



PB SAÚDE

FUNDAÇÃO PARAIBANA DE GESTÃO EM SAÚDE

Enfermeiro

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

**CÓD: OP-077ST-24
7908403561964**

Língua Portuguesa

1. Leitura, compreensão e interpretação de textos	7
2. Estruturação do texto e dos parágrafos	7
3. Articulação do texto: pronomes e expressões referenciais, nexos, operadores sequenciais	8
4. Significação contextual de palavras e expressões	8
5. Equivalência e transformação de estruturas.....	9
6. Sintaxe: processos de coordenação e subordinação.....	10
7. Emprego de tempos e modos verbais. Funções das classes de palavras.....	11
8. Estrutura e formação de palavras	20
9. Flexão nominal e verbal	20
10. Pronomes: emprego, formas de tratamento e colocação.....	21
11. Concordância nominal e verbal	21
12. Regência nominal e verbal.....	23
13. Ortografia oficial	23
14. Acentuação gráfica.....	24

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.....	35
2. Constituição Federal 1988, Título VIII - artigos de 194 a 200.....	38
3. Lei Orgânica da Saúde - Lei n.º 8.080/1990	41
4. Lei nº 8.142/1990	52
5. Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011.....	53
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)	57
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	80
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	87

Legislação da PB Saúde

1. Estatuto da PB Saúde - Decreto Nº 40.096 de 28 de fevereiro de 2020	97
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	107
3. Regimento Interno da PB Saúde - Aprovado na 1ª Reunião Ordinária do Conselho de Administração, realizada no dia 13 de novembro de 2020.....	111

Conhecimentos Específicos

Enfermeiro

1. Vigilância epidemiológica e vigilância em saúde: programas de prevenção e controle de doenças transmissíveis prevalentes no cenário epidemiológico brasileiro; doenças e agravos não- transmissíveis.....	125
2. Programa Nacional de Imunizações.....	135
3. Modalidades assistenciais: hospital-dia, assistência domiciliar, trabalho de grupo; prática de enfermagem na comunidade; cuidado de saúde familiar.....	142
4. Prática de enfermagem na comunidade.....	145
5. Estratégia da Saúde da Família.....	146
6. Teorias e processo de enfermagem: taxonomias de diagnósticos de enfermagem.....	148
7. Assistência de enfermagem ao adulto portador de transtorno mental; Unidades de atenção à saúde mental; Ambulatório de saúde mental, centro de atenção psicossocial e hospital psiquiátrico; Instrumentos de intervenção de enfermagem em saúde mental; Relacionamento interpessoal, comunicação terapêutica, psicopatologias, psicofarmacologia.....	150
8. Assistência de enfermagem em gerontologia.....	163
9. Procedimentos técnicos em enfermagem.....	165
10. Assistência de enfermagem perioperatória.....	192
11. Assistência de enfermagem a pacientes com alterações da função cardiovascular e circulatória: digestiva e gastrointestinal; metabólica e endócrina; renal e do trato urinário; reprodutiva; tegumentar; neurológica; músculo esquelético.....	208
12. Assistência de enfermagem aplicada à saúde sexual e reprodutiva da mulher com ênfase nas ações de baixa e média complexidade; Assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérper; Assistência de enfermagem ao recém-nascido; Modelos de atenção ao recém-nascido que compõem o programa de humanização no pré-natal e nascimento; Assistência de enfermagem à criança sadia; Crescimento, desenvolvimento, aleitamento materno, alimentação; Cuidado nas doenças prevalentes na infância (diarreicas e respiratórias).....	211
13. Assistência de enfermagem à mulher no climatério e menopausa e na prevenção e tratamento de ginecopatias.....	245
14. Atendimento a pacientes em situações de urgência e emergência: estrutura organizacional do serviço de emergência hospitalar; suporte básico de vida em emergências; emergências relacionadas a doenças do aparelho respiratório, do aparelho circulatório e psiquiátricas; atendimento inicial ao politraumatizado; atendimento na parada cardiorrespiratória; assistência de enfermagem ao paciente crítico com distúrbios hidroeletrólíticos, acidobásicos, insuficiência respiratória e ventilação mecânica; insuficiência renal e métodos dialíticos; insuficiência hepática.....	248
15. Avaliação de consciência no paciente em coma.....	268
16. Violência, abuso de drogas, intoxicações, emergências ambientais.....	269
17. Gerenciamento de enfermagem em serviços de saúde; Gerenciamento de recursos humanos; Dimensionamento, recrutamento e seleção, educação continuada, avaliação de desempenho, liderança, supervisão, comunicação, relações de trabalho e processo grupal; Avaliação da qualidade nos processos de trabalho; Custos, auditoria, acreditação; Processo de trabalho de gerenciamento em enfermagem.....	270
18. Atuação da enfermagem em procedimentos e métodos diagnósticos.....	272
19. Agravos à saúde relacionados ao trabalho.....	274
20. Pressupostos teóricos e metodológicos da pesquisa em saúde e enfermagem.....	275
21. Central de material e esterilização; processamento de produtos para saúde; Processos de esterilização de produtos para saúde; controle de qualidade e validação dos processos de esterilização de produtos para saúde.....	278
22. Práticas de biossegurança aplicadas ao processo de cuidar; Risco biológico e medidas de precauções básicas para a segurança individual e coletiva no serviço de assistência à saúde; Prevenção- padrão e precauções por forma de transmissão das doenças; Definição, indicações de uso e recursos materiais.; Medidas de proteção cabíveis nas situações de risco potencial de exposição; Controle de infecção hospitalar.....	289
23. Código de ética dos profissionais de enfermagem.....	296

LÍNGUA PORTUGUESA

LEITURA, COMPREENSÃO E INTERPRETAÇÃO DE TEXTOS

Compreender e interpretar textos é essencial para que o objetivo de comunicação seja alcançado satisfatoriamente. Com isso, é importante saber diferenciar os dois conceitos. Vale lembrar que o texto pode ser verbal ou não-verbal, desde que tenha um sentido completo.

A **compreensão** se relaciona ao entendimento de um texto e de sua proposta comunicativa, decodificando a mensagem explícita. Só depois de compreender o texto que é possível fazer a sua interpretação.

A **interpretação** são as conclusões que chegamos a partir do conteúdo do texto, isto é, ela se encontra para além daquilo que está escrito ou mostrado. Assim, podemos dizer que a interpretação é subjetiva, contando com o conhecimento prévio e do repertório do leitor.

Dessa maneira, para compreender e interpretar bem um texto, é necessário fazer a decodificação de códigos linguísticos e/ou visuais, isto é, identificar figuras de linguagem, reconhecer o sentido de conjunções e preposições, por exemplo, bem como identificar expressões, gestos e cores quando se trata de imagens.

Dicas práticas

1. Faça um resumo (pode ser uma palavra, uma frase, um conceito) sobre o assunto e os argumentos apresentados em cada parágrafo, tentando traçar a linha de raciocínio do texto. Se possível, adicione também pensamentos e inferências próprias às anotações.
2. Tenha sempre um dicionário ou uma ferramenta de busca por perto, para poder procurar o significado de palavras desconhecidas.
3. Fique atento aos detalhes oferecidos pelo texto: dados, fonte de referências e datas.
4. Sublinhe as informações importantes, separando fatos de opiniões.
5. Perceba o enunciado das questões. De um modo geral, questões que esperam **compreensão do texto** aparecem com as seguintes expressões: o autor afirma/sugere que...; segundo o texto...; de acordo com o autor... Já as questões que esperam **interpretação do texto** aparecem com as seguintes expressões: conclui-se do texto que...; o texto permite deduzir que...; qual é a intenção do autor quando afirma que...

ESTRUTURAÇÃO DO TEXTO E DOS PARÁGRAFOS

Uma boa redação é dividida em ideias relacionadas entre si ajustadas a uma ideia central que norteia todo o pensamento do texto. Um dos maiores problemas nas redações é estruturar as ideias para fazer com que o leitor entenda o que foi dito no texto. Fazer uma estrutura no texto para poder guiar o seu pensamento e o do leitor.

Parágrafo

O parágrafo organizado em torno de uma ideia-núcleo, que é desenvolvida por ideias secundárias. O parágrafo pode ser formado por uma ou mais frases, sendo seu tamanho variável. No texto dissertativo-argumentativo, os parágrafos devem estar todos relacionados com a tese ou ideia principal do texto, geralmente apresentada na introdução.

Embora existam diferentes formas de organização de parágrafos, os textos dissertativo-argumentativos e alguns gêneros jornalísticos apresentam uma estrutura-padrão. Essa estrutura consiste em três partes: a ideia-núcleo, as ideias secundárias (que desenvolvem a ideia-núcleo) e a conclusão (que reafirma a ideia-básica). Em parágrafos curtos, é raro haver conclusão.

Introdução: faz uma rápida apresentação do assunto e já traz uma ideia da sua posição no texto, é normalmente aqui que você irá identificar qual o problema do texto, o porque ele está sendo escrito. Normalmente o tema e o problema são dados pela própria prova.

Desenvolvimento: elabora melhor o tema com argumentos e ideias que apoiem o seu posicionamento sobre o assunto. É possível usar argumentos de várias formas, desde dados estatísticos até citações de pessoas que tenham autoridade no assunto.

Conclusão: faz uma retomada breve de tudo que foi abordado e conclui o texto. Esta última parte pode ser feita de várias maneiras diferentes, é possível deixar o assunto ainda aberto criando uma pergunta reflexiva, ou concluir o assunto com as suas próprias conclusões a partir das ideias e argumentos do desenvolvimento.

Outro aspecto que merece especial atenção são os conectores. São responsáveis pela coesão do texto e tornam a leitura mais fluente, visando estabelecer um encadeamento lógico entre as ideias e servem de ligação entre o parágrafo, ou no interior do período, e o tópico que o antecede.

Saber usá-los com precisão, tanto no interior da frase, quanto ao passar de um enunciado para outro, é uma exigência também para a clareza do texto.

Sem os conectores (pronomes relativos, conjunções, advérbios, preposições, palavras denotativas) as ideias não fluem, muitas vezes o pensamento não se completa, e o texto torna-se obscuro, sem coerência.

Esta estrutura é uma das mais utilizadas em textos argumentativos, e por conta disso é mais fácil para os leitores.

Existem diversas formas de se estruturar cada etapa dessa estrutura de texto, entretanto, apenas segui-la já leva ao pensamento mais direto.

ARTICULAÇÃO DO TEXTO: PRONOMES E EXPRESSÕES REFERENCIAIS, NEXOS, OPERADORES SEQUENCIAIS

A coerência e a coesão são essenciais na escrita e na interpretação de textos. Ambos se referem à relação adequada entre os componentes do texto, de modo que são independentes entre si. Isso quer dizer que um texto pode estar coeso, porém incoerente, e vice-versa.

Enquanto a coesão tem foco nas questões gramaticais, ou seja, ligação entre palavras, frases e parágrafos, a coerência diz respeito ao conteúdo, isto é, uma sequência lógica entre as ideias.

Coesão

A coesão textual ocorre, normalmente, por meio do uso de **conectivos** (preposições, conjunções, advérbios). Ela pode ser obtida a partir da **anáfora** (retoma um componente) e da **catáfora** (antecipa um componente).

Confira, então, as principais regras que garantem a coesão textual:

REGRA	CARACTERÍSTICAS	EXEMPLOS
REFERÊNCIA	<ul style="list-style-type: none"> – Pessoal (uso de pronomes pessoais ou possessivos) – anafórica – Demonstrativa (uso de pronomes demonstrativos e advérbios) – catáfora – Comparativa (uso de comparações por semelhanças) 	<p>João e Maria são crianças. <i>Eles</i> são irmãos. Fiz todas as tarefas, exceto <u>esta</u>: colonização africana. Mais um ano <u>igual</u> aos outros...</p>
SUBSTITUIÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> – Substituição de um termo por outro, para evitar repetição 	<p>Maria está triste. A <u>menina</u> está cansada de ficar em casa.</p>
ELIPSE	<ul style="list-style-type: none"> – Omissão de um termo 	<p>No quarto, apenas quatro ou cinco convidados. (omissão do verbo “haver”)</p>
CONJUNÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> – Conexão entre duas orações, estabelecendo relação entre elas 	<p>Eu queria ir ao cinema, <u>mas</u> estamos de quarentena.</p>
COESÃO LEXICAL	<ul style="list-style-type: none"> – Utilização de sinônimos, hiperônimos, nomes genéricos ou palavras que possuem sentido aproximado e pertencente a um mesmo grupo lexical. 	<p>A minha <u>casa</u> é clara. Os <u>quartos</u>, a <u>sala</u> e a <u>cozinha</u> têm janelas grandes.</p>

Coerência

Nesse caso, é importante conferir se a mensagem e a conexão de ideias fazem sentido, e seguem uma linha clara de raciocínio.

Existem alguns conceitos básicos que ajudam a garantir a coerência. Veja quais são os principais princípios para um texto coerente:

- **Princípio da não contradição:** não deve haver ideias contraditórias em diferentes partes do texto.
- **Princípio da não tautologia:** a ideia não deve estar redundante, ainda que seja expressa com palavras diferentes.
- **Princípio da relevância:** as ideias devem se relacionar entre si, não sendo fragmentadas nem sem propósito para a argumentação.
- **Princípio da continuidade temática:** é preciso que o assunto tenha um seguimento em relação ao assunto tratado.
- **Princípio da progressão semântica:** inserir informações novas, que sejam ordenadas de maneira adequada em relação à progressão de ideias.

Para atender a todos os princípios, alguns fatores são recomendáveis para garantir a coerência textual, como amplo **conhecimento de mundo**, isto é, a bagagem de informações que adquirimos ao longo da vida; **inferências** acerca do conhecimento de mundo do leitor; e **informatividade**, ou seja, conhecimentos ricos, interessantes e pouco previsíveis.

SIGNIFICAÇÃO CONTEXTUAL DE PALAVRAS E EXPRESSÕES

Este é um estudo da **semântica**, que pretende classificar os sentidos das palavras, as suas relações de sentido entre si. Conheça as principais relações e suas características:

Sinonímia e antonímia

As palavras **sinônimas** são aquelas que apresentam significado semelhante, estabelecendo relação de proximidade.

Exemplo: *inteligente* <—> *esperto*

Já as palavras **antônimas** são aquelas que apresentam significados opostos, estabelecendo uma relação de contrariedade.

Exemplo: *forte* <—> *fraco*

Parônimos e homônimos

As palavras **parônimas** são aquelas que possuem grafia e pronúncia semelhantes, porém com significados distintos.

Exemplo: *cumprimento* (saudação) X *comprimento* (extensão); *tráfego* (trânsito) X *tráfico* (comércio ilegal).

As palavras **homônimas** são aquelas que possuem a mesma grafia e pronúncia, porém têm significados diferentes.

Exemplo: *rio* (verbo “rir”) X *rio* (curso d’água); *manga* (blusa) X *manga* (fruta).

As palavras **homófonas** são aquelas que possuem a mesma pronúncia, mas com escrita e significado diferentes.

Exemplo: *cem* (numeral) X *sem* (falta); *conserto* (arrumar) X *concerto* (musical).

As palavras **homógrafas** são aquelas que possuem escrita igual, porém som e significado diferentes.

Exemplo: *colher* (talher) X *colher* (verbo); *acerto* (substantivo) X *acerto* (verbo).

Polissemia e monosssemia

As palavras **polissêmicas** são aquelas que podem apresentar mais de um significado, a depender do contexto em que ocorre a frase.

Exemplo: *cabeça* (parte do corpo humano; líder de um grupo).

Já as palavras **monossêmicas** são aquelas apresentam apenas um significado.

Exemplo: *eneágono* (polígono de nove ângulos).

Denotação e conotação

Palavras com **sentido denotativo** são aquelas que apresentam um sentido objetivo e literal.

Exemplo: *Está fazendo frio.* / *Pé da mulher.*

Palavras com **sentido conotativo** são aquelas que apresentam um sentido simbólico, figurado.

Exemplo: *Você me olha com frieza.* / *Pé da cadeira.*

Hiperonímia e hiponímia

Esta classificação diz respeito às relações hierárquicas de significado entre as palavras.

Desse modo, um **hiperônimo** é a palavra superior, isto é, que tem um sentido mais abrangente.

Exemplo: *Fruta é hiperônimo de limão.*

Já o **hipônimo** é a palavra que tem o sentido mais restrito, portanto, inferior, de modo que o hiperônimo engloba o hipônimo.

Exemplo: *Limão é hipônimo de fruta.*

Formas variantes

São as palavras que permitem mais de uma grafia correta, sem que ocorra mudança no significado.

Exemplo: *loiro – louro / enfarte – infarto / gatinhar – engatinhar.*

Arcaísmo

São palavras antigas, que perderam o uso frequente ao longo do tempo, sendo substituídas por outras mais modernas, mas que ainda podem ser utilizadas. No entanto, ainda podem ser bastante encontradas em livros antigos, principalmente.

Exemplo: *botica* <—> *farmácia* / *franquia* <—> *sinceridade*.

EQUIVALÊNCIA E TRANSFORMAÇÃO DE ESTRUTURAS

A equivalência e transformação de estruturas consiste em saber mudar uma sentença ou parte dela de modo a que fique gramaticalmente correta. Um exemplo muito comum em provas de concursos é o enunciado trazer uma frase no singular, por exemplo, e pedir que o aluno passe a frase para o plural, mantendo o sentido. Outro exemplo é o enunciado dar a frase em um tempo verbal, e pedir que o aluno a passe para outro tempo. Ou ainda a reescritura de trechos, mantendo a correção semântica e sintática.

Paralelismo Sintático e Paralelismo Semântico

O paralelismo sintático é um conceito que trata de um **encadeamento ou de uma repetição de estruturas sintáticas semelhantes** (termos ou orações), em uma sequência ou enumeração. Tal conceito está diretamente ligado ao conceito de coordenação. Termos coordenados entre si são aqueles que desempenham a mesma função sintática dentro do período.

Orações coordenadas são aquelas sintaticamente semelhantes e independentes uma da outra. Normalmente há conectivos ligando tais termos ou orações.

Segundo o gramático Manoel Pinto Ribeiro, neste processo de encadeamento de termos ou orações, há elementos gramaticais, principalmente conectivos coordenativos, que são utilizados com frequência.¹

A coerência é um dos pontos importantes nesta temática. Desta forma, para que toda interlocução se materialize de forma plausível, antes de tudo, as ideias precisam estar dispostas em uma sequência lógica, clara e precisa, pois, se por um motivo ou outro houver uma quebra desta sequência, o discurso certamente estará comprometido.

Mediante este aspecto, vale dizer que determinados elementos revelam sua parcela de contribuição para que tais pressupostos se tornem efetivamente concretizados, o que é garantido, muitas vezes, pelo paralelismo sintático e pelo paralelismo semântico.

Esses se caracterizam pelas relações de semelhança que determinadas palavras e expressões apresentam entre si. Tais relações de similaridade podem se dar no campo morfológico (quando as palavras integram a mesma classe gramatical), no semântico (quando há correspondência de sentido) e no sintático (quando a construção de frases e orações se apresenta de forma semelhante).

Assim, analisemos um caso no qual podemos constatar a ausência de paralelismo de ordem morfológica:

“A tão inesperada decisão é fruto resultante de humilhações, mágoas, concepções equivocadas e agressores por parte de colegas que almejavam ocupar sua função.”

Constatamos uma nítida ruptura relacionada a fatores de ordem gramatical, demarcada pela exposição de um adjetivo (agressores) em detrimento ao substantivo “agressões”.

¹ PESTANA, Fernando. *A gramática para concursos*. Elsevier. 2013.

Ausência de Paralelismo de Ordem Semântica

Observe o exemplo: “Marcela amou-me durante quinze meses e onze contos de réis” (Machado de Assis).

Detectamos que houve uma quebra de sentido com relação à ideia expressa pelo tempo, ao associá-lo com a noção de quantidade, valor.

Ausência de Paralelismo de Ordem Sintática

Observe o exemplo: “O respeito às leis de trânsito não representa segurança somente para o motorista e é para o pedestre.”

Tal ocorrência manifesta-se por intermédio do uso do conectivo “e” em detrimento a outro, que também integra a classe das conjunções aditivas, representado pela expressão “*mas também*.”

Assim, no intento de reformularmos o discurso, obteríamos: “O respeito às leis de trânsito não representa segurança somente para o motorista, mas também para o pedestre.”

Vejamos outros casos que representam esta dualidade paralelística:

– Não só... mas também

“O respeito às leis de trânsito representa segurança não só para o motorista, mas também para o pedestre.”

Tal construção, além de expressar a ideia de adição, ainda retrata um enfoque especial ao se referir aos pedestres (representada pela conjunção “*mas também*”).

– Quanto mais... (tanto) mais

“Atualmente, quanto mais nos aperfeçoamos, mais temos condições de ser bem sucedidos.”

As estruturas paralelísticas denotam o sentido de progressão entre os elementos.

– Tanto... quanto

“O tabagismo é prejudicial tanto para os fumantes ativos, quanto para os passivos.”

Aqui, tais estruturas, além de expressarem adição, ainda acrescentam uma ideia de equiparação ou equivalência.

– Primeiro... segundo

“Há dois procedimentos a realizar: primeiro você diz toda a verdade; segundo, pede desculpas pelo erro cometido.”

Constatamos que os elementos utilizados se relacionam à ideia de uma enumeração, evidenciados de forma sequencial.

– Não... e não / nem

“Não obteve um bom resultado neste ano, nem no anterior.”

Tal recurso foi empregado no sentido de evidenciar uma sequência negativa em relação aos fatos.

– Seja... seja / quer...quer / ora... ora

“Quer você apareça, quer não, iremos ao cinema.”

O emprego das estruturas paralelísticas está relacionado à noção de alternância no que se refere às ações.

– Por um lado... por outro

“Se por um lado as obras garantem o emprego de todos, por outro, desagradam aos moradores.”

Tempos Verbais

Observe o exemplo:

“Se todos comparecessem, o evento ficaria mais animado.”

“Se todos comparecerem, o evento ficará mais animado.”

Constatamos que o emprego do pretérito imperfeito do subjuntivo (comparecessem) na oração subordinada condicional requisita o emprego do futuro do pretérito (ficaria) na oração principal.

Já o emprego do futuro do subjuntivo (comparecerem) na oração subordinada pede o emprego do futuro do presente (ficará) na principal.²

SINTAXE: PROCESSOS DE COORDENAÇÃO E SUBORDINAÇÃO

A sintaxe estuda o conjunto das relações que as palavras estabelecem entre si. Dessa maneira, é preciso ficar atento aos enunciados e suas unidades: **frase, oração e período**.

Frase é qualquer palavra ou conjunto de palavras ordenadas que apresenta sentido completo em um contexto de comunicação e interação verbal. A **frase nominal** é aquela que não contém verbo. Já a **frase verbal** apresenta um ou mais verbos (locução verbal).

Oração é um enunciado organizado em torno de um único verbo ou locução verbal, de modo que estes passam a ser o núcleo da oração. Assim, o predicativo é obrigatório, enquanto o sujeito é opcional.

Período é uma unidade sintática, de modo que seu enunciado é organizado por uma oração (período simples) ou mais orações (período composto). Eles são iniciados com letras maiúsculas e finalizados com a pontuação adequada.

Análise sintática

A análise sintática serve para estudar a estrutura de um período e de suas orações. Os termos da oração se dividem entre:

– **Essenciais (ou fundamentais)**: sujeito e predicado

– **Integrantes**: completam o sentido (complementos verbais e nominais, agentes da passiva)

– **Acessórios**: função secundária (adjuntos adnominais e adverbiais, apóstos)

Termos essenciais da oração

Os termos essenciais da oração são o sujeito e o predicado. O sujeito é aquele sobre quem diz o resto da oração, enquanto o predicado é a parte que dá alguma informação sobre o sujeito, logo, onde o verbo está presente.

O **sujeito** é classificado em **determinado** (facilmente identificável, podendo ser simples, composto ou implícito) e **indeterminado**, podendo, ainda, haver a **oração sem sujeito** (a mensagem se concentra no verbo impessoal):

Lúcio dormiu cedo.

Aluga-se casa para réveillon.

Choveu bastante em janeiro.

Quando o sujeito aparece no início da oração, dá-se o nome de **sujeito direto**. Se aparecer depois do predicado, é o caso de **sujeito inverso**. Há, ainda, a possibilidade de o sujeito aparecer no meio da oração:

² classroombr.blogspot.com.br/2014/07/equivalencia-e-transformacao-de.html

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 ARCABOUÇO 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, consequentemente, poupar que recursos materiais, financeiros e humanos sejam gastos desnecessariamente.

Descentralização: A redistribuição do poder ligado a 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 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>P</u> revidência Social
A	<u>A</u> ssistência Social
S	<u>S</u> aúde

**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)



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; 132º 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, prote-

ção 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

II– 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) a contratação de empréstimos para a PB Saúde;

e) a proposta de criação de subsidiárias; e

f) a 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

g) construir o plano operativo anual para o exercício seguinte, contendo as estratégias traçadas para alcançar os objetivos, metas e resultados institucionais a serem alcançados, devendo ser apresentado, até a última reunião ordinária do Conselho de Administração do ano anterior.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Enfermeiro

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE: PROGRAMAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS PREVALENTES NO CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO BRASILEIRO; DOENÇAS E AGRAVOS NÃO-TRANSMISSÍVEIS

O termo Vigilância Epidemiológica é utilizado em referência ao controle de doenças transmissíveis e surgiu a partir do surto de malária que aconteceu em meados do século passado. Até então, o enfoque do tratamento e controle de doenças transmissíveis no Brasil era centrado na vigilância de pessoas, utilizando medidas de isolamento e quarentena, aplicadas de forma individual e não com enfoque no coletivo.

Alguns anos depois, no surto da varíola por volta de 1960, foi utilizada a busca ativa de casos, afim de promover a identificação precoce de surtos da doença e, assim, bloquear o ciclo de transmissão antes que ele se firmasse e saísse do controle. A Campanha de Irradicação da Varíola ficou conhecida como um marco epidemiológico na saúde brasileira, o que fomentou a organização de unidades de vigilância epidemiológica, graças ao sucesso das iniciativas por ela aplicadas.

A 5ª Conferência Nacional de Saúde instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), por meio da legislação específica descrita na Lei nº6.259/75 e no Decreto 78.231/76, onde se tornou obrigatório a notificação de doenças transmissíveis selecionadas.

Observação: Recomenda-se a leitura na íntegra da Lei nº6.259 da CF e do Decreto 78.231/76

O SUS incorporou o SNVE legalmente no texto da lei nº8.080/90, definindo a vigilância epidemiológica como “um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”, extravasando os princípios do SUS para a vigilância epidemiológica, como a descentralização, universalidade, equidade e integralidade.

Com a alteração do perfil epidemiológico da população brasileira e graças a diminuição drástica do número de afetados e mortos por doenças infectocontagiosas e, simultaneamente, com o aumento expressivo de doentes crônico-degenerativos, foi ampliado o escopo de doenças e agravos não transmissíveis na vigilância epidemiológica.

A vigilância epidemiológica também atua na educação permanente de profissionais da área de saúde, promovendo a atualização de informações no controle de doenças e agravos. Além disso, também desempenha papel importante no planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde, sendo à ela atribuídas as funções de coleta de dados, processamento dos dados coletados, análise e interpretação, recomendação de medidas de controle, promoção de ações para controle, avaliação da eficácia e divulgação de informações.

A notificação compulsória, dentro da vigilância em saúde, é a comunicação obrigatória da incidência de casos, suspeitas, confirmações ou eventos de saúde descrita pelo Ministério da Saúde, deve ser realizada por médicos ou profissionais responsáveis por serviços de saúde. A lista de agravos de notificações compulsórias foi atualizada por meio da portaria GM/MS nº420, de 2 de março de 2022.

Nº	DOENÇA OU AGRAVO (Ordem alfabética)	Periodicidade de notificação			
		Imediata (até 24 horas) para*			Semanal
		MS	SES	SMS	
1	a. Acidente de trabalho com exposição a material biológico				X
	b. Acidente de trabalho			X	
2	Acidente por animal peçonhento			X	
3	Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva			X	
4	Botulismo	X	X	X	
5	Cólera	X	X	X	
6	Coqueluche		X	X	
7	Covid-19				X

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

8	a. Dengue – Casos				X
	b. Dengue – Óbitos	X	X	X	
9	Difteria		X	X	
10	a. Doença de Chagas Aguda		X	X	
	b. Doença de Chagas Crônica				X
11	Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ)				X
12	a. Doença Invasiva por “Haemophilus Influenza”		X	X	
	b. Doença Meningocócica e outras meningites		X	X	
13	Doenças com suspeita de disseminação intencional: a. Antraz pneumônico b. Tularemia c. Variola	X	X	X	
14	Doenças febris hemorrágicas emergentes/reemergentes: a. Arenavírus b. Ebola c. Marburg d. Lassaie. Febre purpúrica brasileira	X	X	X	
15	a. Doença aguda pelo vírus Zika				X
	b. Doença aguda pelo vírus Zika em gestante		X	X	
	c. Óbito com suspeita de doença pelo vírus Zika	X	X	X	
	d. Síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika				X
16	Esquistossomose				X
17	Evento de Saúde Pública (ESP) que se constitua ameaça à saúde pública (ver definição no art. 2º desta portaria)	X	X	X	
18	Eventos adversos graves ou óbitos pós vacinação	X	X	X	
19	Febre Amarela	X	X	X	
20	a. Febre de Chikungunya				X
	b. Febre de Chikungunya em áreas sem transmissão	X	X	X	
	c. Óbito com suspeita de Febre de Chikungunya	X	X	X	
21	Febre do Nilo Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública	X	X	X	
22	Febre Maculosa e outras Riquetisioses	X	X	X	
23	Febre Tifoide		X	X	
24	Hanseníase				X
25	Hantavirose	X	X	X	
26	Hepatites virais				X
27	HIV/AIDS - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida				X
28	Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV				X
29	Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)				X
30	Influenza humana produzida por novo subtipo viral	X	X	X	
31	Intoxicação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados)				X
32	Leishmaniose Tegumentar Americana				X
33	Leishmaniose Visceral				X
34	Leptospirose			X	
35	a. Malária na região amazônica				X
	b. Malária na região extra-Amazônica	X	X	X	

36	Monkeypox (varíola dos macacos)	X	X	X	
37	Óbito: a. Infantil b. Materno				X
38	Poliomielite por poliovírus selvagem	X	X	X	
39	Peste	X	X	X	
40	Raiva humana	X	X	X	
41	Síndrome da Rubéola Congênita	X	X	X	
42	Doenças Exantemáticas: a. Sarampo b. Rubéola	X	X	X	
43	Sífilis: a. Adquirida b. Congênita c. Em gestante				X
44	Síndrome da Paralisia Flácida Aguda	X	X	X	
45	Síndrome Inflamatória Multissistêmica em Adultos (SIM-A) associada à covid-19	X	X	X	
46	Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) associada à covid-19	X	X	X	
47	Síndrome Respiratória Aguda Grave associada a Coronavírus a. SARS-CoV b. MERS- CoV	X	X	X	
48	Síndrome Gripal suspeita de covid-19	X	X	X	
49	Tétano: a. Acidental b. Neonatal			X	
50	Toxoplasmose gestacional e congênita				X
51	Tuberculose				X
52	Varicela - caso grave internado ou óbito		X	X	
53	a. Violência doméstica e/ou outras violências				X
	b. Violência sexual e tentativa de suicídio			X	

Legenda: MS = Ministério da Saúde; SES = Secretaria Estadual de Saúde; SMS = Secretaria Municipal de Saúde

FONTE: Portaria GM/MS nº420, de 2 de março de 2022, disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-420-de-2-de-marco-de-2022-38357827>

A notificação é realizada através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), é alimentado pelas instituições de saúde. O SINAN apresenta a lista de doenças e agravos do Ministério da Saúde, entretanto, é facultado a municípios e estados incluir a notificação de outras doenças se o achar necessário.

A utilização do SINAN facilita a vigilância epidemiológica nacional a realização do diagnóstico dinâmico, podendo observar a incidência dentro de um determinado espaço geográfico e, assim, analisando sua realidade epidemiológica.

Outra funcionalidade do SINAN é permitir que todos os profissionais de saúde tenham acesso a informação. Dessa forma, favorece o planejamento de saúde, auxilia da definição de prioridades e na avaliação do impacto das intervenções adotadas.

PROGRAMAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS PREVALENTES NO CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO BRASILEIRO

As doenças transmissíveis representam um dos maiores desafios para a saúde pública no Brasil, especialmente devido à sua alta prevalência, mortalidade significativa e impacto socioeconômico. Apesar dos avanços em políticas de saúde e campanhas de prevenção, doenças como a tuberculose, HIV/AIDS, dengue, hepatites virais e malária ainda afetam milhões de brasileiros, exigindo respostas rápidas e eficientes do sistema de saúde.

O cenário epidemiológico brasileiro é particularmente complexo, marcado por uma diversidade geográfica e socioeconômica que influencia a disseminação dessas doenças. Em grandes centros urbanos, a densidade populacional, somada à falta de saneamento básico em diversas áreas, cria condições propícias para a propagação de doenças infecciosas, especialmente aquelas transmitidas por vetores, como a dengue. Já em áreas rurais e na Amazônia, fatores como o difícil acesso aos serviços de saúde e a pobreza agravam a situação, dificultando a implementação de medidas preventivas e o tratamento adequado de doenças como a malária e a tuberculose.

Além das condições locais, o Brasil enfrenta desafios globais, como a resistência antimicrobiana, que ameaça tornar tratamentos anteriormente eficazes menos viáveis, e as mudanças climáticas, que alteram o comportamento de vetores de doenças. O aumento das temperaturas e as mudanças nos padrões de chuva, por exemplo, têm favorecido a proliferação do mosquito *Aedes aegypti*, transmissor da dengue, zika e chikungunya, aumentando o risco de epidemias.

O Sistema Único de Saúde (SUS) desempenha um papel crucial no combate a essas doenças, oferecendo programas de prevenção, diagnóstico e tratamento gratuito para a população. No entanto, a sobrecarga do sistema, somada a problemas estruturais, como a desigualdade no acesso aos serviços de saúde, impõe grandes desafios à eficácia dessas iniciativas. Embora o Brasil possua um dos programas de imunização mais abrangentes do mundo, ainda existem lacunas na cobertura vacinal e na vigilância epidemiológica, especialmente em regiões de difícil acesso.

A relevância das doenças transmissíveis vai além dos números de infecções e óbitos. Elas afetam de maneira desproporcional as populações mais vulneráveis, perpetuando ciclos de pobreza e exclusão social. A incapacidade temporária ou permanente causada por essas doenças pode reduzir a força de trabalho e impactar a produtividade, além de sobrecarregar as famílias com os custos de cuidados a longo prazo. Assim, o controle e a prevenção dessas enfermidades são não apenas uma prioridade sanitária, mas também uma questão de justiça social.

Diante desse cenário, é essencial que o Brasil continue investindo em políticas públicas eficazes, que abordem não só o tratamento das doenças, mas também a educação em saúde e a promoção de ambientes saudáveis. A melhoria das condições de vida, aliada ao fortalecimento do sistema de saúde, é fundamental para reduzir a transmissão dessas doenças e proteger a população de futuros surtos.

Principais Doenças Transmissíveis e suas Particularidades no Brasil

O Brasil enfrenta uma ampla gama de doenças transmissíveis, que variam em termos de prevalência, gravidade e impacto na população. Essas enfermidades demandam políticas de saúde pública abrangentes e específicas, uma vez que afetam regiões e grupos populacionais de maneiras diferentes. A seguir, destacamos as principais doenças transmissíveis no Brasil, abordando suas características epidemiológicas, modos de transmissão e os desafios enfrentados no controle e prevenção.

Tuberculose

A tuberculose (TB) é uma das doenças transmissíveis mais antigas e prevalentes no Brasil, com um impacto significativo na saúde pública. O país está entre os 30 países com maior carga de tuberculose no mundo, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). Causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, a tuberculose afeta predominantemente os pulmões, mas pode atingir outros órgãos. A transmissão ocorre pelo ar, através de gotículas expelidas pela tosse, fala ou espirro de uma pessoa infectada.

- **Particularidades no Brasil:** A tuberculose tem forte associação com condições de pobreza, desnutrição, superlotação em áreas urbanas e a comorbidade com o HIV, que aumenta o risco de infecção e reativação da doença. Grandes cidades, como Rio de Janeiro e São Paulo, apresentam altas taxas de incidência. A população carcerária, moradores de rua e populações indígenas são particularmente vulneráveis.

- **Desafios:** Embora o tratamento seja eficaz, o longo período de terapia (seis meses ou mais) leva a dificuldades de adesão, resultando em taxas significativas de abandono, o que contribui para a resistência medicamentosa. A TB multidroga resistente (MDR-TB) é uma preocupação crescente, uma vez que exige tratamentos mais complexos e prolongados.

HIV/AIDS

Desde a identificação dos primeiros casos na década de 1980, o Brasil se tornou um dos países mais afetados pela epidemia de HIV/AIDS na América Latina. A transmissão ocorre principalmente por via sexual, mas também pode ocorrer por meio de contato com sangue contaminado (por exemplo, compartilhamento de seringas entre usuários de drogas) e de mãe para filho durante a gravidez, parto ou amamentação.

- **Particularidades no Brasil:** No Brasil, o HIV/AIDS afeta de forma desproporcional grupos como homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, usuários de drogas e pessoas transgênero. O governo brasileiro, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), foi pioneiro na oferta gratuita de tratamento antirretroviral (TARV), o que contribuiu significativamente para a redução da mortalidade associada à AIDS. Além disso, o país tem implementado a profilaxia pré-exposição (PrEP) como uma estratégia eficaz para prevenir a infecção.

- **Desafios:** O estigma e a discriminação associados à infecção ainda são barreiras significativas para o diagnóstico precoce e a adesão ao tratamento. Outro desafio crescente é a infecção pelo HIV em jovens, especialmente no grupo de 15 a 24 anos, que apresenta maior vulnerabilidade devido à falta de acesso à informação adequada e a métodos preventivos.

Dengue, Zika e Chikungunya

As arboviroses, causadas por vírus transmitidos pelo mosquito *Aedes aegypti*, são um grande problema de saúde pública no Brasil, especialmente em regiões urbanas. Dengue, zika e chikungunya apresentam sintomas semelhantes, como febre, dores no corpo e nas articulações, mas cada uma possui características específicas que merecem atenção.

- **Dengue:** Uma das arboviroses mais prevalentes no país, com epidemias cíclicas que ocorrem principalmente durante o verão. O Brasil é responsável por uma grande parcela dos casos de dengue nas Américas, com surtos que causam alta morbidade e mortalidade, principalmente entre crianças e idosos. A dengue grave, conhecida como febre hemorrágica, pode ser fatal se não tratada rapidamente.