



# LEGISLAÇÃO DO SUS

COMENTADA E ESQUEMATIZADA

  
SANAR



# LEGISLAÇÃO DO SUS

COMENTADA E ESQUEMATIZADA

*Coordenadora e Autora*  
**Natale Oliveira de Souza**

*Autoras*  
**Jakeline Borges**  
**Yara Cardoso Coletto**

**SANAR** 

2019

© Todos os direitos autorais desta obra são reservados e protegidos à Editora Sanar Ltda. pela Lei no 9.610, de 19 de Fevereiro de 1998. É proibida a duplicação ou reprodução deste volume ou qualquer parte deste livro, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, gravação, fotocópia ou outros), essas proibições aplicam-se também à edição da obra, bem como às suas características gráficas, sem permissão expressa da Editora.

**Título** | Legislação do SUS: Comentada e Esquematizada - 3ª Ed.

**Editora** | Nalu Gusmão

**Diagramação** | Iane Fadigas

**Capa** | Wesley Azevedo

**Copidesque** | Natália Castro

**Conselho Editorial** | Caio Vinicius Menezes Nunes

Itaciara Lazorra Nunes

Paulo Costa Lima

Sandra de Quadros Uzêda

Silvio José Albergaria da Silva

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

L514 Legislação do SUS: esquematizada e comentada / Natale Oliveira de Souza, coordenação. – 3. ed. – Salvador : SANAR, 2019.  
630 p. ; 17x24 cm.  
ISBN 978-85-5462-169-8  
1. Sistema Único de Saúde (Brasil) - Legislação. 2. Saúde pública - Brasil.  
I. Souza, Natale Oliveira de, coord. II. Título: Esquematizada e comentada

CDU: 614(81)

Elaboração: Fábio Andrade Gomes - CRB-5/1513

**Editora Sanar Ltda.**

Rua Alceu Amoroso Lima, 172 - Caminho das Árvores

Edifício Salvador Office & Pool

CEP 41820-770 - Salvador-BA

Telefone: 71 3497-7689

atendimento@editorasanmar.com.br

www.editorasanmar.com.br

**SANAR** 

# AUTORAS

## **NATALE OLIVEIRA DE SOUZA**

### **Coordenadora**

Enfermeira obstétrica, graduada pela UEFS em 1998, pós graduada em Gestão em Saúde, Saúde Pública, Urgência e Emergência, Auditoria de Sistemas, Enfermagem do Trabalho e Direito Sanitário. Mestre em Saúde Coletiva pela UEFS. Atualmente atua como Coach, Mentora e Consultora/Professora na área de Concursos Públicos e Residências. Além de ser funcionária pública da Prefeitura Municipal de Salvador – Atenção Básica.

Conta com 16 aprovações em concursos e seleções públicas, dentre elas: Programa de Interiorização dos Profissionais de Saúde, lotada em Minas; Consultora do Programa Nacional de Controle da Dengue (OPAS), lotada em Brasília; Consultora Internacional do Programa Melhoria da Qualidade em Saúde pelo Banco Mundial, lotada em Salvador. Governo do estado da Bahia – SESAB, Prefeitura Municipal de Aracaju, Prefeitura Municipal de Salvador, Professora da Universidade Federal de Sergipe UFS, Governo do Estado de Sergipe (SAMU); Educadora/FIOCRUZ, dentre outros.

## **JAKELINE BORGES**

Pós-graduada em Enfermagem do Trabalho pelo Universidade Cândido Mendes (2016). Enfermeira graduada pela Faculdade de Ciências Humanas e Sociais/AGES de Paripiranga (2013). Atualmente atua como docente em cursos preparatórios para concursos e residências, tanto presenciais como online, além de produzir materiais didáticos nas áreas de: Enfermagem, Saúde Pública, Saúde Coletiva, Legislação do SUS e Epidemiologia. Autora de capítulo de livro, pela Editora Sanar: Políticas de Saúde, Legislação do SUS e Saúde Coletiva - 500 questões comentadas.

## **YARA CARDOSO COLETTI (CÁ CARDOSO)**

Graduada em Farmácia pela Universidade Federal de Farmácia (UNIFESP). Aperfeiçoamento em Atenção ao Câncer. Especialização em Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica. Pós-graduanda em Farmacologia Clínica. Atualmente é farmacêutica da Autarquia Hospitalar Municipal de São Paulo (AHM/SP). Experiência em Farmácia Clínica e Hospitalar.

# APRESENTAÇÃO

O sucesso deste livro me fez pensar que os concurseiros e futuros residentes mereceriam algo mais... algo que os fizesse não parar...

Então, para por em prática esta vontade, resolvi atualizar o livro em TODOS os seus capítulos e inserir novos TEMAS e ESQUEMAS, além de “trazer a beleza das cores” para o caminhar de vocês.

Espero que vocês gostem e que continuem caminhando nessa trilha da vida em busca do sucesso!

Abraços,

**Natale Oliveira de Souza**

**Cá Cardoso**

**Jakeline Borges**

# SUMÁRIO

## 11 TEORIA

- 13 **CAPÍTULO 01** - HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL
- 47 **CAPÍTULO 02** - CONSTITUIÇÃO FEDERAL 1988
- 67 **CAPÍTULO 03** - LEI ORGÂNICA DA SAÚDE 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990
- 113 **CAPÍTULO 04** - LEI ORGÂNICA DA SAÚDE 8.142/90, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990
- 125 **CAPÍTULO 05** - NORMAS OPERACIONAIS BÁSICAS DO SUS (NOBS/SUS)
- 137 **CAPÍTULO 06** - NORMAS OPERACIONAIS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE (NOAS/SUS)
- 145 **CAPÍTULO 07** - PORTARIA Nº 1.600, DE 7 DE JULHO DE 2011  
POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS
- 165 **CAPÍTULO 08** - LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001 - PROTEÇÃO E OS DIREITOS  
DAS PESSOAS PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS
- 175 **CAPÍTULO 09** - PORTARIA Nº 529 DE 1º DE ABRIL DE 2013  
PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE
- 187 **CAPÍTULO 10** - PORTARIA Nº 399, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006
- 197 **CAPÍTULO 11** - DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011
- 227 **CAPÍTULO 12** - RESOLUÇÃO Nº 453, DE 10 DE MAIO DE 2012
- 251 **CAPÍTULO 13** - LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012

- 287** | **CAPÍTULO 14** - PORTARIA Nº 2.446, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2014  
POLÍTICA NACIONAL DA PROMOÇÃO DA SAÚDE
- 319** | **CAPÍTULO 15** - PORTARIA Nº 2.436/17  
POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA
- 395** | **CAPÍTULO 16** - RESOLUÇÃO Nº 588, DE 12 DE JULHO DE 2018  
POLÍTICA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
- 431** | **CAPÍTULO 17** - PORTARIA Nº 930, DE 15 DE MAIO DE 2019  
PROGRAMA “SAÚDE NA HORA”
- 449** | **CAPÍTULO 18** - DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

**459** | **QUESTÕES**

**611** | **GLOSSÁRIO**

# HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Natale Oliveira de Souza

Neste capítulo, iremos mergulhar na História das Políticas de Saúde no Brasil, seus grandes protagonistas, os impasses e desafios enfrentados para chegamos ao atual sistema de saúde.

## 1. INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro é formado por um composto de ações e serviços fornecidos pelas três esferas de governo, da administração direta e indireta e da rede privada contratada ou conveniada em caráter complementar. Esse conjunto de recursos, configura uma das maiores políticas de saúde do mundo, o SUS – Sistema Único de Saúde, que além de universal, é igualitário e cem por cento INCLU-DENTE<sup>9</sup>.

Contudo nem sempre foi assim, cruzamos longos caminhos até chegarmos a um sistema de saúde igualitário e para todos. Podemos dizer que, somente a partir de 1988, com a promulgação da Constituição Federal e a inclusão dos artigos relacionados ao setor saúde, ocorreu a garantia de saúde para todos e a obrigação do Estado em prover condições para as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio do desenvolvimento de políticas sociais e econômicas<sup>9</sup>.

**A crise do sistema de saúde no Brasil apresenta-se na nossa atualidade podendo ser reconhecida por meio de acontecimentos divulgados pela mídia, tais como:**

Constantes filas de pacientes nos serviços de saúde;

Escassez de leitos hospitalares para atender a demanda da população;

Carência de recursos financeiros, materiais e humanos para manter os serviços de saúde operando com eficácia e eficiência;

Aumento de incidência e o ressurgimento de diversas doenças transmissíveis.



## Como examinar e entender esta realidade do setor de saúde no país?

Com a finalidade de analisar a realidade hoje existente é preciso saber quais são os determinantes históricos envolvidos neste processo. Da mesma maneira como nós somos resultado do nosso passado e da nossa história, o setor saúde do mesmo modo também sofreu as influências de todo o contexto político-social pelo qual o Brasil passou ao longo dos anos.

De acordo com Pollignano<sup>6</sup> para explorarmos a história das políticas de saúde no país é preciso o esclarecimento de antecedentes importantes, a saber:

### A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

Está relacionada diretamente a evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não sendo possível dissociá-los;

A lógica do processo evolutivo sempre obedeceu à ótica do avanço do capitalismo na sociedade brasileira, sofrendo a forte determinação do capitalismo a nível internacional;

A saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do estado brasileiro, sendo sempre deixada na periferia do sistema;

As ações de saúde propostas pelo governo sempre procuram incorporar os problemas de saúde que atingem grupos sociais importantes de regiões socioeconômicas igualmente importantes dentro da estrutura social vigente;

A conquista dos direitos sociais (saúde e previdência) tem sido sempre uma resultante do poder de luta, de organização e de reivindicação dos trabalhadores brasileiros;

Em virtude da falta de clareza e de uma definição em relação à política de saúde, a história da saúde permeia e se confunde com a história da previdência social no Brasil em determinados períodos.

Com a finalidade de compreensão acerca da organização das políticas de saúde no Brasil iremos diferenciar os períodos históricos em dois:



**PRÉ-CONSTITUINTE**



**PÓS-CONSTITUINTE**

É essencial conhecer o que tínhamos antes do SUS para que possamos julgá-lo, respeitá-lo e aprimorá-lo. É preciso saber um pouco da história das Políticas de Saúde no Brasil para entendermos por que o Sistema Único de Saúde simboliza uma vitória do povo brasileiro. Conforme<sup>3</sup> o conhecimento relativo a história das Políticas de Saúde no Brasil deve contribuir para não reproduzirmos o passado e para que sejamos capazes de avaliar, a cada momento, o que conseguimos de avanços, bem como as ainda existentes ameaças de retrocesso.

A partir de agora embarcaremos em uma viagem onde as estações são os períodos históricos.

## 2.1. SAÚDE NA COLÔNIA E NO IMPÉRIO:



Fonte: <http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br>

Quando os portugueses aqui chegaram, em 1500, encontraram uma população indígena, seminômade e pouco heterogênea em termos culturais e linguísticos – é claro que os índios já padeciam de algumas enfermidades, mas os problemas ficaram mais graves com a vinda dos colonizadores.<sup>4</sup>

Um país colonizado, basicamente por degredados e aventureiros desde o descobrimento até a instalação do império, não dispunha de nenhum modelo de atenção à saúde da população e nem mesmo o interesse, por parte do governo colonizador (Portugal), em criá-lo. Deste modo, a atenção à saúde limitava-se aos próprios recursos da terra (plantas, ervas) e, àqueles que, por conhecimentos empíricos (curandeiros), desenvolviam as suas habilidades na arte de curar<sup>6</sup>.

**Frisamos as seguintes características relativas as ações de saúde no Brasil Colônia:**



Fonte: <http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br>

### DOENÇAS

Castigo ou provação

PAJÉ

**PADRES JESUÍTAS**



**SANTA CASA DE MISERICÓRIDA**



Fonte: <http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br>



Fonte: <http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br>

**CURANDEIRISMO**



**FÍSICOS E CIRURGIÕES BARBEIROS**

A vinda da Corte Portuguesa para o Brasil em 1808 determinou mudanças na administração pública colonial, até mesmo na área da saúde. Como sede provisória do império português e principal porto do país, a cidade do Rio de Janeiro tornou-se centro das ações sanitárias. Era necessário, então, criar rapidamente centros de formação de médicos, que até então eram quase inexistentes em razão, em parte, da proibição de ensino superior nas colônias. Assim, por ordem real, foram fundadas as academias médico-cirúrgicas, no Rio de Janeiro e na Bahia, na primeira década do século XIX, logo transformadas nas duas primeiras escolas de medicina do país<sup>1</sup>.

**Com a chegada da família Real ao Brasil houve:**

- Mudança da capital de Salvador para o Rio de Janeiro;
- Limpeza do Rio de Janeiro de doenças;

- Criação do Ensino Cirúrgico;
- Início de políticas interventivas voltadas para a saúde (controle de epidemias).

A partir de 1828, as responsabilidades de saúde pública foram atribuídas às municipalidades. O serviço de Inspeção de Saúde dos Portos passou para a esfera do Ministério do Império e, com os casos de febre amarela no Rio de Janeiro, foi criada, em 1850, **a junta de Higiene Pública**<sup>6</sup>.

Até 1850, as atividades de saúde pública estavam limitadas:

Delegação das atribuições sanitárias às juntas municipais;

Controle de navios e saúde dos portos.

Verifica-se que o interesse primordial estava limitado ao estabelecimento de um controle sanitário mínimo da capital do império, tendência que se alongou por quase um século.



Fonte: [www.colegioweb.com.br](http://www.colegioweb.com.br)

## TOME NOTA!

O tipo de organização política do império era de um regime de governo unitário e centralizador, e que era incapaz de dar continuidade e eficiência na transmissão e execução a distância das determinações emanadas dos comandos centrais<sup>6</sup>.

## DICA DA AUTORA

Neste período, não era o conjunto de problemas de saúde da população que demandavam ações de saúde, e sim aqueles que estavam diretamente ligados ao interesse ECONÔMICO! Emerge o modelo assistencial SANITARISTA/CAMPANHISTA, considerado o primeiro modelo de atenção no Brasil. As suas ações eram voltadas para grupos específicos e ações pontuais.

# HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Natale Oliveira de Souza

**1. (EBSERH - CESPE - 2018)** Em relação à evolução histórica da saúde no Brasil, julgue o item a seguir.

O plano de descentralização da saúde do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária, de 1982, resultou da adoção das ações integradas de saúde (AIS) para fortalecer o atendimento previdenciário da época.

( ) CERTO. ( ) ERRADO.

GRAU DE DIFICULDADE: ●●○

**Dica da Autora:** Para responder essa questão é necessário o conhecimento sobre a evolução histórica das políticas de saúde no Brasil, especialmente a partir da criação do CONASP, em 1982/83.

**RESOLUÇÃO:** O enunciado do texto traz uma inversão no que diz respeito à decorrência, ao afirmar que o CONASP decorre das AIS (Ações Integradas em Saúde), quando na verdade, estas decorrem do plano de redefinição democratizante de uma política racionalizadora que passou a ter mais espaço com o avanço das lutas democráticas, após a criação do CONASP

**RESPOSTA: INCORRETA.**

**2. (PREF. DE NATAL/RN – COMPERVE - 2018)** A Constituição Federal de 1988 incluiu, no capítulo da seguridade social, a saúde como direito de todos e dever do Estado, fundamentando a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS passa a ser o principal norteador na condução das políticas de saúde do Brasil, incorporando o conceito ampliado de saúde e entendendo a saúde como cidadania. A partir de então, as políticas públicas de saúde no Brasil:

- Ⓐ Priorizam a assistência nas unidades de atenção primária em saúde que, na rede de atenção à saúde, estão concentradas em locais específicos do território.
- Ⓑ Preconizam a realização de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, fundamentando-se na integralidade e priorizando as ações curativas.
- Ⓒ Garantem o acesso universal aos serviços de saúde realizados nas Unidades Básicas e o atendimento para serviços de alta complexidade através da saúde suplementar.
- Ⓓ Baseiam-se na justiça social para superar as desigualdades na assistência e garantem o acesso gratuito aos serviços públicos de saúde.

GRAU DE DIFICULDADE: ● ○ ○

**Dica da Autora:** Faz-se necessário que o candidato conheça as principais características das Políticas de Saúde no Brasil.

**Alternativa A: INCORRETA.** Não há priorização de assistência na atenção primária, mas por estar mais próxima da população, esta é considerada a porta de entrada do sistema, estando presente na maioria do território brasileiro.

**Alternativa B: INCORRETA.** Note que a alternativa começa de forma correta, mas ao final afirma que há uma priorização das ações curativas, quando na verdade, temos a priorização de ações preventivas, sem detrimento das curativas.

**Alternativa C: INCORRETA.** O atendimento nos serviços de alta complexidade, podem ser hierarquizados para a rede complementar ao SUS, em caráter de convênio.

**Alternativa D: CORRETA.** As políticas de saúde que vigoram no País, trazem em consonância com os ideais do SUS, o princípio da Equidade (Justiça Social), bem como a gratuidade dos serviços de atenção à Saúde.

# **GLOSSÁRIO**

LEGISLAÇÃO  
DO SUS

# GLOSSÁRIO

Jakeline Borges Reis dos Santos, Natale Oliveira de Souza e Yara Cardoso Coletto

## **1. Acolhimento:**

É uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH). Dispositivo tecno-assistencial permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. É exatamente nesse sentido, de ação de “estar com” ou “estar perto de”, que queremos afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS.

## **2. Apoio Matricial:**

Também chamado de matriciamento, é um modo de realizar a atenção em saúde de forma compartilhada com vistas à integralidade e à resolubilidade da atenção, por meio do trabalho interdisciplinar.

## **3. Alta Complexidade:**

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à Saúde (atenção básica e de média complexidade).

## **4. Ambiência:**

Ambiência na Saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana.

## **5. Atenção Básica:**

É o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem



promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

## **6. Atores sociais:**

Cidadãos (usuários, profissionais, gestores, etc.) ou agrupamentos (instituições, órgãos, comunidades, equipes de trabalho, etc.) que participam, organizadamente, da gestão, planejamento e monitoramento da Saúde Pública, interferindo técnica, política ou eticamente no processo participativo.

## **7. Avaliação:**

No âmbito do Sistema de Planejamento do SUS, é o processo que se inicia com a implementação do Plano de Saúde e que se encerra findo o período de vigência do Plano (quatro anos). Esse processo destina-se, principalmente, a manter sob controle a execução do Plano de Saúde.

## **8. Bloco da assistência farmacêutica:**

Um dos cinco blocos de financiamento que, a partir da definição do Pacto pela Saúde, passaram a compor os recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços da Saúde.

## **9. Cartão Nacional de Saúde:**

Estabelece um sistema de identificação comum, integrando usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde.

## **10. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST):**

Serviços de saúde direcionados aos trabalhadores, implementados a partir dos anos 1980 na rede pública de saúde, com a proposta de prestar atenção integral, de assistência e vigilância dos agravos e das condições e ambientes de trabalho, além de desenvolver conhecimentos especializados na área e atividades educativas, com participação dos trabalhadores.

## **11. Centros de Atenção Psicossocial (Caps):**

São serviços de saúde mental de base territorial e comunitária do SUS, referenciais no tratamento das pessoas que sofrem com transtornos mentais (psicoses, neuroses graves e demais quadros), cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência em um dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado