

PB SAÚDE

FUNDAÇÃO PARAIBANA DE GESTÃO
EM SAÚDE

Técnico de Enfermagem

EDITAL Nº 04/2024, DE 11 DE SETEMBRO DE 2024

CÓD: SL-076ST-24
7908433262831

Língua Portuguesa

1. Fonologia: conceito; encontros vocálicos; dígrafos; divisão silábica	9
2. Ortoépia; prosódia.....	10
3. Acentuação	11
4. Ortografia	12
5. Morfologia: estrutura e formação das palavras.....	13
6. Classes de palavras	15
7. Sintaxe: termos da oração; período composto; conceito e classificação das orações.....	23
8. Concordância verbal e nominal	26
9. Regência verbal e nominal.....	27
10. Crase	30
11. Pontuação.....	30
12. Semântica: a significação das palavras no texto	32
13. Interpretação de texto.....	33

Legislação do SUS

1. Evolução histórica da organização do sistema de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) – princípios, diretrizes e arcabouço legal	43
2. Constituição Federal 1988, Título VIII - artigos de 194 a 200.....	46
3. Lei Orgânica da Saúde - Lei n.º 8.080/1990	49
4. Lei nº 8.142/1990	59
5. Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011.....	60
6. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)	64
7. Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023 Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde	86
8. Resolução CNS nº 553, de 9 de agosto de 2017, que dispõe sobre a carta dos direitos e deveres da pessoa usuária da saúde	91

Legislação da PB Saúde

1. Estatuto da PB Saúde - Decreto Nº 40.096 de 28 de fevereiro de 2020	99
2. Código de ética e conduta dos servidores e empregados públicos civis do poder executivo do estado Paraíba - Decreto Nº 44.504 de 05 de dezembro de 2023	109
3. Regimento Interno da PB Saúde - Aprovado na 1ª Reunião Ordinária do Conselho de Administração, realizada no dia 13 de novembro de 2020.....	113

Conhecimentos Específicos

Técnico de Enfermagem

1. Introdução à Saúde Pública: Definições e conceitos básicos em saúde pública; História da saúde pública	127
2. Papel dos técnicos de saúde pública na comunidade	130
3. Epidemiologia: Princípios de epidemiologia e estatísticas de saúde	134
4. Surto de doenças e investigação epidemiológica. Vigilância de doenças	139
5. Políticas de Saúde Pública: Estrutura e organização do sistema de saúde pública local	143
6. Legislação de saúde pública: Portarias e Leis do SUS	144
7. Políticas Públicas de Saúde e Pacto pela Saúde	159
8. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças: Estratégias para promover estilos de vida saudáveis	161
9. Prevenção de doenças crônicas	162
10. Educação em saúde comunitária	166
11. Atendimento Primário à Saúde: Modelo de atenção básica à saúde	167
12. Trabalho em equipe multidisciplinar	171
13. Acesso equitativo aos serviços de saúde	173
14. Administração de Serviços de Saúde Pública: Gestão de unidades de saúde pública; Gerenciamento de recursos humanos e orçamentário	174
15. Avaliação de programas de saúde	175
16. Saúde Materno-Infantil: Cuidados pré-natais e neonatais; Planejamento familiar e saúde reprodutiva; cuidados de saúde infantil	178
17. Doenças Transmissíveis: Controle de doenças infecciosas	201
18. Vacinação e imunização; Imunização: esquema básico recomendado pelo Ministério da Saúde; doenças preveníveis por imunização	210
19. Prevenção e controle de surtos	219
20. Emergências em Saúde Pública: Planejamento e resposta a desastres	220
21. Preparação para epidemias e pandemias; Coordenação de equipes de resposta	222
22. Fundamentos de enfermagem: sinais vitais, higiene e conforto, aspiração de secreções, mecânica corporal, terapêutica medicamentosa, pressão venosa central, oxigenioterapia, alimentação, hidratação, curativo, sondagens, drenagens, cuidados com as eliminações, balanço hidroeletrólítico, balanço hídrico, bandagem, glicosúria, glicemia capilar, coleta de material para exames laboratoriais; Medidas de conforto: a) Preparo do leito; b) Movimentação; c) Transporte e higiene do paciente; Coleta de exames; Administração de medicamentos: dosagens e aplicação	223
23. Cuidados de enfermagem ao adulto: afecções do sistema nervoso central, respiratório, gastrointestinal, cardiovascular, endócrino, esquelético, pré, trans e pós-operatório, urgências e emergências, terapia intensiva, hemodiálise	291
24. Cuidados de enfermagem à saúde da mulher, com ênfase à: prevenção do câncer colo-uterino e mama, doenças sexualmente transmissíveis e aids	293
25. Cuidados de enfermagem em pediatria: avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e adolescente, doenças prevalentes na infância (afecções respiratórias, diarreia, desidratação, desnutrição, verminose); distúrbios neurológicos, cardíacos, gástricos, nutricionais, esquelético, endócrino, doenças infectocontagiosas, terapia intensiva, urgências e emergências (parada cardíaca respiratória, mordeduras, fraturas, choque elétrico, queimaduras, envenenamento, convulsão, afogamento, hemorragias, coma)	301

ÍNDICE

26. Pré, trans e pós-operatório	304
27. Notificação compulsória	319
28. Cuidados de enfermagem na oncologia: princípios gerais; cuidados básicos na utilização das principais armas terapêuticas (cirurgia, radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia).....	322
29. Preparo e manuseio de materiais para procedimentos.....	328
30. Conhecimentos básicos inerentes às atividades do emprego	339

LÍNGUA PORTUGUESA

FONOLOGIA: CONCEITO; ENCONTROS VOCÁLICOS; DÍGRAFOS; DIVISÃO SILÁBICA

Muitas pessoas acham que fonética e fonologia são sinônimos. Mas, embora as duas pertençam a uma mesma área de estudo, elas são diferentes.

Fonética

Segundo o dicionário Houaiss, fonética “é o estudo dos sons da fala de uma língua”.

O que isso significa? A fonética é um ramo da Linguística que se dedica a analisar os sons de modo físico-articulador. Ou seja, ela se preocupa com o movimento dos lábios, a vibração das cordas vocais, a articulação e outros movimentos físicos, mas não tem interesse em saber do conteúdo daquilo que é falado.

A fonética utiliza o Alfabeto Fonético Internacional para representar cada som.

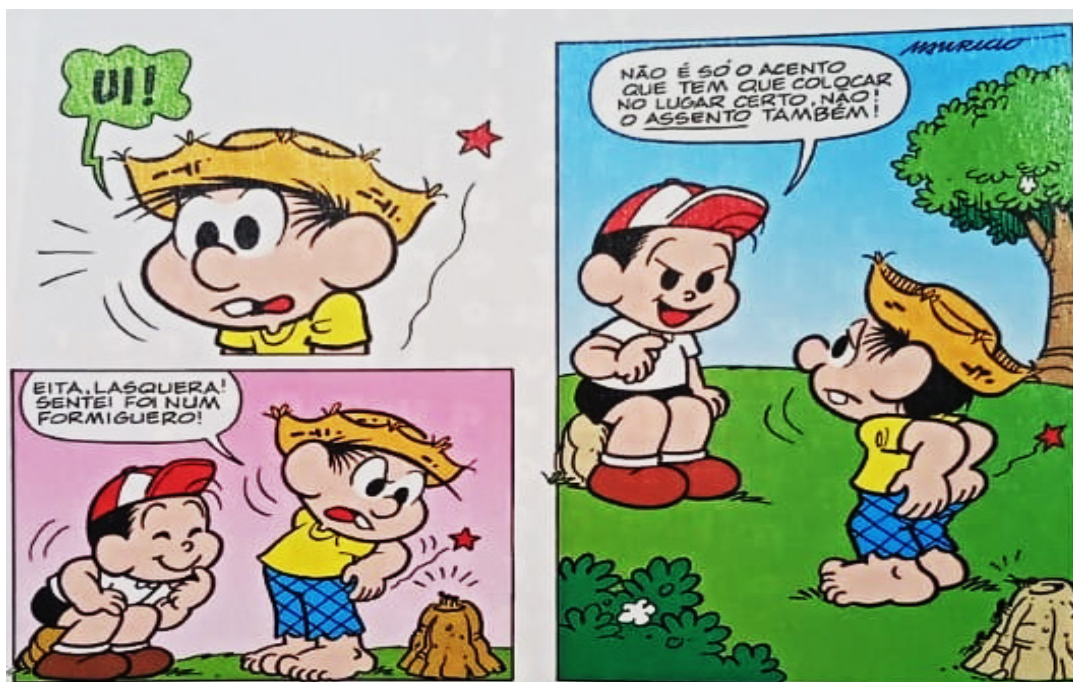
Sintetizando: a fonética estuda o movimento físico (da boca, lábios, língua...) que cada som faz, desconsiderando o significado desses sons.

Fonologia

A fonologia também é um ramo de estudo da Linguística, mas ela se preocupa em analisar a organização e a classificação dos sons, separando-os em unidades significativas. É responsabilidade da fonologia, também, cuidar de aspectos relativos à divisão silábica, à acentuação de palavras, à ortografia e à pronúncia.

Sintetizando: a fonologia estuda os sons, preocupando-se com o significado de cada um e não só com sua estrutura física.

Para ficar mais claro, leia os quadrinhos:



(Gibizinho da Mônica, nº73, p.73)

O humor da tirinha é construído por meio do emprego das palavras acento e assento. Sabemos que são palavras diferentes, com significados diferentes, mas a pronúncia é a mesma. Lembra que a fonética se preocupa com o som e representa ele por meio de um Alfabeto específico? Para a fonética, então, essas duas palavras seriam transcritas da seguinte forma:

Acento	asẽtu
Assento	asẽtu

Percebeu? A transcrição é idêntica, já que os sons também são. Já a fonologia analisa cada som com seu significado, portanto, é ela que faz a diferença de uma palavra para a outra.

Bom, agora que sabemos que fonética e fonologia são coisas diferentes, precisamos entender o que é fonema e letra.

Fonema: os fonemas são as menores unidades sonoras da fala. Atenção, estamos falando de menores unidades de som, não de sílabas. Observe a diferença: na palavra pato a primeira sílaba é pa-. Porém, o primeiro som é pê (P) e o segundo som é a (A).

Letra: as letras são as menores unidades gráfica de uma palavra.

Sintetizando: na palavra pato, pa- é a primeira sílaba; pê é o primeiro som; e P é a primeira letra.

Agora que já sabemos todas essas diferenciações, vamos entender melhor o que é e como se compõe uma sílaba.

Sílaba: A sílaba é um fonema ou conjunto de fonemas que é emitido em um só impulso de voz que tem como base uma vogal.

A sílabas são classificadas de dois modos:

Classificação quanto ao número de sílabas:

As palavras podem ser:

– Monossílabas: as que têm uma só sílaba (pé, pá, mão, boi, luz, é...)

– Dissílabas: as que têm duas sílabas (café, leite, noites, caí, bota, água...)

– Trissílabas: as que têm três sílabas (caneta, cabeça, saúde, circuito, boneca...)

– Polissílabas: as que têm quatro ou mais sílabas (casamento, jesuíta, irresponsabilidade, paralelepípedo...)

Classificação quanto à tonicidade

As palavras podem ser:

– Oxítonas: quando a sílaba tônica é a última (ca-**fé**, ma-ra-cu-**já**, ra-**paz**, u-ru-**bu**...)

– Paroxítonas: quando a sílaba tônica é a penúltima (**me**-sa, sa-bo-**ne**-te, **ré**-gua...)

– Proparoxítonas: quando a sílaba tônica é a antepenúltima (**sá**-ba-do, **tô**-ni-ca, his-**tó**-ri-co...)

Lembre-se que:

Tônica: a sílaba mais forte da palavra, que tem autonomia fonética.

Átona: a sílaba mais fraca da palavra, que não tem autonomia fonética.

Na palavra telefone: te-, le-, ne- são sílabas átonas, pois são mais fracas, enquanto que fo- é a sílaba tônica, já que é a pronunciada com mais força.

Agora que já sabemos essas classificações básicas, precisamos entender melhor como se dá a divisão silábica das palavras.

Divisão silábica

A divisão silábica é feita pela silabação das palavras, ou seja, pela pronúncia. Sempre que for escrever, use o hífen para separar uma sílaba da outra. Algumas regras devem ser seguidas neste processo:

Não se separa:

– Ditongo: encontro de uma vogal e uma semivogal na mesma sílaba (cau-le, gai-o-la, ba-lei-a...)

– Tritongo: encontro de uma semivogal, uma vogal e uma semivogal na mesma sílaba (Pa-ra-guai, quais-quer, a-ve-ri-guou...)

– Dígrafo: quando duas letras emitem um único som na palavra. Não separamos os dígrafos ch, lh, nh, gu e qu (fa-cha-da, co-lhei-ta, fro-nha, pe-guei...)

– Encontros consonantais inseparáveis: re-cla-mar, psi-có-lo-go, pa-trão...)

Deve-se separar:

– Hiatos: vogais que se encontram, mas estão em sílabas vizinhas (sa-ú-de, Sa-a-ra, ví-a-mos...)

– Os dígrafos rr, ss, sc, e xc (car-ro, pás-sa-ro, pis-ci-na, ex-ce-ção...)

– Encontros consonantais separáveis: in-fec-ção, mag-nó-lia, rit-mo...)

ORTOÉPIA; PROSÓDIA

Ligando-se diretamente à correta produção dos fonemas e à perfeita colocação do acento tônico nas palavras, existem duas partes da gramática que se preocupam com a pronúncia-padrão do português. São elas a ortoépia e a prosódia.

Ortoépia

É a correta articulação e pronúncia dos grupos fônicos, está relacionada com a perfeita emissão das vogais, a correta articulação das consoantes e a ligação de vocábulos dentro de contextos.

Os erros de ortoépia caracterizam a linguagem popular, ao articular uma palavra, os falantes normalmente obedecem à lei do menor esforço. Dessa forma, são comuns casos como: “róba” em vez de rouba, “alejar” em vez de aleijar, “adivogado” em vez de advogado.

Erros cometidos contra a ortoépia são chamados de **cacoépia**. Alguns exemplos:

– **pronunciar erradamente vogais quanto ao timbre** - pronúncia correta, timbre fechado (ê, ô): omelete, alcova, crosta; pronúncia errada, timbre aberto (é, ó): omelete, alcova, crosta.

– **omitir fonemas** - cantar/cantá, trabalhar/trabalhá, amor/amô, abóbora/abóbora, prostrar/prostar, reivindicar/revindicar.

– **acréscimo de fonemas** - pneu/peneu, freada/freiada, bandeja/bandeija.

– **substituição de fonemas** - cutia/cotia, cabeçalho/cabeçário, bueiro/boeiro.

– **troca de posição de um ou mais fonemas** - caderneta/carde-neta, bicarbonato/bicabornato, muçulmano/mulçumano.

– **nasalização de vogais** - sobrançelha/sombrancelha, mendigo/mendingo, bugiganga/bungiganga ou buginganga.

- **pronunciar a crase** - A aula iria acabar às cinco horas. / A aula iria acabar as cinco horas.

- **ligar as palavras na frase de forma incorreta** - A/ aula iria/ acabar/ as/ cinco horas. Forma correta: A aula/ iria acabar/ às cinco horas.

Prosódia

Está relacionada com a correta acentuação e entonação das palavras tomando como padrão a língua considerada culta. Sua principal preocupação é o conhecimento da sílaba tônica de uma palavra.

Cometer um erro de prosódia, por exemplo, é transformar uma palavra paroxítona (como **rubrica**) em proparoxítona (**rubrica**). Tais erros são chamados de **silabadas**.

Abaixo estão relacionados alguns exemplos de vocábulos que frequentemente geram dúvidas quanto à prosódia:

- **oxítonas** - Ex.: cateter, cister, condor, hangar, mister, negus, Nobel, novel, recém, refém, ruim, sutil, ureter.

- **paroxítonas** - Ex.: avaro, avito, barbárie, caracteres, cartomancia, ciclope, erudito, ibero, gratuito, ônix, poliglota, pudico, rubrica, tulipa.

- **proparoxítonas** - Ex.: aeródromo, alcoólatra, álibi, âmago, antídoto, elétrodo, lêvedo, protótipo, quadrúmano, vermífugo, zéfiro.

Há algumas palavras cujo acento prosódico é incerto, oscilante, mesmo na língua culta. Exemplos: acróbata/acrobata, Oceânia/Oceania, xerox/xérox e outras. Outras assumem significados diferentes, de acordo com a acentuação. Ex.: válido/válido, vivido/vívido.

ACENTUAÇÃO

— Definição

A acentuação gráfica consiste no emprego do acento nas palavras grafadas com a finalidade de estabelecer, com base nas regras da língua, a intensidade e/ou a sonoridade das palavras. Isso quer dizer que os acentos gráficos servem para indicar a sílaba tônica de uma palavra ou a pronúncia de uma vogal. De acordo com as regras gramaticais vigentes, são quatro os acentos existentes na língua portuguesa:

- **Acento agudo**: Indica que a sílaba tônica da palavra tem som aberto. Ex.: área, relógio, pássaro.

- **Acento circunflexo**: Empregado acima das vogais “a” e “o” para indicar sílaba tônica em vogal fechada. Ex.: acadêmico, âncora, avô.

- **Acento grave/crase**: Indica a junção da preposição “a” com o artigo “a”. Ex.: “Chegamos à casa”. Esse acento não indica sílaba tônica!

- **Til**: Sobre as vogais “a” e “o”, indica que a vogal de determinada palavra tem som nasal, e *nem sempre* recai sobre a sílaba tônica. Exemplo: a palavra *órfã* tem um acento agudo, que indica que a sílaba forte é “o” (ou seja, é acento tônico), e um **til** (˜), que indica que a pronúncia da vogal “a” é nasal, não oral. Outro exemplo semelhante é a palavra *bênção*.

— Monossílabas Tônicas e Átonas

Mesmo as palavras com apenas uma sílaba podem sofrer alteração de intensidade de voz na sua pronúncia. Exemplo: observe o substantivo masculino “dó” e a preposição “do” (contração da preposição “de” + artigo “o”). Ao comparar esses termos, percebermos que o primeiro soa mais forte que o segundo, ou seja, temos uma monossílabas tônica e uma átona, respectivamente. Diante de palavras monossílabas, a dica para identificar se é *tônica* (forte) ou *fraca átona* (fraca) é pronunciá-las em uma frase, como abaixo:

“Sinto grande dó ao vê-la sofrer.”
“Finalmente encontrei a chave do carro.”

Recebem acento gráfico:

– As monossílabas tônicas terminadas em: -a(s) → pá(s), má(s); -e(s) → pé(s), vê(s); -o(s) → só(s), pôs.

– As monossílabas tônicas formados por ditongos abertos -éis, -éu, -ói. Ex: réis, véu, dói.

Não recebem acento gráfico:

– As monossílabas tônicas: par, nus, vez, tu, noz, quis.

– As formas verbais monossilábicas terminadas em “-ê”, nas quais a 3ª pessoa do plural termina em “-eem”. Antes do novo acordo ortográfico, esses verbos era acentuados. Ex.: *Ele lê* → *Eles lêem* leem.

Exceção! O mesmo não ocorre com os verbos monossilábicos terminados em “-em”, já que a terceira pessoa termina em “-êm”. Nesses caso, a acentuação permanece acentuada. Ex.: *Ele tem* → *Eles têm*; *Ele vem* → *Eles vêm*.

Acentuação das palavras Oxítonas

As palavras cuja última sílaba é tônica devem ser acentuadas as oxítonas com sílaba tônica terminada em vogal tônica -a, -e e -o, sucedidas ou não por -s. Ex.: aliás, após, crachá, mocotó, pajé, vocês. Logo, não se acentuam as oxítonas terminadas em “-i” e “-u”. Ex.: caquí, urubu.

Acentuação das palavras Paroxítonas

São classificadas dessa forma as palavras cuja penúltima sílaba é tônica. De acordo com a regra geral, não se acentuam as palavras paroxítonas, a não ser nos casos específicos relacionados abaixo. Observe as exceções:

– Terminadas em -ei e -eis. Ex.: amásseis, cantásseis, fizésseis, hóquei, jóquei, põnei, saudáveis.

– Terminadas em -r, -l, -n, -x e -ps. Ex.: bíceps, caráter, córtex, esfínter, fórceps, fóssil, líquen, lúmen, réptil, tórax.

– Terminadas em -i e -is. Ex.: beribéri, bílis, biquíni, cáqui, cútis, grátis, júri, lápis, oásis, táxi.

– Terminadas em -us. Ex.: bônus, húmus, ônus, Vênus, vírus, tônus.

– Terminadas em -om e -ons. Ex.: elétrons, nêutrons, prótons.

– Terminadas em -um e -uns. Ex.: álbum, álbuns, fórum, fóruns, quórum, quóruns.

– Terminadas em -ã e -ão. Ex.: bênção, bênçãos, ímã, ímãs, órfã, órfãs, órgão, órgãos, sótão, sótãos.

Acentuação das palavras Proparoxítonas

Classificam-se assim as palavras cuja antepenúltima sílaba é tônica, e todas recebem acento, sem exceções. Ex.: ácaro, árvore, bárbaro, cálida, exército, fétido, lâmpada, líquido, médico, pássaro, tática, trânsito.

Ditongos e Hiatos

Acentuam-se:

– Oxítonas com sílaba tônica terminada em abertos “_éu”, “_éi” ou “_ói”, sucedidos ou não por “_s”. Ex.: anéis, fiéis, herói, mausoléu, sóis, véus.

– As letras “_i” e “_u” quando forem a segunda vogal tônica de um hiato e estejam isoladas ou sucedidas por “_s” na sílaba. Ex.: cai (ca-i), país (pa-ís), baú (ba-ú).

Não se acentuam:

– A letra “_i”, sempre que for sucedida por de “_nh”. Ex.: moinho, rainha, bainha.

– As letras “_i” e o “_u” sempre que aparecerem repetidas. Ex.: juuna, xiita. xiita.

– Hiatos compostos por “_ee” e “_oo”. Ex.: creem, deem, leem, enjoo, magoo.

O Novo Acordo Ortográfico

Confira as regras que levaram algumas palavras a perderem acentuação em razão do Acordo Ortográfico de 1990, que entrou em vigor em 2009:

1 – Vogal tônica fechada -o de -oo em paroxítonas.

Exemplos: enjoo – enjoo; magoo – magoo; perdooo – perdooo; vôo – voo; zôo – zoo.

2 – Ditongos abertos -oi e -ei em palavras paroxítonas.

Exemplos: alcalóide – alcaloide; andróide – androide; alcalóide – alcaloide; assembleía – assembleia; asteróide – asteroide; européia – europeia.

3 – Vogais -i e -u precedidas de ditongo em paroxítonas.

Exemplos: feiúra – feiura; maoísta – maoista; taoísmo – taoismo.

4 – Palavras paroxítonas cuja terminação é -em, e que possuem -e tônico em hiato.

Isso ocorre com a 3ª pessoa do plural do presente do indicativo ou do subjuntivo. Exemplos: deem; lêem – leem; relêem – releem; revêem.

5 – Palavras com trema: somente para palavras da língua portuguesa. Exemplos: bilíngüe – bilíngue; enxágüe – enxágue; linguiça – linguiça.

6 – Paroxítonas homógrafas: são palavras que têm a mesma grafia, mas apresentam significados diferentes. Exemplo: o verbo **PARAR**: pára – para. Antes do Acordo Ortográfico, a flexão do verbo “parar” era acentuada para que fosse diferenciada da preposição “para”.

Atualmente, nenhuma delas recebe acentuação. Assim:

Antes: Ela sempre pára para ver a banda passar. [verbo / preposição]

Hoje: Ela sempre para para ver a banda passar. [verbo / preposição]

ORTOGRAFIA**— Definições**

Com origem no idioma grego, no qual *orto* significa “direito”, “exato”, e *grafia* quer dizer “ação de escrever”, ortografia é o nome dado ao sistema de regras definido pela gramática normativa que indica a escrita correta das palavras. Já a Ortografia Oficial se refere às práticas ortográficas que são consideradas oficialmente como adequadas no Brasil. Os principais tópicos abordados pela ortografia são: o emprego de acentos gráficos que sinalizam vogais tônicas, abertas ou fechadas; os processos fonológicos (crase/acentos graves); os sinais de pontuação elucidativos de funções sintáticas da língua e decorrentes dessas funções, entre outros.

Os acentos: esses sinais modificam o som da letra sobre a qual recaem, para que palavras com grafia similar possam ter leituras diferentes, e, por conseguinte, tenham significados distintos. Resumidamente, os acentos são agudo (deixa o som da vogal mais aberto), circunflexo (deixa o som fechado), til (que faz com que o som fique nasalado) e acento grave (para indicar crase).

O alfabeto: é a base de qualquer língua. Nele, estão estabelecidos os sinais gráficos e os sons representados por cada um dos sinais; os sinais, por sua vez, são as vogais e as consoantes.

As letras K, Y e W: antes consideradas estrangeiras, essas letras foram integradas oficialmente ao alfabeto do idioma português brasileiro em 2009, com a instauração do Novo Acordo Ortográfico. As possibilidades da vogal Y e das consoantes K e W são, basicamente, para nomes próprios e abreviaturas, como abaixo:

– Para grafar símbolos internacionais e abreviações, como *Km* (quilômetro), *W* (watt) e *Kg* (quilograma).

– Para transcrever nomes próprios estrangeiros ou seus derivados na língua portuguesa, como Britney, Washington, Nova York.

Relação som X grafia: confira abaixo os casos mais complexos do emprego da ortografia correta das palavras e suas principais regras:

“ch” ou “x”?: deve-se empregar o X nos seguintes casos:

– Em palavras de origem africana ou indígena. Exemplo: *oxum*, *abacaxi*.

– Após ditongos. Exemplo: *abaixar*, *faixa*.

– Após a sílaba inicial “en”. Exemplo: *enxada*, *enxergar*.

– Após a sílaba inicial “me”. Exemplo: *mexilhão*, *mexer*, *mexerica*.

s” ou “x”?: utiliza-se o S nos seguintes casos:

– Nos sufixos “ese”, “isa”, “ose”. Exemplo: *síntese*, *avisa*, *verminose*.

– Nos sufixos “ense”, “osa” e “oso”, quando formarem adjetivos. Exemplo: *amazonense*, *formosa*, *jocoso*.

– Nos sufixos “ês” e “esa”, quando designarem origem, título ou nacionalidade. Exemplo: *marquês/marquesa*, *holandês/holandesa*, *burguês/burguesa*.

– Nas palavras derivadas de outras cujo radical já apresenta “s”. Exemplo: *casa* – *casinha* – *casarão*; *análise* – *analisar*.

LEGISLAÇÃO DO SUS

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL E A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) – PRINCÍPIOS, DIRETRIZES E ARCAFOUÇO LEGAL

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é mundialmente conhecido por ser um dos maiores, mais complexos e mais completos sistemas de saúde vigentes. Ele abrange procedimentos de baixa complexidade, como aqueles oferecidos pela Atenção Primária à Saúde (APS), e de alta complexidade, como por exemplo, transplante de órgãos. Dessa maneira, garante acesso universal e integral, de forma gratuita para a população. O SUS pode ser definido como o conjunto de ações e de serviços de saúde prestados pela federação, junto de seus estados e municípios.

Até meados dos anos 80, a concepção de saúde era dada pela “ausência de doença”, contudo, com o fim da Ditadura Militar e com a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), ampliou-se o conceito de saúde pública no Brasil quando propôs a ideia de uma saúde preventiva, participação da população nas decisões envolvendo a saúde brasileira, descentralização dos serviços e mudanças embasadas no direito universal a saúde.

Com a publicação do relatório das decisões e pautas discutidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Constituição Federal de 1988 foi o primeiro documento a oficializar a saúde no meio jurídico brasileiro, determinando, ainda que seja promovida de forma gratuita, universal e de qualidade, para que todos tenham acesso de maneira igualitária. Dessa forma, a saúde passa a ser um direito do cidadão brasileiro e de todo aquele que estiver em território nacional e um dever do Estado.

Fernando Collor de Mello foi responsável pela sanção das leis que promoviam a criação e a organização do SUS.

*OBSERVAÇÃO: Recomenda-se a leitura na íntegra da Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990 e Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, ambas da Constituição Federal

Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990 da Constituição Federal: Também conhecida como Lei Orgânica da Saúde, traz em seu texto original: “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação de saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”.

Em referência a essa lei, os objetivos do SUS consistem em identificar fatores determinantes da saúde, formular políticas destinadas a promover nos âmbitos econômico e social, condições para pleno exercício da saúde e aplicar ações assistenciais de proteção, promoção e recuperação com enfoque em atividades preventivas.

Além disso, determina atribuições do SUS voltadas para a vigilância sanitária e epidemiológica, participação ativa em estratégias em saneamento básico e o desenvolvimento técnico-científico, com o intuito de ampliar as atribuições sob responsabilidade dos órgãos gestores do SUS, como o Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de saúde.

Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 da Constituição Federal: É o resultado da luta pela democratização dos serviços de saúde. Traz em seu texto original o objetivo: “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”.

A partir da criação dessa lei, foram criados também os Conselhos e as Conferências de Saúde, que são de extrema importância para o controle social do SUS. Os Conselhos de Saúde foram constituídos afim de fiscalizar, formular e promover ações deliberativas acerca das políticas de saúde.

Em seu texto, traz que a Conferência de Saúde é um espaço voltado para discussões sobre as políticas de saúde em todas as esferas governamentais, acontecendo de maneira ordinária a cada 4 anos em formato de fórum de discussão afim de avaliar e propor mudanças e novas políticas de saúde. Dentre as conferências nacionais, a mais importante que já aconteceu até os dias atuais foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, que ficou conhecida como o pontapé inicial para a inclusão da saúde no âmbito legislativo do país.

Por fim, determina que a representação dos usuários do SUS dentro desses conselhos e conferências deve ser paritária em relação aos demais seguimentos, em outras palavras, 50% dos representantes devem ser usuários do SUS.

Princípios do SUS

Para que o SUS tenha a mesma forma de organização e a mesma doutrina em todo o território nacional, fica definido pela Constituição Federal um conjunto de elementos doutrinários e organizacionais.

— Princípios Doutrinários do SUS:

Universalização: Cabe o Estado assegurar a saúde como um direito de todas as pessoas, garantindo o acesso a todos os serviços do SUS sem distinção de sexo, raça ou qualquer outra característica pessoal ou social.

Equidade: Se faz necessário afim de diminuir desigualdades, visto que, todas as pessoas têm o mesmo direito aos serviços oferecidos pelo SUS, mas possuem necessidades distintas, ou seja, investir onde existe a maior carência de investimentos.

Integralidade: Visa tratar as pessoas em um todo, atendendo todas as necessidades de cada indivíduo, de modo a integrar ações de promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças. Ou

seja, o sistema de saúde deve estar preparado para acolher o usuário, ouvi-lo e entendê-lo como parte de um contexto social e, assim, identificar suas carências e buscar formas de supri-las.

— **Princípios Organizativos:**

Regionalização e Hierarquização: Define que os serviços promovidos pelo SUS devem ser organizados em níveis crescente de complexidade, abrangendo os critérios epidemiológicos, geográficos e baseados na população a ser atendida.

A hierarquização prevê a divisão de níveis de atenção (primário, secundário e terciário) afim de distribuir o atendimento de acordo com a necessidade real do paciente para o setor especializado naquilo que ele precisa.

Enquanto isso, a regionalização dispõe da necessidade de não somente dividir os serviços de saúde, mas também sistematizá-los de maneira eficiente, evitando que dois setores fiquem responsáveis pelo mesmo serviço e, conseqüentemente, poupar que recursos materiais, financeiros e humanos sejam gastos desnecessariamente.

Descentralização: A redistribuição do poder ligado as decisões, aos recursos, com o intuito de aproximar a tomada de decisão ao fato, pois entende-se que, dessa maneira, haverá mais chance de acerto. Graças a descentralização, têm-se a tendência a da municipalização das decisões a respeito dos serviços de saúde.

Participação dos cidadãos: Há a necessidade, embasada a partir das Leis Orgânicas, da participação da população nas decisões relacionadas a administração pública do SUS por meio dos Conselhos de Saúde, sejam eles nacionais, estaduais ou municipais. Além disso, com a ampliação do acesso à internet, foi possível aumentar o debate sobre assuntos importantes para a saúde através de consultas e audiências públicas.

— **Diretrizes para a gestão do SUS**

As diretrizes para a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) estão estabelecidas na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências.

Universalidade

A universalidade é um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Ela se refere ao direito de todos os cidadãos brasileiros, sem exceção, ao acesso gratuito e igualitário aos serviços de saúde. Ou seja, qualquer pessoa, independentemente de sua condição social, econômica ou de saúde, tem direito a ser atendida pelo SUS.

Ela é garantida pelo SUS por meio da oferta de serviços de saúde em todos os níveis de atenção, desde a atenção básica até a atenção especializada e hospitalar, em todo o território nacional. O SUS oferece uma ampla gama de serviços, que incluem consultas médicas, exames, cirurgias, internações, atendimento de emergência, entre outros.

Além disso, é considerada um avanço importante na garantia do direito à saúde no Brasil, pois garante que todos os cidadãos tenham acesso aos serviços de saúde, independentemente de sua capacidade de pagamento ou de outros fatores que possam levar à exclusão do sistema de saúde.

No entanto, apesar dos avanços, ainda há desafios a serem enfrentados para garantir a efetivação da universalidade no SUS, como a melhoria da qualidade dos serviços, a ampliação do acesso em regiões mais distantes e a redução das desigualdades regionais na oferta de serviços de saúde.

Equidade

A equidade é um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Ela se refere ao direito de todos os cidadãos brasileiros, sem exceção, de terem acesso igualitário aos serviços de saúde, levando em conta suas necessidades individuais de saúde, independentemente de sua classe social, gênero, raça ou qualquer outra forma de discriminação.

O SUS busca garantir a equidade por meio da oferta de serviços e ações de saúde que abrangem desde a promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação, assegurando o cuidado em todos os níveis de atenção à saúde. Dessa forma, todos os cidadãos devem ter acesso aos mesmos serviços de saúde, independentemente de sua condição socioeconômica ou de sua localização geográfica.

No entanto, a equidade na oferta de serviços de saúde ainda é um desafio a ser enfrentado no SUS. Existem desigualdades regionais na oferta de serviços de saúde, com algumas regiões do país tendo acesso a uma infraestrutura mais adequada de serviços de saúde do que outras. Além disso, a discriminação de gênero, raça, orientação sexual e outros fatores também podem afetar o acesso aos serviços de saúde.

Por isso, é importante que a gestão do SUS trabalhe para garantir a equidade no acesso aos serviços de saúde, implementando políticas que promovam a inclusão social e a igualdade de oportunidades, e garantindo que todos os cidadãos brasileiros possam usufruir do direito à saúde, de forma igualitária e justa.

Integralidade

A integralidade é um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Ela se refere à oferta de um conjunto completo e articulado de ações e serviços de saúde, que abrangem desde a promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, assegurando o cuidado em todos os níveis de atenção à saúde.

O SUS busca garantir a integralidade do cuidado, levando em consideração as necessidades individuais de cada paciente e ações de saúde que visem sua recuperação, prevenção ou manutenção de sua saúde. Isso significa que os serviços de saúde devem ser organizados de maneira a garantir a oferta de serviços que considerem as dimensões biopsicossociais e culturais de cada pessoa.

Além disso, a integralidade no SUS também significa que os serviços devem ser organizados de forma articulada, em todos os níveis de atenção à saúde, de forma a oferecer uma atenção contínua, coordenada e integral aos usuários, sem fragmentação do cuidado. Isso implica em uma gestão integrada e descentralizada do SUS, que deve envolver a atuação articulada de serviços de saúde, gestores e profissionais, em todas as esferas do sistema de saúde.

Contudo, a garantia da integralidade do cuidado ainda é um desafio a ser enfrentado no SUS, especialmente em relação à oferta de serviços em algumas regiões do país, bem como em relação à disponibilidade de tecnologias e medicamentos. Por isso, é importante que a gestão do SUS trabalhe para garantir a

integralidade do cuidado, implementando políticas e práticas que promovam a articulação entre os serviços de saúde e a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos aos usuários do SUS.

Participação social

A participação social é um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Ela se refere ao direito dos cidadãos de participarem ativamente do processo de gestão do SUS, tanto na definição de políticas públicas de saúde, quanto no controle social das ações e serviços oferecidos pelo sistema.

O SUS reconhece que a participação da sociedade é fundamental para a construção de um sistema de saúde mais democrático e eficiente, capaz de responder às necessidades de saúde da população. A participação social no SUS pode se dar por meio de diferentes formas, como:

– **Conselhos de Saúde:** são instâncias de participação popular na gestão do SUS, que têm a função de acompanhar, fiscalizar e propor políticas de saúde para o governo;

– **Conferências de Saúde:** são eventos que ocorrem a cada quatro anos, nos âmbitos nacional, estadual e municipal, com a participação de representantes da sociedade civil e do governo, para discutir e propor diretrizes para a política de saúde;

– **Ouvidorias:** são canais de comunicação entre os usuários do SUS e os gestores do sistema, que recebem denúncias, reclamações e sugestões para melhorar a qualidade dos serviços de saúde;

– **Participação em programas de saúde:** a sociedade pode participar de diferentes programas e ações de saúde, como campanhas de vacinação, mutirões de saúde, entre outras iniciativas.

Ela é fundamental para a construção de um sistema de saúde mais democrático e eficiente, capaz de responder às necessidades de saúde da população. Por isso, é importante que a gestão do SUS promova e fortaleça a participação da sociedade, incentivando a participação de diferentes grupos sociais e garantindo a transparência e a prestação de contas por parte dos gestores do sistema.

Descentralização

Ela se refere à distribuição de poder, responsabilidades e recursos para a gestão do SUS entre as diferentes esferas do governo (federal, estadual e municipal), garantindo a autonomia e a capacidade de decisão dos gestores locais.

Tem como objetivo principal promover a democratização do acesso à saúde, levando em conta as especificidades e as necessidades de cada região. Com a descentralização, os municípios passaram a ter maior autonomia para gerir seus sistemas de saúde, possibilitando a construção de políticas e serviços de saúde mais adequados às necessidades locais.

Além disso, a descentralização do SUS também permite uma maior participação da sociedade na gestão do sistema de saúde, uma vez que a administração dos serviços passa a estar mais próxima dos cidadãos.

No entanto, a descentralização também pode trazer desafios para a gestão do sistema, como a falta de recursos e capacidade técnica para a gestão em algumas regiões do país. Por isso, é fundamental que a gestão do SUS trabalhe para fortalecer a capacidade de gestão dos municípios e para garantir a equidade no acesso aos serviços de saúde em todo o território nacional.

Regionalização

A regionalização é uma das estratégias fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, juntamente com a descentralização e a municipalização. Ela se refere à organização dos serviços de saúde em regiões, de acordo com as necessidades e as características locais, buscando garantir o acesso equitativo e integral aos serviços de saúde em todo o território nacional.

Tem como objetivo principal a promoção da equidade no acesso aos serviços de saúde, reduzindo as desigualdades regionais e garantindo a oferta de serviços de qualidade e em tempo oportuno. A partir da regionalização, os municípios podem se organizar em redes de saúde, articulando as ações e serviços de saúde e garantindo a integralidade da assistência.

Para a implementação da regionalização, é fundamental que haja uma articulação entre as diferentes esferas do governo (federal, estadual e municipal) e a participação da sociedade civil. É preciso definir critérios de organização das regiões de saúde, considerando aspectos como a densidade populacional, as características epidemiológicas, a oferta de serviços de saúde, a distância entre os municípios, entre outros fatores.

Também deve-se levar em conta a capacidade de gestão e a disponibilidade de recursos financeiros e humanos para a organização e o funcionamento dos serviços de saúde em cada região. Por isso, é importante que a gestão do SUS trabalhe para fortalecer a capacidade de gestão e a qualificação dos profissionais de saúde em todo o país, visando garantir a oferta de serviços de saúde de qualidade e em tempo oportuno para toda a população.

Humanização

A humanização é um princípio fundamental do Sistema Único de Saúde no Brasil, que busca valorizar a relação entre profissionais de saúde e usuários, respeitando suas necessidades, desejos e valores. Se baseia na construção de vínculos mais solidários e acolhedores entre os profissionais de saúde e os usuários, e visa a promoção da dignidade humana, da autonomia e da cidadania.

Para a efetivação da humanização no SUS, são necessárias diversas ações, tais como a valorização e capacitação dos profissionais de saúde, estimulando a reflexão crítica e a escuta qualificada dos usuários, a ampliação e qualificação da participação dos usuários e da sociedade civil na gestão dos serviços de saúde, a garantia do acesso aos serviços de saúde, respeitando a integralidade e a equidade no atendimento, a promoção da educação em saúde e da prevenção de doenças, visando a promoção da saúde e o cuidado com o indivíduo em sua totalidade, o estímulo à promoção da saúde mental, respeitando as diferenças individuais e os aspectos psicológicos e emocionais dos usuários.

A humanização no SUS busca transformar a relação tradicionalmente vertical entre profissionais de saúde e usuários, colocando-os em um patamar de igualdade e trabalhando juntos para a promoção da saúde e o cuidado do indivíduo. É um processo contínuo de transformação da cultura institucional, que busca construir uma atenção mais resolutiva, equitativa e comprometida com a qualidade de vida dos usuários do SUS.

As diretrizes para a gestão do SUS estabelecem um conjunto de princípios e valores que devem orientar a gestão do sistema de saúde brasileiro, garantindo o acesso universal, equitativo, integral e humanizado aos serviços de saúde, com a participação da sociedade na sua gestão e descentralização da gestão para os estados e municípios.

— **Financiamento**

O financiamento do SUS é composto por recursos públicos provenientes dos orçamentos das três esferas de governo (federal, estadual e municipal), além de recursos oriundos de contribuições sociais e impostos específicos, como a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL).

Os recursos do SUS são alocados de forma descentralizada e destinados para ações e serviços de saúde, como atendimento médico, consultas, exames, internações hospitalares, ações de vigilância em saúde, entre outros.

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu que a saúde é um direito universal e um dever do Estado, e que a União, os estados e os municípios devem aplicar um percentual mínimo de suas receitas na área da saúde. Atualmente, a Emenda Constitucional nº 86/2015 fixou o percentual de 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) da União e de 12% da RCL dos estados e do Distrito Federal para a saúde. Já os municípios devem aplicar no mínimo 15% de suas receitas próprias na saúde, acrescidos dos repasses federais e estaduais.

Além disso, o SUS conta com o Fundo Nacional de Saúde (FNS), que é um mecanismo de financiamento da saúde pública no país, responsável por receber e repassar os recursos do SUS para estados e municípios, garantindo a distribuição equitativa e a aplicação adequada dos recursos. O FNS recebe recursos de diversas fontes, como o Orçamento Geral da União, as contribuições sociais e os repasses dos estados e municípios.

Em resumo, o financiamento do SUS é uma responsabilidade compartilhada entre as três esferas de governo e é financiado com recursos públicos provenientes de diversos impostos e contribuições sociais, sendo gerido pelo Fundo Nacional de Saúde.

— **Regulação**

A regulação do SUS no Brasil é um processo que busca garantir o acesso igualitário e oportuno aos serviços de saúde, de forma a promover a equidade no atendimento e a eficiência na utilização dos recursos públicos. A regulação é responsável por planejar, organizar e avaliar as ações e serviços de saúde em todo o território nacional, buscando garantir a integralidade da assistência e a resolubilidade dos serviços.

A regulação do SUS é realizada por meio de três tipos de ações: a regulação assistencial, a regulação da atenção à saúde e a regulação econômica. A regulação assistencial tem como objetivo garantir o acesso igualitário aos serviços de saúde, regulando o fluxo de pacientes e os critérios de encaminhamento entre as unidades de saúde. A regulação da atenção à saúde busca garantir a integralidade e a continuidade do cuidado, orientando a oferta de serviços e a organização da rede de atenção à saúde. Já a regulação econômica visa garantir a eficiência na utilização dos recursos públicos, regulando a oferta de serviços e estabelecendo critérios para a remuneração dos serviços prestados.

A regulação do SUS é uma responsabilidade compartilhada entre as três esferas de governo (federal, estadual e municipal), com a participação da sociedade civil e dos profissionais de saúde. É importante que a regulação seja realizada de forma transparente, com a participação da população na definição das prioridades de saúde e na avaliação da qualidade dos serviços prestados. Além disso, é fundamental que a gestão do SUS trabalhe para fortalecer

a capacidade de regulação em todo o país, visando garantir a oferta de serviços de saúde de qualidade e em tempo oportuno para toda a população.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL 1988, TÍTULO VIII - ARTIGOS DE 194 A 200

No tocante à Seguridade Social, segue um processo mnemônico para ser utilizado como técnica de auxílio no processo de memorização:

Seguridade Social	
P	<u>Previdência Social</u>
A	<u>Assistência Social</u>
S	<u>Saúde</u>

**TÍTULO VIII
DA ORDEM SOCIAL**

(...)

**CAPÍTULO II
DA SEGURIDADE SOCIAL**

**SEÇÃO I
DISPOSIÇÕES GERAIS**

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

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

- I - universalidade da cobertura e do atendimento;
- II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V - equidade na forma de participação no custeio;
- VI - diversidade da base de financiamento, identificando - se, em rubricas contábeis específicas para cada área, as receitas e as despesas vinculadas a ações de saúde, previdência e assistência social, preservado o caráter contributivo da previdência social; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais: (Vide Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

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

LEGISLAÇÃO DA PB SAÚDE

ESTATUTO DA PB SAÚDE - DECRETO Nº 40.096 DE 28 DE FEVEREIRO DE 2020

DECRETO Nº 40.096 DE 28 DE FEVEREIRO 2020.

Cria a Fundação Paraibana de Gestão em Saúde – PB Saúde, aprova o seu Estatuto e dá outras providências.

O GOVERNADOR DO ESTADO DA PARAÍBA, no uso da atribuição que lhe confere a Constituição Estadual e tendo em vista o disposto na Lei Complementar Estadual nº 157, de 17 de fevereiro de 2020, DECRETA:

Art. 1º Fica criada a Fundação Paraibana de Gestão em Saúde – PB Saúde, fundação pública com personalidade jurídica de direito privado, entidade não dependente, vinculada à Secretaria de Estado da Saúde, na forma da Lei Complementar Estadual nº 157, de 17 de fevereiro de 2020.

§1º A PB Saúde será dotada de autonomia administrativa, financeira, patrimonial e gerencial, com quadro de pessoal próprio e estrutura organizacional nos termos de seu Estatuto aprovado no anexo único.

§2º A Fundação terá sede e foro no município de João Pessoa.

Art. 2º A Fundação será subvencionada, integralmente, por suas receitas, oriundas dos contratos de prestação de serviços que vier a celebrar, além dos resultados financeiros de suas aplicações e de doações e legados de qualquer natureza.

§1º O patrimônio inicial da PB Saúde será constituído dos bens móveis e imóveis, direitos e obrigações que lhe forem transferidos, assim como pelo aporte inicial de R\$ 20.000.000,00 (vinte milhões de reais), de que trata o art. 34 da Lei Complementar Estadual nº 157, de 17 de fevereiro de 2020.

§2º O aporte inicial será realizado até 31 de dezembro de 2020, podendo ser feito em parcelas a serem definidas pela Secretaria de Estado da Fazenda.

Art. 3º A Secretaria de Estado da Saúde SES e a Secretaria de Estado de Administração SEAD deverão adotar, em até 120 (cento e vinte) dias da data de publicação deste Decreto, as providências para a transferência da propriedade do Hospital Geral de Manguape, integrante da estrutura da SES, para compor o patrimônio da PB Saúde, incluído o imóvel, o acervo técnico, documental, mobiliário e de equipamentos, que se dará mediante ato do titular da SES.

Art. 4º A Secretaria de Estado da Saúde e a Secretaria de Estado de Administração ficam autorizadas a destinar os bens públicos à PB Saúde que se façam necessários à consecução dos objetivos da Entidade e à prestação de serviços contratados na forma do art. 6º da Lei Complementar Estadual Nº 157, de 17 de fevereiro de 2020, mediante permissão de uso.

Art. 5º Os contratos de prestação de serviços e seus respectivos aditivos celebrados entre a PB Saúde e o Poder Público, inclusive com a Secretaria de Estado da Saúde, serão submetidos à apreciação e manifestação prévia da Controladoria Geral do Estado CGE e da Procuradoria Geral do Estado PGE.

Art. 6º A remuneração dos serviços prestados pela PB Saúde à Secretaria de Estado da Saúde será condicionada à verificação do cumprimento das obrigações contratuais assumidas pela Fundação relativas à adequada contraprestação dos serviços contratados.

Art. 7º As metas contratuais relativas ao desempenho institucional, a serem alcançadas pela PB Saúde objetivarão instrumentalizar a Secretaria de Estado da Saúde para o acompanhamento e avaliação do desempenho institucional da Fundação.

Parágrafo único. Na definição das metas e seus indicadores de que trata o caput, deverão ser priorizadas as dimensões de efetividade, da eficiência, do aprimoramento operacional e da otimização dos custos dos processos de cuidado e gestão em saúde da PB Saúde, assim como a da melhoria nos níveis de satisfação dos usuários, no que concerne aos serviços prestados.

Art. 8º A SES-PB prestará todo o apoio necessário às atividades de implantação da PB Saúde até o início de seu funcionamento, podendo designar a dirigentes e a servidores da SES-PB a incumbência de celebrar os atos constitutivos da Fundação.

Parágrafo único. As despesas administrativas diretas ou indiretas, apuradas pela SES-PB, decorrentes do estabelecido no caput, serão ressarcidas pela PB Saúde, uma vez instituída, implantada e devidamente contratada para prestar serviços à SES-PB.

Art. 9º A PB Saúde é declarada de utilidade pública estadual, sendo considerada, ainda, como entidade beneficente de assistência social, para todos os efeitos legais.

Art. 10. Este Decreto passa a vigorar a partir da data de sua publicação.

PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA, em João Pessoa, 28 de fevereiro de 2020; 132ª da Proclamação da República.

ANEXO ÚNICO DECRETO Nº 40.096, DE 28 DE FEVEREIRO DE 2020

ESTATUTO DA FUNDAÇÃO PARAIBANA DE GESTÃO EM SAÚDE – PB SAÚDE

CAPÍTULO I DA NATUREZA, SEDE E DURAÇÃO

Art. 1º A Fundação Paraibana de Gestão em Saúde – PB Saúde, fundação pública com personalidade jurídica de direito privado, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial e com quadro de pessoal próprio, rege-se pelo presente Estatuto e pelas disposições legais que lhe forem aplicáveis.

§1º A PB Saúde integra o Sistema Único de Saúde como entidade da administração pública indireta vinculada à Secretaria de Estado da Saúde do Estado da Paraíba (SES-PB).

§2º O tempo de atuação e o ciclo de vida da PB Saúde são de caráter indeterminado.

Art. 2º A PB Saúde tem sede na Rua São Paulo, s/n, Bairro dos Estados, João Pessoa-PB, CEP: 58030-040 e foro no município de João Pessoa, Estado da Paraíba.

Art. 3º A PB Saúde, após o devido registro civil de seus atos constitutivos, reger-se-á pelo disposto na Lei Complementar Estadual nº 157, de 17 de fevereiro de 2020 e por este Estatuto, não se aplicando à Fundação as demais disposições do Código Civil referente às fundações, nos termos do

§3º do art. 5º do Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967.

Art. 4º O orçamento da PB Saúde não compõe o orçamento fiscal do Poder Executivo estadual, sendo a entidade considerada não dependente para fins da aplicação da Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000.

CAPÍTULO II DAS FINALIDADES, MISSÃO E COMPETÊNCIAS

Art. 5º A PB Saúde terá por finalidade executar ações e prestar serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado da Paraíba.

Art. 6º A PB Saúde atuará visando assegurar a defesa do interesse da população paraibana na garantia de seu direito à saúde, bem como a prestação de serviços de forma a garantir a dignidade humana, a efetividade da atenção à saúde e a eficiência no uso dos recursos públicos.

Art. 7º Para a realização de sua finalidade, compete à PB Saúde:
I– prestar serviços gratuitos de atenção integral à saúde, em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica, diagnóstica e de reabilitação;

II– apoiar, recrutar ou capacitar o pessoal de saúde dos órgãos e entidades públicas e privadas que integrem e participem do SUS;

III– prestar serviços na área de desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade no âmbito do SUS;

IV– cooperar com órgãos e entidades públicas e privadas na execução de ações e serviços públicos de saúde, em acordo aos critérios da regionalização e das referências assistenciais;

V– prestar serviços nas áreas de engenharia clínica, de reforma e manutenção predial, ampliação e construção de unidades de saúde, de apoio diagnóstico e terapêutico, de telemedicina, de aprimoramento da gestão do SUS, de assistência farmacêutica, de serviços de logística vinculados a serviços de saúde, de medicina legal e verificação de óbitos, dentre outros na área da saúde;

VI– desenvolver atividades de pesquisa e inovação em saúde, servindo como campo de prática;

VII– prestar serviços de apoio à execução de planos de ensino e pesquisa de instituições de ensino técnico e superior públicas ou privadas de interesse do SUS;

VIII– atuar em parceria com agências e instituições nacionais ou internacionais, que fomentem o desenvolvimento do SUS paraibano, por meio do desenvolvimento e execução de projetos, cujos créditos contraídos pelo Estado da Paraíba venham a ser executados pela PB Saúde, em atenção às normas estipuladas nos termos aditivos ao contrato de gestão celebrado entre a Secretaria de Estado da Saúde e a PB Saúde.

Art. 8º A PB Saúde observará, em sua atuação, os princípios, diretrizes e normas do Sistema Único de Saúde – SUS, a Lei Federal nº 13.460, de 12 de junho de 2017, que trata da participação, proteção e defesa dos direitos dos usuários dos serviços públicos e ainda as disposições da Lei Federal nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, sobre a responsabilização administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração pública.

CAPÍTULO III DO PATRIMÔNIO E RECEITAS

Art. 9º O patrimônio da PB Saúde constitui-se dos bens móveis e imóveis, valores, direitos e outros bens que lhe forem destinados, doados ou que venha a adquirir com sua receita própria.

Art. 10. Os bens da PB Saúde serão utilizados exclusivamente na consecução de suas finalidades, podendo ser alienados, mediante autorização específica do Chefe do Poder Executivo estadual.

Parágrafo único. Os bens considerados não essenciais poderão ser alienados sob autorização do Conselho de Administração.

Art. 11. Só será admitida a cessão de uso ou a doação à PB Saúde de bens livres e desembaraçados, sem quaisquer ônus, excetuados os eventuais encargos relacionados ao uso do imóvel e à finalidade específica definida pelo cedente ou doador.

Art. 12. No caso de extinção da PB Saúde, os legados e doações que lhe forem destinados, bem como os demais bens que venha a adquirir ou produzir, serão incorporados ao patrimônio do Estado.

Art. 13. Constituem receitas da PB Saúde:

I– rendas oriundas da prestação de serviços ao Poder Público;

II– rendas oriundas do usufruto de seu patrimônio;

III– os derivados de contratos, convênios e outros instrumentos congêneres por ela celebrados com o Poder Público, com entidades nacionais, internacionais e/ou estrangeiras, públicas ou privadas e com a iniciativa privada;

IV– as doações, legados e outros recursos que lhe forem destinados por pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado;

V– as resultantes da alienação de bens não essenciais à sua finalidade, autorizados pelo Conselho de Administração;

VI– as resultantes de aplicações financeiras na forma da legislação vigente; e

VII– as receitas de qualquer natureza provenientes do exercício de suas atividades.

CAPÍTULO IV DA DIREÇÃO E ADMINISTRAÇÃO

Art. 14. São órgãos superiores da PB Saúde:

I– Conselho de Administração;

II– Direção Superior; e

III– Conselho Fiscal.

§1º A PB Saúde será regida pelo Conselho de Administração e administrada por sua Direção Superior.

§2º A PB Saúde constituirá sua assessoria jurídica, seu serviço de soluções e orientações ao usuário (ouvidoria), além de sua unidade de controle interno e compliance.

**SEÇÃO I
DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO**

Art. 15. O Conselho de Administração é órgão de deliberação superior, controle e fiscalização da PB Saúde, constituído por 8 (oito) membros e seus respectivos suplentes, nomeados pelo Chefe do Poder Executivo estadual.

§1º O Conselho de Administração tem a seguinte composição:

I– Membros natos:

- a) Secretário de Estado da Saúde;
- b) Secretário de Estado da Administração;
- c) Secretário de Estado de Planejamento, Orçamento e Gestão;
- d) Secretário de Estado da Fazenda;
- e) Procurador Geral do Estado;
- f) Superintendente da PB Saúde (membro da Direção Superior da PB Saúde).

II– Membros da sociedade civil indicados:

- a) Representante indicado pelo Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Paraíba COSEMS-PB;
- b) Representante indicado pelo Conselho Estadual de Saúde.

§2º Em caso de vacância, falta, impossibilidade temporária dos membros titulares, estes serão substituídos pelos respectivos suplentes, que terão direito de manifestação em todas as reuniões, assim como, na ausência do titular, terão direito a voto.

§3º A atividade dos membros do Conselho de Administração não será remunerada.

Art. 16. A presidência do Conselho de Administração será exercida pelo titular da Secretaria de Estado da Saúde.

Parágrafo único. Em caso de vacância, falta ou impossibilidade temporária de seu Presidente, o Conselho de Administração será presidido pelo seu respectivo suplente, na figura de um dos Secretários Executivos da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, caso não já tenha sido definido no ato de nomeação do Conselho de Administração.

Art. 17. O prazo de gestão dos membros do Conselho de Administração, mencionados no art.15, inciso II, alíneas “a” e “b”, será de 2 (dois) anos contados a partir da data de publicação do ato de nomeação, permitida 1 (uma) recondução consecutiva, por igual período.

§1º A investidura dos membros do Conselho de Administração da PB Saúde, mencionados no caput deste artigo, dar-se-á mediante assinatura de termo de posse, depois de nomeados por Ato Governamental.

§2º Na hipótese de recondução, o prazo de nova gestão deverá ser contado a partir da data do término do prazo de gestão anterior.

§3º Findo o prazo de gestão, o membro do Conselho de Administração permanecerá no exercício do cargo até a investidura de seu substituto.

§4º No caso de vacância definitiva do cargo de Conselheiro no curso da gestão, os Conselheiros remanescentes designarão um Conselheiro substituto, em caráter provisório, até que ocorra nova e definitiva investidura para o exercício da função, por meio da chancela do Chefe do Poder Executivo estadual.

§5º Além dos casos de morte, renúncia, destituição e outros previstos em lei, considerar-se-á vago o cargo de membro do Conselho de Administração, de que trata o §1º, inciso II, do art. 15 o Conselheiro que, sem causa formalmente justificada, não comparecer a duas reuniões consecutivas ou três alternadas, no intervalo de um ano, salvo casos de força maior ou casos fortuitos justificáveis.

§6º A perda do cargo não elide a responsabilidade civil e penal a que estejam sujeitos os membros do Conselho de Administração e do Conselho Fiscal em virtude do descumprimento de suas obrigações.

Art. 18. Compete privativamente ao Conselho de Administração:

I– estabelecer estratégias e diretrizes institucionais, além de metas para o efetivo e eficiente desempenho de suas atividades na prestação de serviços públicos pela PB Saúde à população paraibana;

II– fixar as diretrizes gerais para as políticas de gestão, de governança corporativa, de transparência, de gestão de riscos e de pessoal da Fundação;

III– aprovar o Regimento Interno, que disciplinará a estrutura organizacional da entidade, o Regulamento Próprio de Compras, o Código de Ética, Conduta e Integridade Institucional, bem como os demais regulamentos da PB Saúde, dirimindo questões não contempladas pelas normas, princípios e diretrizes estatutários;

IV– autorizar a aquisição, a alienação e a oneração de bens imóveis; bem como a alienação de bens do ativo permanente, a constituição de ônus reais e a prestação de garantias a obrigações de terceiros, sem prejuízo do constante no art. 10;

V– autorizar a celebração de contrato de gestão entre a PB Saúde e a SES-PB, nos termos da legislação vigente;

VI– examinar e aprovar políticas, planos e projetos institucionais desenvolvidos e propostos pela Direção Superior, assegurando-se que:

a) as políticas, planos, programas e projetos institucionais, estejam em harmonia com as políticas estaduais e nacionais de saúde e garantam a sustentabilidade econômico-financeira do Estado da Paraíba e da PB Saúde; e

b) o quadro de empregos e a estrutura remuneratória de pessoal da PB Saúde, sejam submetidos à prévia apreciação e aprovação do Conselho de Administração, antes da realização de processos públicos para seleção e recrutamento de pessoal.

VII– designar e destituir o responsável pelo controle interno, bem como autorizar a contratação de auditores independentes;

VIII– apreciar os relatórios anuais de auditoria interna e aprovar os planos anuais de atividades de auditoria interna ordinárias;

IX– opinar e submeter à aprovação do Poder Executivo estadual, representado pelo Secretário de Estado de Saúde:

a) relatório de administração e as demonstrações contábeis anuais, para subsidiar a prestação de contas anual à Assembleia Legislativa do Estado da Paraíba;

b) plano operativo anual, o orçamento, o plano de investimentos e a projeção das despesas correntes anuais;

c) proposta de destinação de eventuais superávits ou resultados;

d) contratação de empréstimos para a PB Saúde;

e) proposta de criação de subsidiárias; e

f) proposta de alteração do Estatuto ou extinção da PB Saúde.

X– dar posse e conceder licenças aos membros da Direção Superior e ao Conselho Fiscal, assim como designar o substituto do Superintendente da PB Saúde, nos casos de afastamentos excepcionais deste, por motivos de força maior, em prazo inferior a trinta dias;

XI– promover, anualmente, a análise dos resultados alcançados pela PB Saúde, bem como a análise da efetividade de suas estratégias de gestão e do cumprimento do plano operativo, assegurando

a ampla divulgação destas análises, com especial destaque para a Assembleia Legislativa e para o Tribunal de Contas do Estado da Paraíba;

XII— avaliar, anualmente, o desempenho da Direção Superior, especialmente quanto ao compromisso desta para com o alcance das metas de desempenho institucional; e

XIII— deliberar sobre os demais assuntos que lhe forem submetidos pela Direção Superior da PB Saúde.

Parágrafo único. Excluem-se da obrigação de publicação as informações de natureza estratégica cuja divulgação possa ser comprovadamente prejudicial ao interesse público.

Art. 19. Os membros do Conselho de Administração respondem pelos danos resultantes de omissão do cumprimento de seus deveres e de atos praticados com culpa ou dolo, ou com violação ao Estatuto da PB Saúde.

Art. 20. O Conselho de Administração reunir-se-á ordinariamente, a cada bimestre, e, extraordinariamente, sempre que necessário, por convocação de seu Presidente, a seu critério, ou por solicitação de, pelo menos, seis de seus membros.

§1º As reuniões ordinárias do Conselho de Administração serão fixadas em calendário anual, aprovado pela maioria absoluta de seus membros, convocadas mediante aviso, por escrito, a cada um dos membros do Conselho, com antecedência mínima de dois dias úteis.

§2º As reuniões extraordinárias podem se realizar a qualquer tempo, quando assunto de relevância o exigir, e serão convocadas pelo Presidente ou por pelo menos seis dos membros do Conselho, com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas.

§3º O aviso de convocação da reunião mencionará local, data, hora, matéria a ser tratada sendo expedido por meio eletrônico aos Conselheiros, acompanhados de cópia dos documentos necessários à discussão da pauta.

§4º A critério do Presidente do Conselho de Administração, será admitida a participação dos Conselheiros por meio de teleconferência, ou outro meio de comunicação remota que assegure a sua participação efetiva.

§5º É obrigatória a participação, salvo ausências justificadas, dos membros da Direção Superior da PB Saúde nas reuniões do Conselho de Administração, sem direito a voto, exceção feita ao seu Superintendente, que é membro nato do Conselho de Administração, com direito a voz e voto.

§6º As reuniões do Conselho de Administração serão obrigatoriamente instaladas mediante presença de maioria simples (cinco Conselheiros) e com a participação de pelo menos um membro da Direção Superior da PB Saúde.

§7º O registro das reuniões do Conselho de Administração será realizado por meio de gravação de áudio convertida em ata sintética, contendo a pauta, os assuntos deliberados, o resultado nominal de eventuais votações, os encaminhamentos recomendados à Direção Superior, devendo o banco de dados dos áudios e as atas sintéticas ficarem arquivados juntamente com a lista de presença dos participantes da reunião, incluídos os convidados.

§8º As decisões do Conselho de Administração deverão ser publicadas no sítio eletrônico da PB Saúde, salvo quando contiverem matéria de natureza estratégica e/ou sigilosa, cuja divulgação possa ser comprovadamente prejudicial ao interesse público.

§9º Nas deliberações do Conselho de Administração cabe o seu presidente, além do voto ordinário, o voto de qualidade.

§10. Os quóruns para deliberações do Conselho de Administração são os seguintes:

I – maioria absoluta dos membros do Conselho de Administração, presentes, no mínimo, três quartos de seus membros, para matérias estatutárias e regimentais da PB; e,

II – maioria simples dos membros do Conselho de Administração, presentes, no mínimo, 05 (cinco) conselheiros, para os demais assuntos.

SEÇÃO II DA DIREÇÃO SUPERIOR

Art. 21. A PB Saúde será administrada por uma Direção Superior, composta por 3 (três) membros, a saber:

I – Diretor Superintendente;

II – Diretor Administrativo Financeiro;

III – Diretor de Atenção à Saúde.

§1º Os membros da Direção Superior serão nomeados por ato do Chefe do Poder Executivo estadual, a quem caberá destituí-los a qualquer tempo.

§2º A investidura dos membros da Direção Superior dar-se-á mediante assinatura de termo de posse perante o Conselho de Administração.

Art. 22. É condição para investidura em cargo da Direção Superior, a assunção de compromisso público com o alcance de metas de desempenho institucional, aprovadas pelo Conselho de Administração, ao qual cumpre a incumbência de fiscalizar seu cumprimento.

§1º As metas de desempenho institucional estabelecidas para a Direção Superior da PB Saúde deverão se alinhar às metas de desempenho fixadas no contrato de gestão celebrado entre a Fundação e a Secretaria de Estado da Saúde.

§2º O descumprimento injustificado dos compromissos com o alcance das metas de desempenho institucional em dois exercícios financeiros consecutivos implicará na exoneração imediata dos membros da Direção Superior pelo Chefe do Poder Executivo estadual, mediante solicitação do Secretário de Estado da Saúde.

Art. 23. Compete à Direção Superior da PB Saúde:

I – cumprir e fazer cumprir este Estatuto, as normas em vigor e as políticas e decisões emanadas do Conselho de Administração;

II – exercer a gestão corporativa da PB Saúde;

III – elaborar proposta de planos operativos, regulamentos operacionais internos, peças orçamentárias, planos diretores de investimentos, minutas de contratos, políticas e quadro de pessoal, para submetê-los à prévia apreciação, para aprovação pelo Conselho de Administração, que por sua vez autorizará a Direção Superior da PB Saúde a assumir como suas atribuições:

a) elaborar e executar os planos operativos anuais e quadrienal, o orçamento anual, e o plano diretor de investimentos da PB Saúde;

b) elaborar e zelar pelas normativas e regulamentos internos previstos no artigo 18, inciso III;

c) definir a estrutura organizacional da PB Saúde e o seu regimento interno, bem como a executar a criação de filiais, unidades gestoras, escritórios, representações ou subsidiárias;

d) elaborar e gerenciar o contrato de gestão celebrado entre PB Saúde e a SES-PB;

e) elaborar e gerenciar o quadro de empregos e a estrutura remuneratória de pessoal;

f) planejar e executar a estratégia de longo prazo atualizada com análise de riscos e oportunidades para, no mínimo, os próximos 5 (cinco) anos; e

INTRODUÇÃO À SAÚDE PÚBLICA: DEFINIÇÕES E CONCEITOS BÁSICOS EM SAÚDE PÚBLICA; HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA

A saúde pública é um campo essencial da medicina e da enfermagem, dedicado à prevenção de doenças, prolongamento da vida e promoção da saúde através dos esforços organizados da sociedade. Diferente da prática clínica, que se concentra no cuidado individual, a saúde pública abrange a saúde das populações inteiras. A história da saúde pública é marcada por grandes avanços e transformações que moldaram a forma como as sociedades enfrentam problemas de saúde, desde as práticas rudimentares de higiene nas civilizações antigas até as complexas políticas de saúde do século XXI.

Entender a evolução da saúde pública é fundamental para profissionais de enfermagem, pois fornece uma perspectiva histórica que enriquece a prática contemporânea e informa a implementação de estratégias eficazes para o cuidado da população. Além disso, a história revela a interconexão entre fatores sociais, econômicos e políticos na formação das políticas de saúde, destacando o papel vital que os enfermeiros desempenharam e continuam a desempenhar na promoção da saúde pública.

Este texto tem como objetivo explorar a trajetória da saúde pública, desde seus primórdios até os dias atuais, destacando eventos chave, figuras importantes e avanços significativos. Vamos examinar as práticas de saúde pública nas civilizações antigas, as revoluções sanitárias que surgiram com a industrialização, as respostas às grandes epidemias e o desenvolvimento da enfermagem dentro desse contexto. Finalmente, analisaremos os avanços no século XX e XXI, refletindo sobre os desafios atuais e futuros para a enfermagem na saúde pública.

Ao final deste estudo, espera-se que o leitor tenha uma compreensão abrangente da evolução da saúde pública e do impacto que essa história tem na prática de enfermagem contemporânea. Essa perspectiva histórica é essencial para a formação de enfermeiros conscientes e preparados para enfrentar os desafios da saúde pública com conhecimento, empatia e eficácia.

Primeiros Registros e Práticas de Saúde Pública

A história da saúde pública remonta às primeiras civilizações humanas, onde práticas rudimentares de higiene e saneamento começaram a emergir como métodos para prevenir doenças e promover a saúde. Esses primeiros registros são fundamentais para entender a evolução do conceito de saúde pública e a importância da prevenção e controle de doenças ao longo da história.

- Civilizações Antigas e Práticas de Higiene

Nas civilizações antigas, práticas de saúde pública estavam frequentemente ligadas à religião e às crenças culturais. Os egípcios, por exemplo, tinham práticas avançadas de higiene pessoal e saneamento. Eles utilizavam banhos diários e tinham sistemas rudimentares de esgoto, além de práticas de embalsamamento que refletiam uma compreensão avançada de anatomia e preservação dos corpos.

Na Grécia Antiga, a relação entre saúde e ambiente era reconhecida por pensadores como Hipócrates, considerado o pai da medicina moderna. Ele observou que fatores como água e ar puro eram essenciais para a saúde, uma ideia que lançou as bases para a saúde ambiental. Os gregos também enfatizavam a importância da dieta e do exercício físico na promoção da saúde.

Os romanos avançaram ainda mais, com a construção de aquedutos para fornecer água potável e a criação de sistemas de esgoto para afastar os resíduos das áreas habitadas. Os banhos públicos e os sistemas de saneamento eram amplamente utilizados, e a saúde pública era uma preocupação do Estado, refletindo uma abordagem organizada e comunitária para a promoção da saúde.

- Influência das Culturas Egípcia, Grega e Romana

A influência das culturas egípcia, grega e romana na saúde pública foi profunda e duradoura. Os egípcios estabeleceram práticas de higiene que foram adotadas e adaptadas por civilizações subsequentes. Os gregos, com suas teorias sobre a relação entre ambiente e saúde, inspiraram futuras práticas de saúde ambiental e preventiva. Os romanos, com suas infraestruturas sanitárias avançadas, demonstraram a importância de um ambiente limpo para a saúde pública.

Essas civilizações também documentaram suas práticas de saúde e higiene, deixando um legado escrito que influenciou a medicina e a saúde pública por séculos. A combinação de observações

empíricas, práticas higienistas e uma abordagem comunitária para a saúde estabeleceu um alicerce sólido para o desenvolvimento da saúde pública moderna.

- Contribuições da Idade Média e o Surgimento das Primeiras Instituições de Saúde

Com a queda do Império Romano, muitas das práticas sanitárias avançadas foram abandonadas, resultando em condições insalubres que facilitaram a disseminação de doenças. No entanto, a Idade Média também viu o surgimento das primeiras instituições de saúde, como hospitais e lazaretos, que eram administrados por ordens religiosas. Esses hospitais medievais, inicialmente destinados ao cuidado dos peregrinos e dos pobres, evoluíram para instituições que ofereciam cuidados médicos básicos e isolamento para doentes.

A peste bubônica, ou Peste Negra, que dizimou grande parte da população europeia no século XIV, levou ao reconhecimento da necessidade de medidas de saúde pública mais rigorosas. A quarentena foi uma das respostas mais significativas a essa pandemia, demonstrando uma das primeiras tentativas organizadas de controlar a disseminação de doenças infecciosas.

Revoluções Sanitárias e o Desenvolvimento da Saúde Pública Moderna

A transição da saúde pública rudimentar para práticas mais estruturadas e organizadas ocorreu gradualmente, mas foi significativamente acelerada durante a Revolução Industrial. Este período trouxe mudanças profundas nas condições de vida e trabalho, que por sua vez, tiveram um impacto enorme na saúde das populações urbanas em crescimento. As reformas sanitárias emergiram como uma resposta a esses novos desafios, pavimentando o caminho para a saúde pública moderna.

- Revolução Industrial e os Problemas de Saúde Emergentes

A Revolução Industrial, iniciada no final do século XVIII, trouxe consigo uma urbanização rápida e sem precedentes. As cidades cresceram rapidamente, mas sem a infraestrutura adequada para suportar essa expansão. As condições de vida nas áreas urbanas eram muitas vezes deploráveis, com falta de saneamento básico, água potável e moradias adequadas. Esses fatores criaram um ambiente propício para a disseminação de doenças infecciosas, como cólera, febre tifoide e tuberculose.

Trabalhadores industriais enfrentavam jornadas extenuantes em condições insalubres e perigosas, resultando em altos índices de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho. Crianças trabalhavam em fábricas e minas, sofrendo de desnutrição e doenças crônicas. A falta de regulamentação e de cuidados médicos adequados exacerbava esses problemas.

- Início das Reformas Sanitárias

A grave situação de saúde pública durante a Revolução Industrial gerou uma crescente consciência e pressão para mudanças. O início das reformas sanitárias pode ser atribuído a várias figuras influentes e eventos chave. Uma das figuras mais proeminentes

foi Edwin Chadwick, um reformador social britânico que publicou o influente “Relatório sobre as Condições Sanitárias da População Trabalhadora” em 1842. O relatório de Chadwick expôs as terríveis condições de vida e de trabalho dos pobres urbanos, argumentando que a melhoria do saneamento poderia prevenir doenças e reduzir os custos com saúde.

Este relatório impulsionou a aprovação do Public Health Act de 1848 no Reino Unido, uma das primeiras leis a estabelecer uma abordagem sistemática e legislativa para a saúde pública. A lei criou o cargo de Medical Officer of Health e estabeleceu a necessidade de drenagem adequada, coleta de lixo e fornecimento de água limpa. Outros países começaram a adotar medidas semelhantes, reconhecendo a importância da infraestrutura sanitária para a saúde pública.

- Papel de Figuras Importantes, como Florence Nightingale

Florence Nightingale, conhecida como a fundadora da enfermagem moderna, desempenhou um papel crucial no avanço da saúde pública durante e após a Guerra da Crimeia (1853-1856). Nightingale implementou práticas de higiene rigorosas nos hospitais militares, reduzindo drasticamente as taxas de mortalidade. Sua ênfase na importância do ambiente limpo e ventilado para a recuperação dos pacientes influenciou significativamente as práticas de saúde pública.

Nightingale também foi uma defensora ardente da educação em enfermagem e da formação de enfermeiros especializados em saúde pública. Ela fundou a primeira escola de enfermagem secular do mundo, a Nightingale Training School, em 1860, no Hospital St. Thomas, em Londres. Seus métodos de ensino e padrões elevados estabeleceram uma nova era na formação de enfermeiros, preparando-os para desempenhar um papel vital na promoção da saúde pública e na prevenção de doenças.

A Era das Grandes Epidemias e as Respostas de Saúde Pública

A história da saúde pública é marcada por períodos de grandes epidemias que desafiaram as sociedades a desenvolver respostas eficazes para controlar a disseminação de doenças. Estas respostas variaram desde medidas preventivas básicas até a criação de organizações e estratégias de saúde pública que continuam a influenciar as práticas contemporâneas.

- Grandes Epidemias (Peste Bubônica, Variola, Cólera)

Ao longo dos séculos, várias epidemias devastadoras assolaram a humanidade, levando à morte de milhões e à transformação das práticas de saúde pública.

Peste Bubônica: Também conhecida como a Peste Negra, a Peste Bubônica foi responsável por dizimar cerca de um terço da população europeia no século XIV. Transmitida por pulgas de ratos infectados, a peste causou pânico e levou ao desenvolvimento de algumas das primeiras medidas de quarentena e isolamento. As cidades portuárias, que eram pontos de entrada para comerciantes e marinheiros, começaram a implementar quarentenas rigorosas para tentar controlar a disseminação da doença.

Variola: Uma das doenças mais mortais da história, a varíola foi uma das primeiras doenças a ser alvo de uma campanha de vacinação. No final do século XVIII, Edward Jenner desenvolveu a primeira vacina eficaz contra a varíola, utilizando material das pústulas da varíola bovina (cowpox) para induzir imunidade. Este avanço marcou o início da vacinação como uma estratégia crucial de saúde pública. A varíola foi oficialmente erradicada em 1980, graças a um esforço global de vacinação liderado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Cólera: A cólera é uma doença bacteriana que causou várias pandemias durante os séculos XIX e XX. As descobertas de John Snow, um médico britânico, foram fundamentais para a compreensão da transmissão da cólera. Em 1854, durante um surto em Londres, Snow identificou uma bomba de água contaminada como a fonte do surto, demonstrando a importância do saneamento e do abastecimento de água limpa na prevenção de doenças. Suas investigações pioneiras deram origem à epidemiologia moderna.

- Criação de Organizações de Saúde e Estratégias de Controle

A recorrência de grandes epidemias ao longo da história levou à criação de diversas organizações e ao desenvolvimento de estratégias de saúde pública para combater essas ameaças.

Organizações de Saúde: Em resposta à crescente necessidade de uma abordagem coordenada para a saúde pública, várias organizações internacionais foram estabelecidas. A Liga das Nações criou a Organização de Higiene, precursora da Organização Mundial da Saúde (OMS), que foi fundada em 1948. A OMS tem sido fundamental na coordenação de respostas globais a epidemias e na implementação de campanhas de vacinação e outras estratégias de saúde pública.

Estratégias de Controle: As estratégias de controle de epidemias evoluíram significativamente ao longo do tempo. Além da quarentena e do isolamento, a vacinação emergiu como uma das estratégias mais eficazes. Campanhas de vacinação em massa contra doenças como poliomielite, sarampo e varíola salvaram milhões de vidas. Outras medidas incluem o desenvolvimento de sistemas de vigilância epidemiológica, que monitoram e respondem rapidamente a surtos de doenças, e programas de educação em saúde que promovem práticas de higiene e prevenção.

- Vacinação e Outras Medidas Preventivas

A vacinação é uma das maiores conquistas da saúde pública, prevenindo a disseminação de doenças infecciosas e erradicando algumas delas. Além da vacinação, outras medidas preventivas têm sido cruciais na resposta a epidemias.

Higiene e Saneamento: A promoção da higiene pessoal e a melhoria do saneamento básico são fundamentais para prevenir a disseminação de doenças. Programas de educação em saúde têm enfatizado a importância de lavar as mãos, utilizar instalações sanitárias adequadas e consumir água potável.

Isolamento e Quarentena: Estas medidas têm sido usadas desde os tempos medievais para controlar a disseminação de doenças infecciosas. Durante surtos de doenças altamente contagiosas, o isolamento de casos confirmados e a quarentena de indivíduos expostos são práticas comuns para limitar a transmissão.

Vigilância Epidemiológica: A vigilância contínua de doenças é essencial para identificar e responder rapidamente a surtos. Sistemas de vigilância coletam dados sobre a ocorrência de doenças, monitoram tendências e facilitam a implementação de medidas de controle.

A Evolução da Enfermagem dentro da Saúde Pública

A história da enfermagem é intimamente ligada ao desenvolvimento da saúde pública. Ao longo dos séculos, os enfermeiros desempenharam um papel fundamental na promoção da saúde, prevenção de doenças e prestação de cuidados. A evolução da enfermagem dentro da saúde pública reflete mudanças nas práticas de saúde, avanços na educação e formação dos profissionais e o impacto de líderes visionários na área.

- Enfermagem no Contexto das Reformas Sanitárias

Durante as reformas sanitárias do século XIX, a enfermagem começou a emergir como uma profissão organizada e indispensável para a saúde pública. Florence Nightingale foi uma das figuras mais influentes desse período. Suas contribuições durante a Guerra da Crimeia demonstraram a importância da higiene, saneamento e cuidados qualificados para a recuperação dos pacientes.

Nightingale introduziu práticas de higiene rigorosas nos hospitais militares, o que reduziu significativamente as taxas de mortalidade. Após a guerra, ela fundou a Nightingale Training School for Nurses em Londres, estabelecendo padrões elevados para a formação de enfermeiros e enfatizando a importância da prática baseada em evidências. A formação de enfermeiros capacitados tornou-se essencial para a implementação eficaz das reformas sanitárias.

- Educação e Formação em Enfermagem Pública

A evolução da enfermagem dentro da saúde pública também foi marcada pelo desenvolvimento de programas de educação e formação especializados. No final do século XIX e início do século XX, escolas de enfermagem começaram a incluir cursos de saúde pública em seus currículos. Enfermeiros eram treinados não apenas para prestar cuidados individuais, mas também para trabalhar em comunidades, promovendo a saúde e prevenindo doenças.

Nos Estados Unidos, a enfermeira Lillian Wald foi uma pioneira na enfermagem de saúde pública. Em 1893, ela fundou a Henry Street Settlement em Nova York, onde enfermeiros visitavam as casas dos pobres para fornecer cuidados de saúde e educação em higiene. Wald cunhou o termo “enfermagem de saúde pública” e seu trabalho destacou a importância de abordar os determinantes sociais da saúde, como habitação e condições de trabalho.

- Contribuições Significativas de Enfermeiros na Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças

Enfermeiros de saúde pública desempenharam um papel vital em várias campanhas de saúde ao longo do século XX. Eles foram fundamentais na luta contra doenças infecciosas através de programas de vacinação, campanhas de educação em saúde e iniciativas de saneamento. Alguns exemplos notáveis incluem:

- Campanhas de Vacinação: Enfermeiros de saúde pública foram essenciais na administração de vacinas durante surtos de doenças como poliomielite, sarampo e rubéola. Eles organizaram clínicas de vacinação em escolas, centros comunitários e áreas rurais, alcançando populações vulneráveis e garantindo uma alta cobertura vacinal.

- Educação em Saúde: Enfermeiros educaram comunidades sobre práticas de higiene, nutrição e prevenção de doenças. Eles desenvolveram materiais educativos, realizaram palestras e trabalharam com líderes comunitários para disseminar informações de saúde.

- Controle de Doenças: Durante surtos de doenças infecciosas, enfermeiros de saúde pública realizavam rastreamento de contatos, ofereciam testes e tratamentos e implementavam medidas de quarentena e isolamento. Seu trabalho foi crucial para controlar a disseminação de doenças e proteger a saúde das comunidades.

- Desafios e Avanços na Enfermagem de Saúde Pública

Apesar das contribuições significativas, a enfermagem de saúde pública enfrentou vários desafios ao longo dos anos. A escassez de profissionais qualificados, a falta de recursos e o reconhecimento insuficiente da importância da saúde pública foram barreiras significativas. No entanto, avanços na educação e na formação, bem como a crescente valorização do papel dos enfermeiros na saúde pública, ajudaram a superar muitos desses desafios.

Nos últimos anos, a enfermagem de saúde pública tem se adaptado a novas realidades e desafios, como o envelhecimento da população, as mudanças climáticas e as ameaças de pandemias globais. Enfermeiros continuam a ser a linha de frente na resposta a emergências de saúde pública, mostrando resiliência e dedicação na proteção da saúde das comunidades.

A história da saúde pública é uma narrativa rica e complexa, marcada por desafios, inovações e transformações significativas. Desde os primeiros registros de práticas de higiene nas civilizações antigas até as respostas organizadas às grandes epidemias, a saúde pública evoluiu continuamente para proteger e promover a saúde das populações. A enfermagem, como uma parte integrante desse campo, desempenhou um papel crucial em cada etapa dessa evolução.

PAPEL DOS TÉCNICOS DE SAÚDE PÚBLICA NA COMUNIDADE

Os técnicos de saúde pública desempenham um papel vital na promoção da saúde e no bem-estar das comunidades ¹. Esses profissionais são responsáveis por implementar programas de saúde, monitorar a incidência de doenças, promover práticas saudáveis e colaborar com outros profissionais de saúde para garantir que as necessidades de saúde da população sejam atendidas. A atuação dos técnicos de saúde pública é fundamental para a prevenção de doenças, a promoção da saúde e a redução das desigualdades em saúde.

O técnico de saúde pública é um profissional qualificado que possui formação específica para atuar em diversas áreas da saúde comunitária. Sua atuação pode incluir a vigilância epidemiológica, a educação em saúde, a gestão de programas de saúde pública e a prestação de serviços de saúde diretamente à população. Esses profissionais são essenciais para a implementação de políticas de saúde e para a realização de ações que visam melhorar os indicadores de saúde das comunidades.

A importância dos técnicos de saúde pública na comunidade não pode ser subestimada. Eles são a linha de frente no combate a surtos de doenças, na promoção de campanhas de vacinação, na educação da população sobre práticas saudáveis e na coordenação de respostas a emergências de saúde. Seu trabalho contribui significativamente para a redução da morbidade e mortalidade, além de promover a equidade no acesso aos serviços de saúde.

Este texto tem como objetivo explorar o papel dos técnicos de saúde pública na comunidade, destacando suas funções, a importância de sua atuação, os desafios que enfrentam e as oportunidades de desenvolvimento profissional. Serão abordados os requisitos educacionais e de capacitação desses profissionais, suas principais funções e o impacto de seu trabalho na saúde comu-

1 Referências

TURNOCK, Bernard J. *Public Health: What It Is and How It Works*. 6. ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2015.

SCHNEIDER, Mary-Jane. *Introduction to Public Health*. 6. ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Publicações e diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil*. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude>>. Acesso em: 19 jul. 2024.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). *Treinamento e Capacitação*. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/training>>.

PUBLIC HEALTH FOUNDATION. *Recursos de Educação e Capacitação*. Disponível em: <<https://www.phf.org>>

BERRIDGE, Virginia. *Public Health: A Very Short Introduction*. Oxford: Oxford University Press, 2016.

SULLIVAN, Lisa M. *Principles of Public Health Practice*. 4. ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2014.

SKOLNIK, Richard. *Global Health 101*. 4. ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2019.

INSTITUTE OF MEDICINE (US). *The Future of Public Health*. Washington, D.C.: National Academies Press, 1988.