

SES-MG

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
DE MINAS GERAIS

Área da Saúde- Especialista
em Políticas e Gestão da
Saúde (EPGS)

EDITAL SES Nº 01/2026

CÓD: SL-053JN-26
7908433289739

Língua Portuguesa

1. Compreensão e interpretação de textos de diferentes gêneros.....	9
2. Tipos e gêneros textuais; tipologia textual	12
3. Funções da linguagem	17
4. Ortografia oficial	19
5. Acentuação gráfica; emprego do hífen	20
6. Coesão e coerência textuais	21
7. Mecanismos de referenciamento, substituição e retomada; conectores e sequenciação textual	22
8. Estrutura morfossintática do período; período simples e composto; termos da oração; coordenação e subordinação	23
9. Classes de palavras	27
10. Pontuação	37
11. Concordância verbal e nominal	39
12. Regência verbal e nominal.....	40
13. Crase	43
14. Colocação pronominal	44
15. Tempos e modos verbais	45
16. Reescrita e reestruturação de frases, parágrafos e textos	46
17. Significação das palavras; sinonímia, antónimia, homonímia e paronímia; substituição vocabular e textual; reorganização sintática; adequação ao gênero e ao nível de formalidade	47
18. Figuras de linguagem; linguagem denotativa e conotativa.....	49

Noções de Direito

1. Dos Princípios Fundamentais (art. 1º a 4º).....	61
2. Dos Direitos e Garantias Fundamentais (art. 5º a 17).....	62
3. Da Organização políticoadministrativa da República Federativa do Brasil (art. 18 e 19)	73
4. Da Administração Pública (art. 37 a 41).....	74
5. Do Poder Executivo (art. 76 a 83)	79
6. Constituição do Estado de Minas Gerais de 1989 (com as alterações introduzidas pelas Emendas Constitucionais): Dos Servidores Públicos (art. 20 a 37); do Poder Executivo (art. 83 a 95)	80
7. Noções de licitação – Lei Federal nº 14.133/2021: do âmbito da aplicação (art. 1º ao 4º); princípios (art. 5º); definições (art. 6º); dos agentes públicos (art. 7º ao 10); das modalidades de licitação (art. 28 ao 32); do processo de contratação direta (art. 72 ao 73); da inexigibilidade de licitação (art. 74); da dispensa de licitação (art. 75)	86
8. Lei nº 14.184/2002: processo administrativo no âmbito da Administração Pública Estadual.....	96
9. Direitos Humanos: Resolução nº 217 da 3ª Assembleia Geral da ONU, de 10 de dezembro de 1948 (Declaração Universal dos Direitos Humanos).....	101
10. Código Penal – Decreto-Lei nº 2.848/1940: dos Crimes contra a Administração Pública; Dos crimes cometidos por funcionário público contra a Administração em geral (art. 312 ao 327).....	104
11. Dos crimes praticados por particular contra a Administração em geral (art. 328 ao 337-A)	106
12. Dos crimes em licitações e contratos administrativos (art. 337-E ao 337-P)	108
13. Dos crimes contra as finanças públicas (art. 359-A ao 359-H)	113
14. Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Estado de Minas Gerais – Lei nº 869/1952: dos deveres e proibições (art. 216 ao 217).....	116

ÍNDICE

15. Lei nº 13.709/2018: Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD)	117
16. Decreto Estadual nº 46.644/2014: Código de Conduta Ética do Agente Público e da Alta Administração Estadual	130

Noções de Informática

1. Sistema operacional Windows 10: conceitos básicos do Windows; uso de janelas, menus, barra de tarefas e área de trabalho; gerenciamento de arquivos e pastas: localização, criação, cópia, movimentação e exclusão; compartilhamento de arquivos e utilização da área de transferência; configurações essenciais: resolução de tela, cores, fontes e impressoras; Windows Explorer.....	141
2. Noções de Internet e Intranet; utilização de ferramentas, aplicativos e navegadores; recursos de pesquisa e busca.....	166
3. Microsoft 365 – Word, Excel, PowerPoint, Teams e Outlook: elaboração e edição de documentos, planilhas e apresentações; formatação e organização de conteúdos; colaboração e comunicação em equipe; integração entre aplicativos; uso de recursos inteligentes e automáticos.....	170
4. Segurança da Informação: cuidados com a proteção de dados; noções de vírus, malwares e golpes digitais; boas práticas para senhas e informações sensíveis; políticas de backup e recuperação de dados; ética digital; segurança em nuvem...	187
5. Ferramentas e usos de Inteligência Artificial. princípios de Inteligência Artificial aplicados a softwares e ferramentas de produtividade; assistentes virtuais e automação de tarefas.....	193

Legislação do SUS

1. Constituição da República Federativa do Brasil: da saúde (art. 196 ao 200)	199
2. Princípios e diretrizes do SUS, incluindo universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e hierarquização; Lei nº 8.080/1990: organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas atribuições; Lei nº 8.142/1990: participação da comunidade na gestão do SUS e transferências intergovernamentais de recursos financeiros; Controle social do SUS: conferências, conselhos de saúde e participação comunitária	200
3. Lei Complementar nº 141/2012: regulamentação do § 3º do art. 198 da Constituição Federal sobre aplicação de recursos em saúde	219
4. Lei Estadual nº 13.317/1999: Código de Saúde do Estado de Minas Gerais.....	226
5. Decreto Estadual nº 45.559/2011: organização e atribuições do Conselho Estadual de Saúde (CES)	249
6. Organização dos serviços de saúde, redes de atenção à saúde e níveis de complexidade.....	251
7. Normas Operacionais do SUS, incluindo pactos e acordos interfederativos e financiamento do SUS	254
8. Políticas públicas de saúde: políticas nacionais de atenção básica, promoção da saúde, vigilância em saúde, humanização, saúde mental e urgências e emergências	260
9. Direitos dos usuários do SUS e aspectos relativos à informação em saúde e transparência.....	264
10. Introdução à epidemiologia	264
11. Vigilância em saúde	265
12. Indicadores epidemiológicos aplicados ao SUS	267
13. Sistemas de informação em saúde e utilização de dados para planejamento e avaliação de ações e serviços de saúde...	274
14. Determinantes sociais do processo saúde doença e sua relação com as políticas de saúde pública	277

Conhecimentos Específicos

Área da Saúde - Especialista em Políticas e Gestão da Saúde (EPGS)

1. Evolução das políticas de saúde no Brasil e marcos históricos do Sistema Único de Saúde (SUS)	285
2. Política Nacional de Atenção Básica: princípios, diretrizes, objetivos, estratégias de organização da atenção primária e financiamento.....	288
3. Portaria nº 4.279/2010 – Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS	293
4. Gestão do trabalho e educação na saúde: formação, capacitação e desenvolvimento de recursos humanos no SUS	293
5. Ciência, tecnologia e inovação em saúde: gestão de tecnologias em saúde, avaliação de tecnologia em saúde (ATS), incorporação, uso e o papel das evidências científicas.....	295
6. Epidemiologia aplicada à saúde pública, história natural das doenças, vigilância epidemiológica, processos de agravos e medidas de prevenção e controle.....	297
7. Bioética e princípios éticos na prática em saúde e na gestão de serviços	301
8. Instrumentos de planejamento e gestão no SUS: conceitos, planejamento estratégico, monitoramento e avaliação, ciclos de gestão e gestão por resultados	302
9. Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) e suas áreas componentes	305
10. Lei Estadual nº 13.317/1999 – Código de Saúde do Estado de Minas Gerais.....	306
11. Plano Diretor de Regionalização da SES/MG: organização regionalizada e hierarquizada dos serviços de saúde.....	306
12. Política Nacional de Atenção Especializada: objetivos, diretrizes, organização da atenção de média e alta complexidade	307
13. Política Nacional de Atenção Hospitalar: gestão hospitalar no SUS, classificação de complexidade, contratos e financiamento.....	315
14. Política Nacional de Promoção da Saúde: conceitos, diretrizes e ações para promoção, educação em saúde e determinantes sociais da saúde.....	322
15. Política Nacional de Imunização (PNI): estrutura, funcionamento, coberturas vacinais, planejamento e desafios	324
16. Gestão de sistemas de informação em saúde: sistemas de informação essenciais (SIH, SIA, SINAN, SISVAN, e SUS/APS), utilização de indicadores para tomada de decisão	328
17. Financiamento do SUS: fontes de financiamento, blocos de financiamento, transferências federais, estaduais e municipais e pactuação interfederativa.....	328
18. Controle social no SUS: conselhos de saúde, conferências de saúde, participação social e mecanismos de transparência	328
19. Avaliação de desempenho e qualidade em serviços de saúde: indicadores de desempenho, certificações de qualidade, melhoria contínua e certificações.....	328
20. Gestão de contratos e serviços terceirizados em saúde	333
21. Gestão de risco e segurança do paciente.....	335
22. Ética e legalidade na gestão pública em saúde	336

LÍNGUA PORTUGUESA

COMPREENSÃO E INTERPRETAÇÃO DE TEXTOS DE DIFERENTES GÊNEROS

DIFERENÇA ENTRE COMPREENSÃO E INTERPRETAÇÃO

A compreensão e a interpretação de textos são habilidades interligadas, mas que apresentam diferenças claras e que devem ser reconhecidas para uma leitura eficaz, principalmente em contextos de provas e concursos públicos.

Compreensão refere-se à habilidade de entender o que o texto comunica de forma explícita. É a identificação do conteúdo que o autor apresenta de maneira direta, sem exigir do leitor um esforço de interpretação mais aprofundado. Ao compreender um texto, o leitor se concentra no significado das palavras, frases e parágrafos, buscando captar o sentido literal e objetivo daquilo que está sendo dito. Ou seja, a compreensão é o processo de absorver as informações que estão na superfície do texto, sem precisar buscar significados ocultos ou inferências.

► Exemplo de compreensão:

Se o texto afirma: “Jorge era infeliz quando fumava”, a compreensão dessa frase nos leva a concluir apenas o que está claramente dito: Jorge, em determinado período de sua vida em que fumava, era uma pessoa infeliz.

Por outro lado, a **interpretação** envolve a leitura das entrelinhas, a busca por sentidos implícitos e o esforço para compreender o que não está diretamente expresso no texto. Essa habilidade requer do leitor uma análise mais profunda, considerando fatores como contexto, intenções do autor, experiências pessoais e conhecimentos prévios. A interpretação é a construção de significados que vão além das palavras literais, e isso pode envolver deduzir informações não explícitas, perceber ironias, analogias ou entender o subtexto de uma mensagem.

► Exemplo de interpretação:

Voltando à frase “Jorge era infeliz quando fumava”, a interpretação permite deduzir que Jorge provavelmente parou de fumar e, com isso, encontrou a felicidade. Essa conclusão não está diretamente expressa, mas é sugerida pelo contexto e pelas implicações da frase.

Em resumo, a compreensão é o entendimento do que está no texto, enquanto a interpretação é a habilidade de extrair do texto o que ele não diz diretamente, mas sugere. Enquanto a compreensão requer uma leitura atenta e literal, a interpretação exige uma leitura crítica e analítica, na qual o leitor deve conectar ideias, fazer inferências e até questionar as intenções do autor.

Ter consciência dessas diferenças é fundamental para o sucesso em provas que avaliam a capacidade de lidar com textos, pois, muitas vezes, as questões irão exigir que o candidato saiba

identificar informações explícitas e, em outras ocasiões, que ele demonstre a capacidade de interpretar significados mais profundos e complexos.

TIPOS DE LINGUAGEM

Para uma interpretação de textos eficaz, é fundamental entender os diferentes tipos de linguagem que podem ser empregados em um texto. Conhecer essas formas de expressão ajuda a identificar nuances e significados, o que torna a leitura e a interpretação mais precisas. Há três principais tipos de linguagem que costumam ser abordados nos estudos de Língua Portuguesa: a linguagem verbal, a linguagem não-verbal e a linguagem mista (ou híbrida).

► Linguagem Verbal

A linguagem verbal é aquela que utiliza as palavras como principal meio de comunicação. Pode ser apresentada de forma escrita ou oral, e é a mais comum nas interações humanas. É por meio da linguagem verbal que expressamos ideias, emoções, pensamentos e informações.

Exemplos:

- Um texto de livro, um artigo de jornal ou uma conversa entre duas pessoas são exemplos de linguagem verbal.
- Quando um autor escreve um poema, um romance ou uma carta, ele está utilizando a linguagem verbal para transmitir sua mensagem.

Na interpretação de textos, a linguagem verbal é a que oferece o conteúdo explícito para compreensão e análise. Portanto, ao se deparar com um texto em uma prova, é a partir da linguagem verbal que se começa o processo de interpretação, analisando as palavras, as estruturas frasais e a coesão do discurso.

► Linguagem Não-Verbal

A linguagem não-verbal é aquela que se comunica sem o uso de palavras. Ela faz uso de elementos visuais, como imagens, cores, símbolos, gestos, expressões faciais e sinais, para transmitir mensagens e informações. Esse tipo de linguagem é extremamente importante em nosso cotidiano, já que muitas vezes as imagens ou os gestos conseguem expressar significados que palavras não conseguem capturar com a mesma eficiência.

Exemplos:

- Uma placa de trânsito que indica “pare” por meio de uma cor vermelha e um formato específico.
- As expressões faciais e gestos durante uma conversa ou em um filme.

- Uma pintura, um logotipo ou uma fotografia que transmitem sentimentos, ideias ou informações sem o uso de palavras.

No contexto de interpretação, a linguagem não-verbal exige do leitor uma capacidade de decodificar mensagens que não estão escritas. Por exemplo, em uma prova que apresenta uma charge ou uma propaganda, será necessário interpretar os elementos visuais para compreender a mensagem que o autor deseja transmitir.

► Linguagem Mista (ou Híbrida)

A linguagem mista é a combinação da linguagem verbal e da linguagem não-verbal, ou seja, utiliza tanto palavras quanto imagens para se comunicar. Esse tipo de linguagem é amplamente utilizado em nosso dia a dia, pois permite a transmissão de mensagens de forma mais completa, já que se vale das características de ambas as linguagens.

Exemplos:

- Histórias em quadrinhos, que utilizam desenhos (linguagem não-verbal) e balões de fala (linguagem verbal) para narrar a história.
- Cartazes publicitários que unem imagens e slogans para atrair a atenção e transmitir uma mensagem ao público.
- As apresentações de slides que combinam texto e imagens para tornar a explicação mais clara e interessante.

A linguagem mista exige do leitor uma capacidade de integrar informações provenientes de diferentes fontes para construir o sentido global da mensagem. Em uma prova, por exemplo, é comum encontrar questões que apresentam textos e imagens juntos, exigindo que o candidato compreenda a interação entre a linguagem verbal e não-verbal para interpretar corretamente o conteúdo.

INTERTEXTUALIDADE

A intertextualidade é um conceito fundamental para quem deseja compreender e interpretar textos de maneira aprofundada. Trata-se do diálogo que um texto estabelece com outros textos, ou seja, a intertextualidade ocorre quando um texto faz referência, de maneira explícita ou implícita, a outro texto já existente. Esse fenômeno é comum na literatura, na publicidade, no jornalismo e em diversos outros tipos de comunicação.

► Definição de Intertextualidade

Intertextualidade é o processo pelo qual um texto se relaciona com outro, estabelecendo uma rede de significados que enriquece a interpretação. Ao fazer referência a outro texto, o autor cria um elo que pode servir para reforçar ideias, criticar, ironizar ou até prestar uma homenagem. Essa relação entre textos pode ocorrer de várias formas e em diferentes graus de intensidade, dependendo de como o autor escolhe incorporar ou dialogar com o texto de origem.

O conceito de intertextualidade sugere que nenhum texto é completamente original, pois todos se alimentam de outros textos e discursos que já existem, criando um jogo de influências,

inspirações e referências. Portanto, a compreensão de um texto muitas vezes se amplia quando reconhecemos as conexões intertextuais que ele estabelece.

► Tipos de Intertextualidade

A intertextualidade pode ocorrer de diferentes formas. Aqui estão os principais tipos que você deve conhecer:

- **Citação:** É a forma mais explícita de intertextualidade. Ocorre quando um autor incorpora, de forma literal, uma passagem de outro texto em sua obra, geralmente colocando a citação entre aspas ou destacando-a de alguma maneira.
- **Exemplo:** Em um artigo científico, ao citar um trecho de uma obra de um pesquisador renomado, o autor está utilizando a intertextualidade por meio da citação.
- **Paráfrase:** Trata-se da reescrita de um texto ou trecho de forma diferente, utilizando outras palavras, mas mantendo o mesmo conteúdo ou ideia central do original. A paráfrase respeita o sentido do texto base, mas o reinterpreta de forma nova.
- **Exemplo:** Um estudante que lê um poema de Carlos Drummond de Andrade e reescreve os versos com suas próprias palavras está fazendo uma paráfrase do texto original.
- **Paródia:** Nesse tipo de intertextualidade, o autor faz uso de um texto conhecido para criar um novo texto, mas com o objetivo de provocar humor, crítica ou ironia. A paródia modifica o texto original, subvertendo seu sentido ou adaptando-o a uma nova realidade.
- **Exemplo:** Uma música popular que é reescrita com uma nova letra para criticar um evento político recente é um caso de paródia.
- **Alusão:** A alusão é uma referência indireta a outro texto ou obra. Não é citada diretamente, mas há indícios claros que levam o leitor a perceber a relação com o texto original.
- **Exemplo:** Ao dizer que “este é o doce momento da maçã”, um texto faz alusão à narrativa bíblica de Adão e Eva, sem mencionar explicitamente a história.

- **Pastiche:** É um tipo de intertextualidade que imita o estilo ou a forma de outro autor ou obra, mas sem a intenção crítica ou irônica que caracteriza a paródia. Pode ser uma homenagem ou uma maneira de incorporar elementos de uma obra anterior em um novo contexto.

- **Exemplo:** Um romance que adota o estilo narrativo de um clássico literário como “Dom Quixote” ou “A Divina Comédia” para contar uma história contemporânea.

► A Função da Intertextualidade

A intertextualidade enriquece a leitura, pois permite que o leitor estabeleça conexões e compreenda melhor as intenções do autor. Ao perceber a referência a outro texto, o leitor amplia seu entendimento e aprecia o novo sentido que surge dessa relação. Além disso, a intertextualidade contribui para criar

NOÇÕES DE INFORMÁTICA

SISTEMA OPERACIONAL WINDOWS 10: CONCEITOS BÁSICOS DO WINDOWS; USO DE JANELAS, MENUS, BARRA DE TAREFAS E ÁREA DE TRABALHO; GERENCIAMENTO DE ARQUIVOS E PASTAS: LOCALIZAÇÃO, CRIAÇÃO, CÓPIA, MOVIMENTAÇÃO E EXCLUSÃO; COMPARTILHAMENTO DE ARQUIVOS E UTILIZAÇÃO DA ÁREA DE TRANSFERÊNCIA; CONFIGURAÇÕES ESSENCIAIS: RESOLUÇÃO DE TELA, CORES, FONTES E IMPRESSORAS; WINDOWS EXPLORER

Windows 10

O Windows 10 é um sistema operacional desenvolvido pela Microsoft, parte da família de sistemas operacionais Windows NT. Lançado em julho de 2015, ele sucedeu o Windows 8.1 e trouxe uma série de melhorias e novidades, como o retorno do Menu Iniciar, a assistente virtual Cortana, o navegador Microsoft Edge e a funcionalidade de múltiplas áreas de trabalho. Projetado para ser rápido e seguro, o Windows 10 é compatível com uma ampla gama de dispositivos, desde PCs e tablets até o Xbox e dispositivos IoT.

Principais Características e Novidades

- **Menu Iniciar:** O Menu Iniciar, ausente no Windows 8, retorna com melhorias no Windows 10. Ele combina os blocos dinâmicos (tiles) do Windows 8 com o design tradicional do Windows 7, permitindo fácil acesso a programas, configurações e documentos recentes.
- **Assistente Virtual Cortana:** A Cortana é uma assistente digital que permite realizar tarefas por comandos de voz, como enviar e-mails, configurar alarmes e pesquisar na web. Este recurso é similar ao Siri da Apple e ao Google Assistant.
- **Microsoft Edge:** O navegador Edge substituiu o Internet Explorer no Windows 10. Ele é mais rápido e seguro, oferecendo recursos como anotações em páginas web e integração com a Cortana para pesquisas rápidas.
- **Múltiplas Áreas de Trabalho:** Esse recurso permite criar várias áreas de trabalho para organizar melhor as tarefas e aplicativos abertos, sendo útil para multitarefas ou organização de projetos.

Instalação do Windows

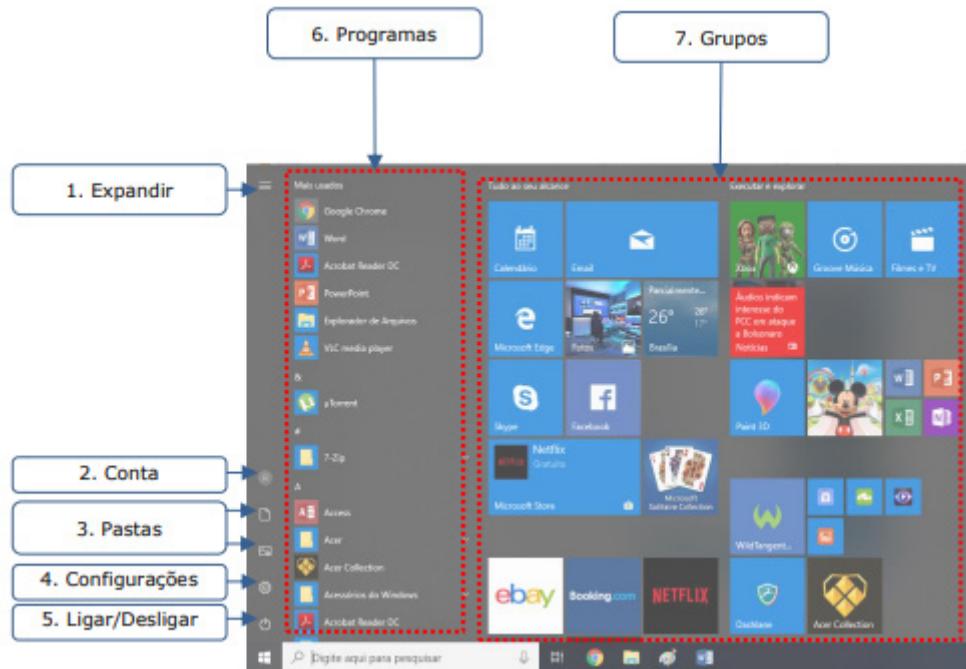
- Baixe a ferramenta de criação de mídia no site da Microsoft.
- Use-a para criar um pendrive bootável com a ISO do Windows.
- Reinicie o PC e entre na BIOS/UEFI para priorizar o boot pelo pendrive.
- Na instalação, selecione idioma e versão, depois a partição (formate se necessário).
- Crie um usuário e siga os passos da configuração inicial.
- Após finalizar, o Windows estará pronto para uso.

AMOSTRA

,Operações de iniciar, reiniciar, desligar, login, logoff, bloquear e desbloquear

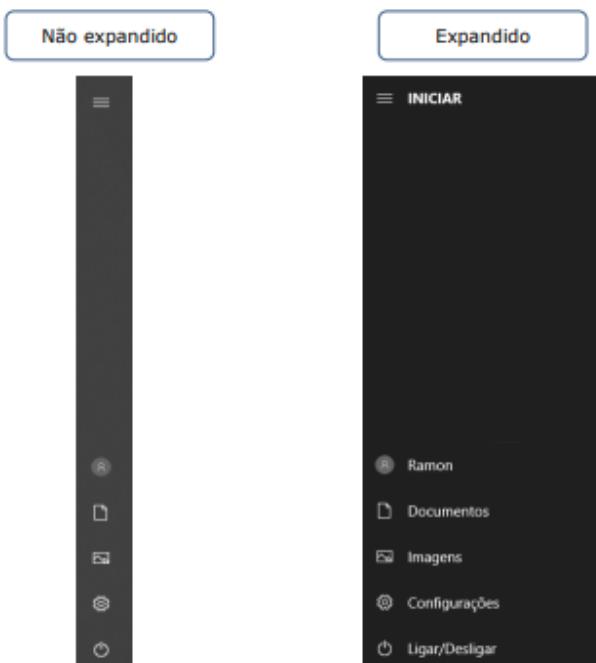
Botão Iniciar

O Botão Iniciar dá acesso aos programas instalados no computador, abrindo o Menu Iniciar que funciona como um centro de comando do PC.



Menu Iniciar

Expandir: botão utilizado para expandir os itens do menu.



Botão Expandir

LEGISLAÇÃO DO SUS

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL: DA SAÚDE (ART. 196 AO 200)

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988

(...)

SEÇÃO II DA SAÚDE

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

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

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (Vide ADPF 672)

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

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

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento); (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se referem os arts. 155 e 156-A e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, I, "a", e II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 132,

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se referem os arts. 156 e 156-A e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, I, "b", e § 3º. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 132, de 2023)

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

I - os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

IV - (revogado) . (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)

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

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 63, de 2010) Regulamento

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

§ 7º O vencimento dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias fica sob responsabilidade da União, e cabe aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios estabelecer, além de outros consectários e vantagens, incentivos, auxílios, gratificações e indenizações, a fim de valorizar o trabalho desses profissionais. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 120, de 2022)

AMOSTRA

§ 8º Os recursos destinados ao pagamento do vencimento dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias serão consignados no orçamento geral da União com dotação própria e exclusiva. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 120, de 2022)

§ 9º O vencimento dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias não será inferior a 2 (dois) salários mínimos, repassados pela União aos Municípios, aos Estados e ao Distrito Federal. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 120, de 2022)

§ 10. Os agentes comunitários de saúde e os agentes de combate às endemias terão também, em razão dos riscos inerentes às funções desempenhadas, aposentadoria especial e, somado aos seus vencimentos, adicional de insalubridade. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 120, de 2022)

§ 11. Os recursos financeiros repassados pela União aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para pagamento do vencimento ou de qualquer outra vantagem dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias não serão objeto de inclusão no cálculo para fins do limite de despesa com pessoal. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 120, de 2022)

§ 12. Lei federal instituirá pisos salariais profissionais nacionais para o enfermeiro, o técnico de enfermagem, o auxiliar de enfermagem e a parteira, a serem observados por pessoas jurídicas de direito público e de direito privado. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 124, de 2022)

§ 13. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, até o final do exercício financeiro em que for publicada a lei de que trata o § 12 deste artigo, adequarão a remuneração dos cargos ou dos respectivos planos de carreiras, quando houver, de modo a atender aos pisos estabelecidos para cada categoria profissional. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 124, de 2022)

§ 14. Compete à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios e às entidades filantrópicas, bem como aos prestadores de serviços contratualizados que atendam, no mínimo, 60% (sessenta por cento) de seus pacientes pelo sistema único de saúde, para o cumprimento dos pisos salariais de que trata o § 12 deste artigo. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 127, de 2022)

§ 15. Os recursos federais destinados aos pagamentos da assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios e às entidades filantrópicas, bem como aos prestadores de serviços contratualizados que atendam, no mínimo, 60% (sessenta por cento) de seus pacientes pelo sistema único de saúde, para o cumprimento dos pisos salariais de que trata o § 12 deste artigo serão consignados no orçamento geral da União com dotação própria e exclusiva. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 127, de 2022)

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

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

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

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

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

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

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

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

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

V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 85, de 2015)

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

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

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

(...)

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS, INCLUINDO UNIVERSALIDADE, INTEGRALIDADE, EQUIDADE, DESCENTRALIZAÇÃO, REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO; LEI Nº 8.080/1990: ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E SUAS ATRIBUIÇÕES; LEI Nº 8.142/1990: PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NA GESTÃO DO SUS E TRANSFERÊNCIAS INTERGOVERNAMENTAIS DE RECURSOS FINANCEIROS; CONTROLE SOCIAL DO SUS: CONFERÊNCIAS, CONSELHOS DE SAÚDE E PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA

O Sistema Único de Saúde (SUS) é reconhecido como um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo. Criado pela Constituição Federal de 1988, o SUS tem como base o princípio de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Esse marco legal estabeleceu um modelo que visa garantir o acesso universal e gratuito a serviços de saúde, abrangendo desde a atenção básica até procedimentos de alta complexidade.

No entanto, garantir que um sistema dessa magnitude funcione de maneira eficiente não é uma tarefa simples. A gestão do SUS envolve a coordenação de milhares de unidades de saúde, a administração de grandes volumes de recursos financeiros e humanos, além de lidar com as demandas e necessidades de uma população diversa e extensa como a brasileira. Para isso, é essencial que os princípios e diretrizes do sistema sejam observados com rigor, permitindo que a saúde pública atenda

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Evolução das Políticas de Saúde no Brasil e Marcos Históricos do Sistema Único de Saúde (SUS)

O Período Pré-1930 – Saneamento e as Revoltas da Saúde

No início do século XX, a saúde no Brasil era tratada como uma questão de polícia e de economia, não de direito social. O país era predominantemente agrário-exportador e sofria com epidemias de febre amarela, varíola e peste bubônica, que assolavam os portos e afugentavam o comércio exterior. O Estado intervinha apenas quando a doença ameaçava o fluxo de mercadorias ou a mão de obra.

O Modelo Sanitarista-Campanhista e Oswaldo Cruz

Nesta fase, as ações de saúde eram focadas no **Saneamento dos Portos** e das grandes capitais, especialmente o Rio de Janeiro. Sob a liderança do médico e sanitarista **Oswaldo Cruz**, o governo adotou um modelo de “Campanhas Sanitárias”. Esse modelo era autoritário e militarizado: brigadas sanitárias entravam nas casas à força para desinfecção e combate aos focos de mosquitos.

O marco deste autoritarismo foi a **Revolta da Vacina (1904)**. Diante da obrigatoriedade da vacinação contra a varíola, imposta sem qualquer diálogo ou educação em saúde, a população — já sofria com as reformas urbanas que destruíam cortiços — rebelou-se violentamente. Esse episódio ilustra como a saúde pública era vista como uma intervenção estatal sobre o corpo do cidadão, desprovida de qualquer noção de cidadania.

A Lei Eloy Chaves (1923): O Embrião da Previdência

Enquanto o Estado cuidava do saneamento para as massas, surgia uma nova demanda: a proteção social para os trabalhadores das indústrias e ferrovias. Em 24 de janeiro de 1923, foi promulgada a **Lei Eloy Chaves**, considerada o marco inicial da Previdência Social no Brasil.

Esta lei criou as **CAPs (Caixas de Aposentadoria e Pensões)**. É fundamental entender que as CAPs eram organizadas por **empresa**: os trabalhadores de uma determinada ferrovia, por exemplo, criavam sua própria caixa. O financiamento era bipartite (trabalhador e empresa), e os benefícios — que incluíam assistência médica básica — eram restritos apenas àqueles que contribuíam.

A Dualidade Assistencial: Saúde Pública vs. Previdência

Neste período, consolidou-se uma divisão que duraria décadas no Brasil e que o SUS viria a combater:

Saúde Pública (Estado): Focada em ações coletivas, controle de epidemias, vacinação e saneamento. Era voltada para a “massa”, os despossuídos e os portadores de doenças infectocontagiosas (como a lepra e a tuberculose).

Assistência Médica (Previdência): Focada no indivíduo, curativa e hospitalar. Era restrita aos trabalhadores formais (“cidadãos regulados”). Quem não tinha carteira assinada dependia da caridade das **Santas Casas de Misericórdia**, instituições filantrópicas que supriam a ausência do Estado no atendimento aos pobres.

A saúde no período pré-1930 estava a serviço do modelo econômico. O interesse do Estado não era o bem-estar da população, mas sim garantir que o Brasil não fosse considerado um “porto sujo”, o que prejudicaria a exportação de café. A assistência médica era um privilégio vinculado ao contrato de trabalho, e não uma condição inerente ao ser humano. Essa lógica de exclusão plantou as sementes das desigualdades profundas que o movimento sanitário tentaria corrigir anos mais tarde.

A Era Vargas e o Modelo Previdenciário (1930 - 1964)

Com a Revolução de 1930, o Brasil passou por uma profunda reorganização administrativa. Getúlio Vargas percebeu que a fragmentação das antigas CAPs (organizadas por empresa) era ineficiente e politicamente fraca. O Estado assumiu o papel de mediador entre capital e trabalho, transformando a assistência médica e a previdência em instrumentos de cooptação da classe operária urbana.

A Criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (1930)

Pela primeira vez na história brasileira, a saúde ganhou um ministério próprio, embora compartilhado com a educação. Sob o comando de Francisco Campos, o foco inicial continuou sendo o **Sanitarismo**, mas agora com uma estrutura estatal mais robusta para combater as grandes endemias rurais e urbanas. Contudo, a assistência médica curativa (médicos e hospitais) permanecia desvinculada deste ministério, ficando sob a responsabilidade do setor previdenciário.

A Transição das CAPs para os IAPs

A grande mudança de Vargas foi a substituição das CAPs (por empresa) pelos **IAPs (Institutos de Aposentadoria e Pensões)**, organizados por **categorias profissionais**. Surgiram, então, grandes institutos nacionais:

IAPC (Comerciários)

IAPI (Industriários)

IAPB (Bancários)

IAPM (Marítimos)

Diferente das CAPs, os IAPs eram autarquias federais. Isso significava que o governo agora controlava os fundos previdenciários. O financiamento passou a ser **tripartite**: contribuição do empregado, do empregador e do Estado.

O “Cidadão Regulado” e a Exclusão Social

O modelo dos IAPs consolidou o que a literatura chama de **Cidadania Regulada**. O acesso à saúde e à proteção social não era um direito de todos os brasileiros, mas um privilégio de quem possuía uma profissão reconhecida pelo Estado (carteira assinada).

Essa estrutura criou uma hierarquia na saúde:

- **Trabalhadores de Categorias Fortes:** Bancários e industriários tinham hospitais próprios, melhores serviços e maiores benefícios.

- **Trabalhadores Informais e Rurais:** Permaneciam totalmente excluídos do sistema previdenciário, dependendo exclusivamente da caridade (Santas Casas) ou das limitadas ações de saúde pública do Ministério.

- **Unificação Previdenciária:** Esse processo culminou, mais tarde (1960), na Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que tentou uniformizar os benefícios, mas ainda mantendo a exclusão de quem não contribuía.

O Ministério da Saúde (1953)

Em 1953, a saúde finalmente se desvinculou da educação com a criação do **Ministério da Saúde**. No entanto, ele nasceu “esvaziado”. Enquanto o Ministério cuidava das campanhas de vacinação, controle de mosquitos e saneamento no interior, o **grande volume de recursos financeiros** para hospitais e consultas médicas permanecia dentro do sistema previdenciário (IAPs). Essa dicotomia entre “saúde pública” e “assistência médica” gerava uma duplidade de gastos e uma assistência fragmentada.

O modelo de saúde da Era Vargas foi fundamental para a urbanização do Brasil, mas nasceu sob a marca da desigualdade. A saúde era tratada como uma mercadoria ou uma recompensa pelo trabalho formal. O Estado não via o cidadão, via o “contribuinte”. Esse cenário preparou o terreno para o crescimento do setor privado, já que os institutos, muitas vezes, preferiam comprar serviços de hospitais particulares em vez de construir redes próprias, uma lógica que se intensificaria no período militar.

O Regime Militar e a Crise do Milagre (1964 - 1985)

Durante o Regime Militar, a lógica da saúde seguiu o modelo de desenvolvimento econômico do país: tecnocrático, centralizador e voltado para a eficácia imediata. A saúde passou a ser vista menos como uma questão social e mais como um setor de prestação de serviços, onde o Estado financiava e o setor privado crescia exponencialmente.

A Unificação: Do INPS ao INAMPS

Em 1966, o governo unificou todos os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) em um único órgão: o **INPS (Instituto Nacional de Previdência Social)**. O objetivo era centralizar os recursos e racionalizar a gestão. Em 1977, houve

de Previdência e Assistência Social), onde a saúde foi separada na figura do **INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social)**.

O INAMPS tornou-se o grande gigante da saúde brasileira. Ele não fazia saúde pública (prevenção); ele comprava consultas e internações. O foco era estritamente **hospitalocêntrico** (dentro do hospital) e **curativo** (foco na doença instalada).

O Subsídio ao Setor Privado e o Modelo Médico-Industrial

O Regime Militar estimulou o setor privado de saúde. Em vez de construir hospitais públicos, o INAMPS contratava serviços de hospitais particulares e remunerava por unidade de serviço (pagamento por procedimento).

- **Consequência:** Isso gerou um incentivo à realização de exames e cirurgias desnecessárias, pois quanto mais procedimentos eram feitos, mais o setor privado recebia do Estado.

- **A Indústria Farmacêutica:** O Brasil tornou-se um grande mercado para multinacionais de medicamentos e equipamentos médicos, consolidando o que chamamos de Complexo Médico-Industrial.

O Surgimento do Movimento da Reforma Sanitária

Em meados da década de 70, o “Milagre Econômico” começou a dar sinais de esgotamento. As desigualdades sociais aumentaram e indicadores de saúde, como a mortalidade infantil, pioraram. Nesse contexto, surgiu o **Movimento da Reforma Sanitária**, composto por acadêmicos, profissionais de saúde e movimentos sociais.

- Instituições como o **CEBES** (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) e a **ABRASCO** (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) começaram a formular críticas profundas:
- Denunciavam que a saúde da previdência era corrupta e ineficiente.
- Defendiam que a saúde deveria ser um **Direito de Cidadania** e não um benefício de quem tinha carteira assinada.
- Criaram o slogan: “Saúde é Democracia”.

As Ações Integradas de Saúde (AIS)

Já no fim do regime, diante da crise financeira do INAMPS e das pressões sociais, surgiram as primeiras tentativas de integração entre a assistência médica e a saúde pública. As **AIS (Ações Integradas de Saúde)** foram convênios que permitiram que os recursos do INAMPS fossem usados em postos de saúde estaduais e municipais. Foi o primeiro ensaio prático de descentralização e integração que veríamos no SUS.

O período militar deixou como legado uma rede hospitalar privada muito forte e um sistema público sucateado. No entanto, a própria crise desse modelo — que era caro, centrado na doença e excluente — foi o que uniu a sociedade brasileira no desejo de criar algo novo. A ideia de que “Saúde não é mercadoria” nasceu como um grito de resistência contra a lógica do INAMPS, pavimentando o caminho para a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde.