquisa deste ano da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Além disso, o país tem, em média, 2,9 leitos por mil nascidos vivos, abaixo dos 4 leitos recomendados pela entidade. No SUS, a taxa é de 1,5.

4) Atendimento na emergência: a espera por atendimento foi o tema considerado de «pior qualidade» em uma pesquisa da CNI (Confederação Nacional da Indústria) sobre avaliação de serviços. Nos estudos do Ipea sobre os serviços prestados pelo SUS, o tema recebeu as maiores qualificações negativas: 31,1% (postos de saúde) e 31,4% (urgência ou emergência).

5) Falta de recursos para a saúde: apenas 3,6% do orçamento do governo federal foi destinado à saúde em 2018. A média mundial é de 11,7%, segundo a OMS. Essa taxa é menor do que a média no continente africano (9,9%), nas Américas (13,6%) e na Europa (13,2). Na Suíça, essa proporção é de 22%.

6) Formação de médicos: pacientes pedem que haja melhoria na qualidade do atendimento dos médicos, segundo o Sistema de Indicadores de Percepção Social, do Ipea. O Cremesp (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo) destaca que quase 40% dos recém-formados não passam em seu exame.

7) Preço da mensalidade dos planos privados: o valor das mensalidades é o principal problema, segundo o Ipea, com 39,8% das queixas. Entre as principais reclamações feitas a ANS (Agência Nacional de Saúde), nos três primeiros meses deste ano, está «mensalidades e reajustes».

8) Cobertura do convênio: a insuficiência da cobertura dos planos é outra crítica frequente. De acordo com a pesquisa da ANS, foram 15.785 reclamações entre janeiro e março deste ano. No estudo do Ipea, 35,2% reprovam o serviço.

9) Sem reembolso: de acordo com o estudo da Fisc Saúde, esse é o terceiro principal motivo de insatisfação de pacientes do setor privado (21,9%). Esse foi o oitavo principal motivo de reclamação no primeiro trimestre do ano no Reclame Aqui. Segundo a instituição, foram 508 queixas, 35% mais do que nos mesmos três meses do ano passado, quando foram registradas 333 reclamações.

10) Discriminação no atendimento: 10,6% da população brasileira adulta (15,5 milhões de pessoas) já se sentiram discriminadas na rede de saúde tanto pública quanto privada, é o que aponta a Pesquisa Nacional de Saúde, do IBGE. A maioria (53,9%) disse ter sido maltratada por “falta de dinheiro” e 52,5% em razão da “classe social”. Pouco mais de 13% foram vítimas de preconceito racial, 8,1% por religião ou crença e 1,7% por homofobia. No entanto, o percentual poderia ser maior se parte da população LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transsexuais e Transgêneros) não deixasse de buscar auxílio médico por medo de discriminação, revela uma pesquisa da UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina).

⁴ <https://prolifeengenharia.com.br/salubridade-ambiental-16-06-15/>

Até a 7ª conferência, em 1980, apenas gestores, alguns técnicos e especialistas convidados participavam das discussões relacionadas à política de saúde nesses foros.

A 8ª conferência representou um divisor de águas. Ainda assim, não contou com a presença de provedores privados, que reagiram à sua abertura a outras forças sociais e se recusaram a participar. A representação de usuários era ainda pequena: centrais sindicais, associações de moradores. Até então, poucos eram os movimentos específicos da área da saúde existentes. Mas significou maior diversidade de atores e maior abrangência regional permitindo a emergência de muitas questões que até então estavam ausentes da agenda setorial.

Após a Constituição Federal de 1988, e especialmente a partir da 9ª Conferência Nacional de Saúde, já posterior à Lei Orgânica da Saúde, houve grande expansão do processo de participação. A implantação de conselhos de saúde e a realização de conferências em um número crescente de municipalidades resultaram em intensa mobilização, ampliação da gama de atores envolvidos; aumento da heterogeneidade de interesses e maior diversidade de origem regional dos participantes das conferências nacionais.

Em análise sobre os conselhos de saúde, que pode ser estendida às conferências de saúde, Labra (2005) destaca seu papel inovador e sua importância na reconfiguração do Estado brasileiro e em suas relações com o tecido social após a Constituição Federal de 1988: “os conselhos de saúde constituem uma inovação política, institucional e cultural da maior relevância para o avanço da democracia e do SUS e uma singularidade no contexto latino-americano.” (LABRA, 2005).

No contexto político institucional e cultural brasileiro, marcado por uma história de centralização, dominância de práticas burocráticas autoritárias, clientelismo, patrimonialismo e corporativismo não foi uma conquista trivial. Mudanças com a profundidade representada pelo novo arranjo institucional desenhado para a operação do sistema de saúde enfrentam muitos desafios para sua concretização e demandam permanente revisão de seus mecanismos de operação, em constante processo de aperfeiçoamento.

Não obstante as falhas que ainda persistem e os aperfeiçoamentos necessários, o SUS é visto como modelo para arranjos de articulação entre entes federados e democratização do processo decisório, não apenas por outras áreas do Estado brasileiro como também por organismos internacionais. A Organização Mundial de Saúde, no seu relatório de 2008 sobre a saúde mundial, destaca a experiência brasileira de conferências de saúde entre os exemplos de avanços na construção de processos decisórios participativos (The World Health Report, 2008, pag. 110).

Tão importante quanto sua contribuição ao direcionamento da política de saúde, as conferências tem tido papel fundamental na construção de consciência nacional sobre o direito à saúde e a importância do SUS, assim como de suporte político, em âmbito local e estadual, para a implementação de ações que implicam redirecionamento do modelo de atenção.

Com a preocupação de aprofundar esses avanços, apontamos, a seguir, aspectos que merecem ser tomados em consideração na preparação das próximas conferências de saúde, como subsídio ao debate sobre seu aperfeiçoamento.

O primeiro diz respeito ao número muito grande e crescente de resoluções das últimas conferências nacionais, que dificulta ou impossibilita a clara identificação das diretrizes para a política de saúde, fragilizando a realização de seu objetivo institucional.

A extrema particularização das demandas parece explicar esse fenômeno. Neste sentido, parece indispensável se enfrentar a necessidade de um esforço de síntese, com formulações abrangentes, para que o debate permita escolhas claras sobre as prioridades em termos de diretrizes para a política de saúde em âmbito nacional. Do contrário, os resultados das conferências tendem a se perder e as mesmas a se tornarem apenas palco para o exercício de retórica militante, com escasso efeito real sobre as políticas do SUS.

Outra questão diz respeito ao formato das conferências, em que todos os participantes devem discutir todos os temas. Apesar de constituir uma forma aparente de assegurar a ampla participação democrática, este formato evidentemente prejudica o aprofundamento do debate sobre as questões e contribui para o tratamento superficial e retórico das mesmas. É necessário construir canais efetivamente democráticos, o que significa o aperfeiçoamento dos mecanismos de representação e de debate das questões.

O formato das conferências precisa ser seriamente debatido para que seja possível encontrar caminhos alternativos, democráticos e mais adequados à expressão dos interesses concretos da sociedade e das necessidades reais da política de saúde.

É também necessária uma reflexão serena sobre o distanciamento entre gestores, conferências e conselhos de saúde, reconhecido em documento do próprio Conselho Nacional de Saúde, na literatura e nos depoimentos tomados para este trabalho. Este problema é grave e tende a gerar impasses contraproducentes para o SUS e para as necessidades de saúde da população. Por seu enraizamento cultural, não é problema fácil de ser resolvido.

Exige mudança de postura de ambas as partes.

O exercício de aprender a lidar com processos decisórios democratizados, a ouvir mais, a aceitar o debate aberto, a reconhecer a existência de visões e posições diferentes como legítimas, a se despir de atitudes defensivas, às vezes agressivas, que não contribuem para o avanço do debate, é complexo e às vezes demorado. Mas é imprescindível para que as necessidades de saúde da população sejam as prioridades do debate, sob risco de este se tornar mero cabo de guerra estéril. A mudança de postura requerida de ambas as partes corresponde ao amadurecimento do processo democrático e é indispensável para que o SUS funcione de forma mais efetiva.

O processo democrático requer regras claras de funcionamento dos organismos democráticos e crescentes graus de respeito à diversidade de interesses e posições. A democracia tem sido um exercício permanente de aperfeiçoamento de regras de convivência que garantam tanto a formação de decisões que reflitam a vontade da maioria, quanto assegurem proteção para as minorias, de forma que estas possam defender seus legítimos pontos de vista.

Neste sentido é preciso refletir sobre o funcionamento dos conselhos e conferências, em busca de aperfeiçoamento dos mecanismos democráticos e representativos do Estado. O surgimento de um ativismo semi-profissional em torno das políticas sociais é um fenômeno comum em todo o mundo. A questão é que tal tipo de ativismo tende a gerar comportamentos claramente corporativos, que podem se distanciar – e muitas vezes se distanciam – dos interesses concretos dos setores sociais representados pelos ativistas.

Os próprios participantes da 13ª conferência (BRASIL, 2008) parece terem reconhecido o problema ao debaterem e sugerirem a fixação de prazos máximos para o exercício da atividade de conselheiro nas três esferas de governo de forma a se garantir a renovação dos conselhos:

(C) Equidade significa tratar igualmente todas as regiões do país, investindo os recursos de forma igual, independentemente das necessidades específicas de cada região ou grupo populacional.

(D) Participação popular é a presença da sociedade civil nos conselhos e conferências de saúde por meio da representação exclusivamente sindical.

(E) Hierarquização é a organização dos serviços de saúde partindo dos municípios até o governo central.

8. Com o advento da Nova República, o movimento político propício em virtude da eleição indireta de um presidente não militar desde 1964, além da perspectiva de uma nova Constituição, contribuíram para que a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, em Brasília, fosse um marco e, certamente, um divisor de águas dentro do movimento pela reforma sanitária brasileira.

Acerca desse tema, quanto ao princípio ou à diretriz do Sistema Único de Saúde que corresponde a essa conferência, assinale a alternativa correta.

(A) Participação da comunidade.

(B) Descentralização, com direção única em cada esfera de governo.

(C) Equidade da atenção.

(D) Rede regionalizada e hierarquizada.

(E) Acesso universal e igualitário.

9. Acerca dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), descritos pelo artigo 7 da Lei Orgânica de Saúde, Lei no 8.080/1990, a utilização da epidemiologia é indicada para

(A) organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral.

(B) defesa da integridade física e moral dos indivíduos, da família e da comunidade.

(C) estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática.

(D) integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico.

(E) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

10. Acerca do direito constitucional à saúde e à seguridade social, assinale a opção correta, segundo entendimento doutrinário e jurisprudencial.

(A) A seguridade social compreende saúde, previdência e assistência social, todas prestadas independentemente de contribuição dos usuários.

(B) De acordo com o STF, desde que seguidos os padrões regulamentados pela ANVISA, não é proibido o uso industrial e comercial do amianto.

(C) Os objetivos da seguridade social não incluem equidade dos benefícios entre as populações urbana e rural.

(D) De acordo com o STF, não ofende a CF a internação hospitalar em acomodações superiores, no âmbito do SUS, mediante pagamento da diferença de valor correspondente.

(E) O polo passivo de ações que versem sobre responsabilidade nos tratamentos médicos pode ser ocupado por qualquer dos entes federados.

11 Segundo a Lei nº 8.080/90, que define as diretrizes para organização e funcionamento do Sistema de Saúde brasileiro, constitui um critério para o estabelecimento de valores a serem transferidos a estados, Distrito Federal e municípios:

(A) eficiência na arrecadação de impostos.

(B) perfil epidemiológico da população a ser coberta.

(C) desempenho técnico, econômico e financeiro no período atual.

(D) participação paritária dos usuários no conselho de saúde.

(E) prioridade para o atendimento hospitalar.

12. Com base na Lei no 8.142/1990, que dispõe acerca da participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e a respeito das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, e dá outras providências, assinale a alternativa correta.

(A) O Conselho de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação da saúde.

(b) A Conferência de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, consiste em órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço e profissionais de saúde.

(c) A representação dos trabalhadores da saúde nos Conselhos de Saúde e em Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

(D) O SUS contará, em cada esfera de governo, com as seguintes instâncias colegiadas: Conferência de Saúde e Conselho de Saúde.

(E) O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação em todos os Conselhos de Saúde.

13. Acerca da participação da comunidade na gestão do SUS e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (Lei n.º 8.142/1990), assinale a alternativa correta.

(A) O Conselho de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde.

(B) A Conferência de Saúde é um órgão colegiado atuante na formulação de estratégias e na execução da política de saúde.

(C) A transferência de recursos de saúde para os municípios, os estados e o Distrito Federal pode ser feita de maneira regular e automática, a depender da urgência da necessidade das verbas.

(D) Em relação ao conjunto dos demais segmentos, a representação dos usuários do sistema de saúde nos Conselhos e nas Conferências de saúde será paritária.

(E) Pelo menos 90% dos recursos para cobertura das ações e dos serviços de saúde devem ser destinados aos municípios, sendo o restante destinado ao estado.

14 No que se refere ao Decreto n o 7.508/2011, que regulamenta a Lei no 8.080/1990, assinale a alternativa correta.

(A) A integralidade da assistência à saúde se inicia na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário, independentemente de pactuação.

(B) O processo de planejamento da saúde é obrigatório, será ascendente e integrado, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, e será efetuado no âmbito dos planos de saúde.

empresa permaneça sustentável financeiramente, além de permitir que os recursos sejam usados de forma eficaz, dessa forma, é possível alcançar objetivos estratégicos. Envolve vários métodos e técnicas que ajudam na elaboração, execução e controle do orçamento. Existem diversas algumas técnicas de orçamento, as principais e mais usadas são:

– **Orçamento Incremental:** o orçamento é feito com valores do período anterior, ajustes incrementais são feitos para levar em conta mudanças e crescimento previstos. É um método mais fácil e rápido, mas ela pode acabar desconsiderando alguns gastos considerados irrelevantes.

– **Orçamento Flexível:** É flexível, projetado para lidar com variações nas circunstâncias ou níveis de atividade diferentes. Ele permite o ajuste de receitas e despesas, com base nas mudanças no mercado, na produção ou na demanda. Este método é especialmente útil em áreas onde a demanda é instável ou incerta.

– **Orçamento por Objetivos:** Essa é uma maneira de fazer um orçamento que considera os objetivos e metas estratégicas da organização. A fim de garantir o cumprimento das prioridades estratégicas, os recursos são distribuídos de acordo com esses objetivos específicos. Essa abordagem ajuda a alinhar o orçamento com os objetivos e metas da empresa.

– **Orçamento de Desempenho:** Este método consiste em estabelecer metas para cada unidade ou departamento da organização. Os resultados reais são comparados com as metas estabelecidas, o que permite uma análise do desempenho e descobrir onde melhorar. O orçamento de desempenho incentiva as pessoas a assumir responsabilidades e melhorar continuamente.

– **Análise de Variância:** este método compara as diferenças entre os valores reais e orçados. Essa análise ajuda a identificar áreas onde houve desvios significativos e a investigar as causas dessas diferenças. A análise de variação ajuda a descobrir quais aspectos precisam de mudanças no orçamento ou nas práticas de gestão.

Esses são apenas alguns dos métodos orçamentários mais utilizados. A escolha da estratégia certa dependerá das características e necessidades particulares da empresa, bem como do ambiente de negócios em que ela opera. Para realizar um processo orçamentário eficiente e alinhado com a estratégia da empresa, as técnicas devem ser ajustadas às circunstâncias e objetivos específicos.

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE.

Planejamento Estratégico

É o processo administrativo que proporciona sustentação metodológica para se estabelecer a melhor direção a ser seguida pela organização, visando ao otimizado grau de interação com o ambiente e atuando de forma inovadora e diferenciada. O planejamento estratégico é de responsabilidade dos níveis mais altos da organização e diz respeito tanto à formulação de objetivos quanto à seleção dos cursos de ação a serem seguidos para sua consecução, levando em conta as condições externas e a evolução esperada para a instituição.

Dessa forma, podemos ver o planejamento estratégico como um mapeamento de todas as etapas necessárias para se atingir aquilo que deseja. Esse processo pode ser resumido a três situações principais:

• **Situação atual** – o ponto em que você se encontra neste momento, o que se tem e o que é preciso para atingir as metas e objetivos;

• **Situação desejada no futuro** – aquilo que se deseja alcançar, onde se quer estar daqui a 1, 5, 10, ou mais anos;

• **Como alcançá-la** – o que é preciso que ter e desenvolver para alcançar o objetivo almejado. Quais recursos internos e externos serão necessários para a conquista.

Em resumo, define a missão, a filosofia /valores, visão e os objetivos da organização, considerando os fatores externos e internos, e relaciona-se com objetivos de longo prazo e ações que afetam toda da instituição.

Planejar faz parte do processo de trabalho da Vigilância em Saúde. Pode-se assim dizer que se insere no trabalho do Agente Local de Vigilância em Saúde o ato de planejar, mas ainda não se estaria ressaltando totalmente a importância que tem o planejamento para a sua atuação¹².

O Planejamento é uma forma de potencializar a capacidade que se tem de raciocinar logicamente sobre uma situação problemática. Ele é uma forma de se definir possibilidades para a transformação dessa realidade.

Para lidar com problemas de saúde, que são considerados complexos, acredita-se que seja fundamental se utilizar de planejamento organizado e sistematizado. Desse modo, ele se tornará um instrumento orientador para que melhor se entenda futuros problemas, definir os objetivos, relacionar os diversos procedimentos necessários e acompanhar a sua execução, facilitando, assim, a identificação dos obstáculos.

Planejamento e a Programação local são ferramentas importantes para a consolidação das práticas de vigilância em saúde. Existem métodos diferentes de conduzir um processo de planejamento.

Aqui destacar-se-á o **Planejamento e a Programação Local em Saúde - PPLS**, que é uma forma de organizar os resultados do diagnóstico da situação de saúde e das condições de vida, além de sistematizar as ações necessárias para resolver os problemas e as necessidades em saúde, os quais nos foram revelados junto à população e ao território em que ela vive.

Por isso, o Planejamento e a Programação local são ferramentas importantes para a consolidação das práticas de vigilância em saúde. Esse método de trabalho também é usado em outros setores e atividades com a finalidade de apontar ações, estratégias e recursos (humanos, financeiros e materiais) necessários à resolução de problemas e ao atendimento das necessidades de uma população em uma determinada área.

A Vigilância em Saúde é aquela que a entende como uma organização do trabalho em saúde, apresentando duas dimensões: **técnico-operativa**, que diz respeito à execução das práticas de promoção e reabilitação da saúde e de prevenção e recuperação de doenças; e **político-gerencial**, relativa à organização dos trabalhos necessários ao controle de problemas de saúde da população de um território.

¹² https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/proformar_6.pdf

vida e de saúde da população afetada. O PPLS organiza a seleção de operações a partir da formulação de objetivos e operações e da respectiva análise de viabilidade política, técnico-organizativa e econômica;

[d] A execução das operações selecionadas, articulando as diversas profissões, setores, recursos institucionais e comunitários, aponta para a função de condução gerencial, definida no PPLS;

[e] O acompanhamento e a avaliação das operações/ações realizadas (da estrutura, dos processos e dos resultados) e a análise continuada da situação de saúde ou dos problemas prioritizados reafirmam tal encontro.

• **Momentos que fazem parte do PPLS**

Análise da situação de saúde;

Definição de objetivos;

Definição de ações, análise de viabilidade e desenho de estratégias;

Elaboração da programação operativa;

Acompanhamento e avaliação da programação operativa.

QUESTÕES

1. UFMT - 2018 - Prefeitura de Várzea Grande - MT - Profissional de Nível Superior completo do SUS - Gestor Público- O Planejamento é caracterizado pela incerteza por ser uma escolha de caminhos, de opções, que se adota antecipadamente para construir o futuro. O futuro é sempre incerto, indeterminado, porque é construído socialmente e há pessoas e grupos com projetos iguais, diferentes e até contrários ao nosso. Sobre Planejamento em Saúde, marque V para as assertivas verdadeiras e F para as falsas.

() O planejamento estratégico é desenvolvido pela gerência de nível superior e o planejamento tático é desenvolvido pela gerência de nível inferior. Os planos estratégicos abrangem um período mais longo de tempo e contêm menos detalhes que os planos táticos.

() O planejamento estratégico da organização é um processo dinâmico, sistêmico, coletivo, participativo e contínuo para determinação dos objetivos, estratégias e ações organizacionais. Sobre a análise SWOT, as forças ou pontos fortes da organização são as variáveis internas e controláveis que propiciam condições favoráveis para a organização em relação ao seu ambiente.

() A Lei n.º 8.132/1990 atribui à direção nacional do SUS a responsabilidade de elaborar o planejamento nacional em cooperação com os estados e municípios e o Distrito Federal. No Art.36 consta que o processo de planejamento e orçamento do SUS será descendente, do nível federal até o local.

() A importância do uso da epidemiologia para a gestão e planejamento em saúde se dá principalmente pela possibilidade de realização do diagnóstico e análise da situação de saúde, pela geração de dados por meio de registros rotineiros de morbidade, pela investigação e estatísticas vitais, pela organização e avaliação dos serviços.

() A programação em saúde é um cálculo de aproximações sucessivas para alocação eficiente de recursos com qualidade. Define quais as ações e como serão organizadas e oferecidas à

população, com base na necessidade, na demanda ou na oferta e possui três eixos principais no processo de articulação, que são: da saúde, dos serviços e dos recursos.

Assinale a sequência correta.

(A) V, V, V, F, V

(B) F, F, F, V, V

(C) V, F, V, V, F

(D) F, V, F, F, F

2. UFMT - 2018 - Prefeitura de Várzea Grande - MT - Profissional de Nível Superior completo do SUS - Gestor Público- A situação atual da gestão do trabalho no SUS apresenta algumas características, tais como: o aumento do processo de terceirização da força de trabalho, a precarização da força de trabalho, o ingresso lento e insuficiente de novos trabalhadores por meio de concursos públicos, a insuficiência de planos de carreira específicos para o SUS nas três esferas de governo, grande heterogeneidade de vínculos e pouca capacidade de gestão do processo de trabalho nas três esferas de governo. Em relação à Gestão do Trabalho, analise as afirmativas.

I - O conceito do trabalho decente, criado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) para o campo da saúde coletiva trata-se de um trabalho adequadamente remunerado, exercido em condições de liberdade, equidade e segurança, capaz de garantir uma vida digna, segundo os padrões de cada sociedade.

II - A questão do trabalho e da formação e qualificação dos trabalhadores de saúde é um desafio do tamanho do SUS; com o processo de descentralização da saúde, o diagnóstico e a análise de situação no setor, de forma estratégica e integrada, dificultam a transformação da gestão do trabalho.

III - Os três conjuntos de atividades da gestão do trabalho no SUS são: gestão das relações de trabalho, planejamento e gerenciamento e a gestão da educação do trabalhador da saúde.

IV - O modelo de gestão de pessoas deveria ter como características: desenvolvimento de sistemas de informações sobre a força de trabalho; implantação de práticas gerenciais ágeis e instrumentos e ferramentas flexíveis de gestão, em busca de objetivos e resultados; qualificação e educação permanente dos gerentes e técnicos da área de gestão do trabalho e reformas administrativas e da estrutura organizacional da área de gestão do trabalho.

V - As políticas previstas para a área da gestão do trabalho no SUS são: a implementação das diretrizes de planos de cargos, carreira e salários; desprecarização e metas e institucionalização do planejamento de RH. O espaço de negociação e sistemas de negociação permanente são diretrizes referentes ao controle social, relacionadas, portanto, com a participação social dos usuários.

Estão corretas as afirmativas

(A) I, IV e V.

(B) I, II e III.

(C) I, III e IV.

(D) II, III e V.

3. UFMT - 2018 - Prefeitura de Várzea Grande - MT - Profissional de Nível Superior completo do SUS - Gestor Público- Para a gestão de processos e a gestão de recursos financeiros, o gestor público precisa deter conhecimentos e desenvolver habilidades específicas em cada área de atuação. Em relação a essa temática, analise as assertivas.

I - A gestão de processos compreende definição, execução, avaliação, análise e melhoria dos processos organizacionais. É preciso, para tornar essa gestão eficaz, ter claro o entendimento de que a