



AUTORA: JOANNA D'ARC BATISTA PEDROLONGO

INTRODUÇÃO

Vamos começar lembrando **como o sistema de saúde funcionava antes do SUS**.

Ministério da Saúde desenvolvia ações de promoção da saúde + prevenção de doenças (campanhas de vacinação e controle de endemias).

Assistência médico-hospitalar prestada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Assistência à saúde desenvolvida sem caráter universal – Benefício apenas para os trabalhadores da economia formal, segurados do INPS e seus dependentes.

BRASÍLIA, 1986: 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Participantes: usuários, trabalhadores de saúde, prestadores de serviços e gestores.

Relatório final - Saúde é resultante das condições de:

- | | |
|-----------------|---------------------------|
| • Alimentação | • Emprego |
| • Habitação | • Lazer |
| • Educação | • Liberdade |
| • Meio ambiente | • Acesso e posse da terra |
| • Trabalho | • Acesso à saúde |
| • Transporte | |

Documento debatido na Assembleia Nacional Constituinte (1987), aprovado em 1988 na Constituição Federal, criando o Sistema Único de Saúde – reconhecimento da saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de **universalidade**, **equidade**, **integralidade** e organizado de maneira **hierarquizada** e com **participação popular**.

CONCEITOS

SUS: Conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais,

Fique por dentro!
cursomeds.com.br

de administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. Iniciativa privada participa de forma complementar ao sistema, preferencialmente entidades filantrópicas e sem fins lucrativos.

CONCEPÇÃO DE SAÚDE

Antes: Estado de “não-doença”, ações centradas em medidas curativas

Com o SUS: Qualidade de vida (alimentação, lazer, trabalho, renda, educação, meio ambiente, saneamento básico, vigilância sanitária e farmacológica, moradia etc), ações centradas na prevenção dos agravos e na promoção da saúde. Níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (saúde = bem-estar social).

UNIFICAÇÃO DO COMANDO – RESPONSÁVEIS PELA SAÚDE

Plano federal: Ministério da Saúde

Plano estadual e municipal: Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde

UNIVERSALIDADE: inclusão de todos os cidadãos brasileiros

DESCENTRALIZAÇÃO: município, estando mais ciente das demandas populacionais, desenvolve a política de saúde implantada em seu território.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL na formulação e execução das políticas de saúde – conselhos de saúde nos três níveis de governo

SUS permanece em constante processo de **aperfeiçoamento e estruturação**, pois as sociedades são dinâmicas e há surgimento de novas tecnologias que devem ser incorporadas, além disso novos agravos surgem constantemente, tornando necessárias novas profilaxias e cuidados

PRINCIPAIS DEFINIÇÕES LEGAIS DO SUS

CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

Redefinição do conceito de saúde.

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

Atribuição ao **poder público** da sua regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde.

Ações e serviços públicos de saúde integram uma *rede regionalizada e hierarquizada*, constituindo um sistema único de acordo com as *diretrizes*:

Descentralização – direção única em cada esfera governamental

Atendimento integral, priorizando a prevenção

Participação popular

LEI 8.080 – 19 SET. 1990

Condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização o funcionamento dos serviços correspondentes

Trata:

- Da organização, direção e gestão do SUS
- Das competências e atribuições Federais, Estaduais e Municipais
- Da Instituição do SUS como ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições **públicas** – Iniciativa privada participa do SUS de forma suplementar.
- Da política de recursos humanos
- Dos recursos financeiros, gestão financeira, planejamento e orçamento

Há manutenção dos princípios organizativos e doutrinários.

LEI 8.142, 28 DEZ. 1990

Participação da comunidade:

Cada esfera do governo conta com conferência conselho de saúde. Essas instâncias colegiadas possuem organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio.

Alocação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde – Transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Para o recebimento de recursos, Municípios, Estados e Distrito Federal devem ter: fundo de saúde, conselho de saúde, plano de saúde, relatórios de gestão, contrapartida de recursos para saúde no respectivo orçamento e comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS).

PRINCÍPIOS

CF-88 – 2 ordens de princípios inter-relacionados e interdependentes: princípios éticos/doutrinários e organizacionais/operativos.

PRINCÍPIOS ÉTICOS/DOCTRINÁRIOS

Universalidade: acesso à saúde (promoção e prevenção) como direito público e dever do estado, integrante dos direitos de cidadania. Vide CF-88, Art. 196.

Equidade: Política redistributiva para corrigir desequilíbrios estaduais e regionais - Tratar desigual os desiguais, objetivando uma maior uniformidade. Diferente do princípio de IGUALDADE (Lei 8080/90): “A assistência à saúde deve ser sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”

Integralidade

“O homem é um ser integral, biopsicossocial, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde” – ações de promoção, proteção e recuperação da saúde são indivisíveis.

Lei 8.080, 7º, II: “Conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.

PRINCÍPIOS ORGANIZACIONAIS/OPERATIVOS

Descentralização

Quanto mais perto do fato a decisão for tomada, maior a probabilidade de acerto. Descentralizar é redistribuir recursos e responsabilidades entre nível local (Município e Estado) e nível central (União) – gestores do SUS. União só deve executar o que o nível local não pode ou não consegue – reforço do poder municipal (municipalização da saúde).

Regionalização e Hierarquização

Serviços funcionam em nível de complexidade crescente, dentro de um território bem delimitado e de acordo com as demandas populacionais. Uma determinada localidade deve oferecer todas as modalidades de assistência – se não houver o serviço no local, há exigência de ações articuladas entre estados e municípios (consórcios). O acesso aos serviços através do nível primário. Casos mais complexos são referenciados para serviços mais complexos (níveis secundário e terciário).

Atenção Primária

- *Nível ambulatorial*
- *Responde a até 85% da demanda*
- *Exames laboratoriais e de diagnóstico básico*
- **Equipe:** *Áreas básicas da medicina (pediatria, clínica, tocoginecologia) ou da medicina geral (medicina da família) e outros profissionais (enfermeiro, nutricionista, psicólogo, dentista etc).*

Atenção Secundária

- *Nível ambulatorial*
- *Demanda das subespecialidades: cardiologia, nefrologia, endocrinologia etc*



- Exames diagnósticos e laboratoriais mais avançados

Atenção Terciária

- Unidade de internação – pode ter ambulatório de pré e pós-operatório

Como funciona a hierarquização?

O perfil epidemiológico orienta ações de saúde no local, então o sistema organizado na lógica da promoção à saúde: prevenção/atenção primária, secundária e terciária. A “Porta de entrada” é o primeiro nível (posto de saúde, módulos de saúde da família, centro de saúde e unidades de emergência), não o hospital, e o encaminhamento do paciente para acompanhamento específico e ações de vigilância da saúde.

Fluxo de encaminhamento:

- **Interno:** na própria unidade
- **Externo:** outras unidades do serviço, em sistema de *referência* (para local de maior complexidade) e de *contrarreferência* (encaminhamento para o estabelecimento de origem após a resolução da causa responsável pela referência).

Participação social

Democracia participativa e controle social, firmada na obrigatoriedade da constituição e funcionamento de conselhos de saúde nos três níveis de governo. Os membros possuem função de relevância pública, devendo se pautar pela ética, atuam sem remuneração ou privilégios. São eles:

- Usuários – representação paritária (50%) em relação aos outros segmentos
- Trabalhadores de saúde (25%)
- Representantes do governo (gestores)
- Prestadores de serviços

De acordo com as especificidades locais, pode contemplar outras representações, mantendo a paridade (associações de pessoas com patologias, com deficiências, entidades indígenas, movimentos sociais e populares, comunidade científica, entidades dos prestadores de serviço de saúde etc.

Conhecimento da realidade de saúde das comunidades é o fator determinante na tomada de decisão por parte do gestor.

Conferência de Saúde:

Principal fórum de participação ampla da população. Representa o controle social no âmbito do poder executivo. O objetivo é avaliar a situação da saúde e propor diretrizes de política de saúde em cada nível de governo. Deve ocorrer com

periodicidade estabelecida pelos conselhos de saúde – no máximo 4 anos.

Conselhos de Saúde

Discussão das políticas de saúde com atuação independente do governo – embora façam parte de sua estrutura.

Há manifestação dos interesses dos diferentes segmentos sociais → negociação de propostas → direcionamento de recursos para diferentes prioridades

Decisões são homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera governamental..

Papel do Conselho X Papel do Gestor:

- **Gestor:** execução da política de saúde
- **Conselho:** deliberar diretrizes dessa política, acompanhar as ações e fiscalizar utilização de recursos.

Proibidos de participar membros do Poder Legislativo e Judiciário e do Ministério Público, e representantes dos usuários e de trabalhadores de saúde em cargos comissionados ou de chefia. Esses impedimentos comprometem a legitimidade dos segmentos nos conselhos de saúde.

Órgãos estruturais: Plenário e Secretaria Executiva subordinada ao conselho. O regimento interno do conselho elaborado pelos membros. O conselho não pode ser transitório (reunir-se apenas quando há convocação), deve se encontrar no mínimo uma vez por mês, em reuniões abertas ao público – a pauta e data devem ser divulgadas. Uma vez a cada três meses, a pauta da reunião deve incluir prestação de contas feita pelo gestor da esfera de governo correspondente.

Guarda

Conselhos de saúde: Permanentes e deliberativos; 50% dos membros são usuários; controla execução da política de saúde – inclui aspectos econômicos.

Conferência de Saúde: Realizadas de 4 em 4 anos; 50% dos membros são usuários; propostas de diretrizes para a formulação das políticas de saúde

OUTROS PRINCÍPIOS

Complementariedade do Setor Privado

Em caso de insuficiência do setor público, pode-se contratar serviços privados, desde que o interesse público prevalece sobre o privado, a instituição privada segue os princípios do SUS. Preferenciar instituições sem fins lucrativos.

Resolubilidade: um problema sobre a saúde deve ser resolvido pelo serviço correspondente até o seu nível de competência.

NORMAS OPERACIONAIS

Orientaram o **processo de implantação do SUS**. Definem as competências de cada esfera do governo e as condições necessárias para que estados e municípios assumam responsabilidade e prerrogativas dentro do Sistema.

São instituídas por portarias ministeriais e formulada pelo Ministério da Saúde e representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). Lembre-se: a população deve participar da elaboração de diretrizes pelo SUS.

OBJETIVOS

- Aprofundar e reorientar a implementação do SUS
- Definir objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e táticas
- Regular relação entre os gestores
- Normatização do SUS

Há 3 Normas Operacionais Básicas (NOB) e 2 Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS)

NOB 91

Centralização da Saúde na esfera federal (INAMPS) e regulamentação do município como prestador de serviço frente atendimento de requisitos básicos: Criação de Conselhos Municipais de saúde, criação de Fundo Municipal de Saúde etc. Prestadores públicos e privados recebem dinheiro do Ministério da Saúde de acordo com a produção.

NOB 93

Inicia o processo de descentralização! Município como gestor.

Transferência de recursos automática e regular.

Constituição de Comissões Intergestores Bipartite (âmbito estadual) e Tripartite (nacional): integração entre gestores para gerenciamento da descentralização.

NOB 96

Consolidação da Municipalização.

Criação de dois tipos de gestão:

- **Gestão Plena da Atenção Básica:** Município toma conta de toda a atenção básica.

- **Gestão Plena do Sistema Municipal:** Município toma conta de toda a atenção básica e também dos outros níveis da saúde.

Criação do **Piso de Atenção Básica (PAB):** multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada município.

Principal estratégia do município: criar o Programa de Saúde da Família e o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (abordados posteriormente).

NOAS 2001

- Divisão de responsabilidades entre estados e municípios na gestão do SUS.
- Concluir a habilitação de 100% dos municípios a gestão descentralizada do SUS.

Elabora o **Plano Diretor de Regionalização (PDR):** regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços e busca de maior equidade.

- Prioridades de intervenção coerentes com a necessidade de cada população
- Garantia de acesso à todos os níveis de atenção à saúde
- Plano Diretor de Investimentos (PDI): um dos elementos do PDR. Equalização da oferta de recursos assistenciais em todos os níveis de complexidade

Conceitos-chave do PDR

Região de Saúde: Base territorial de planejamento da atenção à saúde. Considera características da população (demográficas, socioeconômicas, sanitárias...). O Estado pode se dividir em regiões e/ou microrregiões de saúde.

Módulo Assistencial: espaço territorial que disponha de resolutividade (primeiro nível de referência). Pode ser um conjunto de municípios referenciados por um município-sede habilitado em Gestão Plena de Sistema Municipal, ou um município isolado também habilitado, que seja autossuficiente e não desempenhe referência para outro.

Município-polo de uma região ou microrregião: referência para outros municípios em qualquer nível de atenção.

Microrregião de Saúde: unidade territorial mínima para qualificação na assistência à saúde. Possui complexidade maior que os Módulos Assistenciais.

O NOAS 2001 também instituiu o PAB ampliado (revogado em 2004, atualmente só há o PAB fixo e o variável).

NOAS 2002

Institui o Plano Diretor de Regionalização: baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenções coerentes e garantia de acesso de todos os cidadãos aos serviços de saúde.

Institui a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada: define estratégias mínimas de atuação das políticas de saúde: controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, controle da hipertensão arterial, controle do diabetes mellitus, saúde da criança, saúde da mulher e a saúde bucal.

Institui o PAB ampliado (NOAS 2002 foi como uma revisão do 2001, que foi reformulado uma vez que vários estados não conseguiram operar muitos critérios determinados por ela – sendo assim, várias definições já acordadas no NOAS 2001 são incorporadas em 2002).

FUNCIONAMENTO

Sistema de abrangência nacional, com ações e serviços desenvolvidas em conjunto por subsistemas estaduais (SUS estadual) e municipais (SUS municipal) – a ênfase é municipal! Organizado em rede regionalizada e hierarquizada (nível de complexidade crescente), voltada ao atendimento integral da população – municípios podem formar consórcios.

SUS municipal não precisa ser propriedade da prefeitura nem ter sede no território do município. As ações podem ser estatais ou privadas (prioridade para entidades filantrópicas), organizadas e coordenadas para garantir acesso integral para os moradores do respectivo município.

O funcionamento é democrático graças à:

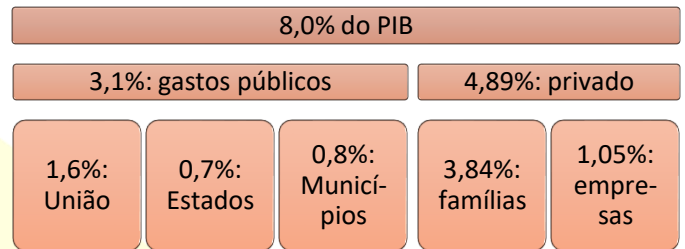
PARTICIPAÇÃO SOCIAL: Conselhos nos três níveis de governo. Possibilitam a participação social organizada na administração do SUS, propiciando e melhorando o controle social. São essenciais e obrigatórios.

DESCENTRALIZAÇÃO: gestores nos três níveis de governo (Secretarias Municipais, Estaduais e Ministério Da Saúde) negociam às políticas adotadas, no âmbito estadual (Comissões Intergestores Bipartites – CIBS) e em fórum nacional (Comissões Intergestores Tripartite – CIT).

A direção é única em cada nível de governo – exercida pelos órgãos em suas respectivas esferas.

FINANCIAMENTO

GASTOS PÚBLICOS COM SAÚDE



Do total de gastos, 38,75% é da Administração pública, 61,25% do Setor privado.

OMS: Gastos públicos em saúde no Brasil é inferior à média mundial.

Financiamento é uma responsabilidade comum da União (Governo Federal), Estados, Distrito Federal e Municípios.

ORIGEM DOS RECURSOS

Contribuições sociais arrecadadas pelo Governo Federal e **Tributos**. Tributos podem ser:

Estaduais: Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF) etc.

Municipais: Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), Imposto sobre Transmissão de Bens Intervivos (ITBI) etc.

DF: Regras tributárias municipal e estadual.

Recursos Mínimos a Serem Aplicados em Saúde

Municípios: 15% das suas receitas

Estados: 12%

União: 15% (Valor determinado na EC nº 86 – 2015, antes dessa emenda, o Recurso Mínimo da união teve aumentos progressivos)

DF: 12 ou 15%

O que são Ações e Serviços Públicos de Saúde?

Ações e Serviços de Saúde (Lei complementar 141)

Vigilância em saúde, incluindo epidemiológica e sanitária

Atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais

Capacitação do pessoal de saúde do SUS

Desenvolvimento científico e tecnológico

Controle de qualidade promovido por instituições do SUS

Produção, aquisição e distribuição de insumos específicos do SUS: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, equipamentos médicos-odontológicos etc

Saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades (que sejam aprovadas pelo Conselho e sigam as demais diretrizes dessa lei complementar)

Saneamento básico de distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos

Manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças

Investimento na rede física do SUS: obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde.

Remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais.

Ações de apoio administrativo

Gestão do sistema e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

Não são consideradas despesas com ações e serviços de saúde

Aposentadoria e pensões (inclusive de servidores de saúde)

Pessoal ativo da área de saúde atuando em outra área

Assistência à saúde que não seja universal

Merenda escolar e outros programas de alimentação (exceto recuperação de deficiências nutricionais)

Saneamento básico

Limpeza urbana e remoção de resíduos

Preservação e correção do meio ambiente

Ações de assistência social

Obras de infraestrutura, mesmo que beneficiem a rede de saúde

Qualquer ação ou serviço público não citado nesta lei complementar

Instrumentos de Acompanhamento, Fiscalização e Controle

Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde do Ministério da Saúde (SIOPS) - Online

Expõe gastos públicos com saúde para a sociedade civil.

Fonte de informação de fácil acesso, facilitando estudos e pesquisas, permitindo desenho de políticas públicas e programas na área da saúde.

Informações para o aumento e eficácia das ações e serviços.

Verificação do cumprimento da Constituição Federal.

Fontes de Financiamento dos Gastos do Governo Feral – Ministério da Saúde

Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (COFINS)

Fonte mais importante de recursos, que financia exclusivamente a seguridade social. Advindo da receita de pessoas jurídicas (7% da receita).

Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL)

Incide sobre o lucro das empresas, destinado ao financiamento da seguridade social.

Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza

Busca viabilizar a todos os brasileiros o acesso a níveis dignos de subsistência, com ações suplementares de nutrição, habitação, saúde, educação, reforço de renda familiar etc.

Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT), dentre outros.

45% do total arrecadado vai para o Fundo Nacional de Saúde (FNS) para custeio de atendimento em hospitais públicos (média e alta complexidade); 5% vai para o DENATRAN (Departamento Nacional de Trânsito), para campanhas educativas de prevenção e redução de acidentes de trânsito. 50% são recolhidos pelas seguradoras para pagamento de indenizações e custeio da operação.

TRANSFERÊNCIAS DE RECURSOS NO SUS

Recursos do Governo Federal repassados a Estados e Municípios por **transferências diretas do FNS**, monitorado pelo Sistema de Transferências de Recursos fundo a fundo – monitoramento cobre as transferências do Piso de Atenção



Básica (PAB Fixo e Variável), Ações Epidemiológicas e Combate às Doenças do FAEC.

PAB: transferências de recursos per capita, e não com base na prestação de serviços. Município é responsável por gerir recursos e estabelecer estratégias de integralidade.

Além do FNS, os estados e municípios também **financiam as próprias ações de saúde**, podendo alguns Estados repassar recursos para municípios.

O **pagamento aos prestadores de serviço** é feito pelo nível de governo responsável pela sua gestão. Os valores pagos são tabelados!

Internações hospitalares pagas de forma descentralizada pelo nível de governo responsável, e o processamento das informações relativas às internações financiadas é centralizado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) - Ministério de Saúde.

PARA ONDE VAI O DINHEIRO? BLOCOS DE FINANCIAMENTO

Atenção Básica

Piso de Atenção Básica Fixo (PAB fixo): custeio de ações de atenção básica

Piso de Atenção Básica Variável (PAB variável): custeio de estratégias da atenção básica, como saúde da família, saúde bucal, programa academia da saúde etc

Não confunda com os conceitos de PAB fixo, variável e ampliado citados nas NOBs e NOAS, que foram criadas anos antes para determinadas funções.

Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar: financiamento de procedimentos relativos à média e alta complexidade.

Vigilância em Saúde: vigilância e promoção da saúde e vigilância sanitária em saúde.

Assistência farmacêutica

Componente básico: aquisição de medicamentos e insumos

Componente estratégico: ações de assistência farmacêutica e programas de saúde estratégicos

Componente especializado: estratégias de acesso à medicamentos, garantindo integralidade do tratamento medicamentoso ambulatoria.

Gestão do SUS: Qualificação da gestão do SUS e implantação de ações e serviços de saúde.

Fique por dentro!
cursomeds.com.br

Investimentos na Rede de Serviços de Saúde: Repasse regular e automático do FNS para os Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal. Custeia despesas de capital, mediante apresentação de projeto, encaminhado pelo ente federativo interessado, ao Ministério da Saúde.

AÇÕES E PROGRAMAS

Buscam trazer a saúde para mais perto do cidadão e valorizar o profissional de saúde

FARMÁCIA POPULAR

Visa ampliar acesso da população à medicamentos essenciais. Órgão executivo: Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

Prioriza laboratórios farmacêuticos públicos, complementando com o mercado privado quando necessário (prioriza genéricos).

Campanha “A Saúde Não Tem Preço”: Medicação gratuita para tratamento de hipertensão, diabetes e asma.

SAMU (SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA): Atendimento precoce em casos de urgência, que possa levar ao sofrimento, sequelas ou óbito.

UPA 24 HORAS (UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO): Complexidade intermediária na rede organizada de Atenção às Urgências (UBS → UPA → Urgências Hospitalares)

UPA 24h	População abrangida	Nº atendimentos médicos/24h	Nº Mín. de médicos por plantão	Nº Mínimo de leitos de observação
Porte I	50.000 a 100.000	Até 150	2	7
Porte II	100.001 a 200.000	Até 300	4	11
Porte III	200.001 a 300.000	Até 450	6	15

SAÚDE DA FAMÍLIA: Reorganização da atenção básica de acordo com os preceitos do SUS. Cuida do indivíduo e das famílias ao longo do tempo, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas, com foco na família e comunidade.

BRASIL SORRIDENTE: Política Nacional de Saúde Bucal



HUMANIZASUS (PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E GESTÃO DO SUS)

Estímulo a trocas solidárias entre os gestores, trabalhadores e usuários, sujeitos que devem ser valorizados, autônomos, corresponsáveis e protagonistas na produção da saúde. Há estímulo da humanização, comprometimento com a defesa da vida e fortalecimento da pactuação democrática e coletiva. Maior acolhimento, agilidade e resolução além de atendimento sem distinção, reconhecendo a diversidade. Esses fatores propiciam a melhora das condições de trabalho e atendimento

Princípios

Inseparabilidade entre a **atenção** e a **gestão** dos processos de produção de saúde: são práticas interdependentes e complementares

Transversalidade: aumento do grau de abertura da comunicação entre grupos, atravessando diferentes ações e instâncias

Autonomia e protagonismo: corresponsabilidade entre gestores, usuários e sociedade

Objetivo: ampliar as ofertas da humanização, valorização dos trabalhadores do SUS e ampliar processo de formação de conhecimento em articulação com movimentos sociais e instituições.

Conceitos

Acolhimento

Qualquer pessoa que compareça a um serviço do SUS, mesmo sem consulta marcada, é atendido. A prioridade do seu caso é avaliada, considerando vulnerabilidade, gravidade e risco. Com base nisso é orientada e pode ter a consulta marcada ou ser atendida naquele momento.

Ambiência

Criação de espaços com privacidade saudáveis, confortáveis e acolhedores.

Clínica ampliada e compartilhada

Discussão de caso/situação com equipe multidisciplinar, considerando individualidade do paciente e complexidade do processo saúde/doença

Projeto terapêutico singular

Cuidados programados por uma equipe multidisciplinar.

Fique por dentro!
cursomeds.com.br

CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS):

Programa estratégico para Reforma Psiquiátrica Brasileira – visam substituir os hospitais psiquiátricos.

Funções

Atendimento clínico evitando internação em hospital psiquiátrico

Ações intersetorial para inserção social dos portadores de transtornos mentais

Suporte à saúde mental na rede básica

Tipos

CAPS I: atendimento à saúde mental em municípios 20.000-70.000 habitantes.

CAPS II: 70.000-200.000 habitantes.

CAPS III: 200.000 habitantes. Serviço ambulatorial de atenção contínua, 24h/dia, incluindo domingos e feriados.

CAPSad: especializado para usuários de álcool e drogas. 70.000-200.000 habitantes.

CAPSi: especializado para crianças, adolescentes e jovens (até 25 anos). Acima de 200.000 habitantes.

S.O.S. EMERGÊNCIA: Trabalho conjunto dos 3 níveis de governo e da gestão hospitalar. Objetiva melhorar gestão, qualificar e ampliar o acesso aos usuários em situações de urgência, reduzir o tempo de espera e garantir atendimento ágil, humano e acolhedor.

MELHOR EM CASA (A SEGURANÇA DO HOSPITAL NO CONFORTO DO SEU LAR):

Atendimento domiciliar por equipes multidisciplinares a pessoas em reabilitação motora, idosos, pacientes crônicos sem agravo ou em situação pós-cirúrgica. Ajuda a diminuir filas nos hospitais de emergência.

Telessaúde: programa que busca integrar o ensino e serviço por meio de ferramentas e tecnologias da informação e comunicação, com o objetivo de fortalecer e melhorar a qualidade do atendimento.

SINÔNIMOS

- Atenção Básica: *Saúde Mais perto de Você*
- Atenção às Urgências: *Saúde Toda Hora*
- Atenção à Saúde Mental: *Saúde Conte com a Gente*
- Assistência Farmacêutica: *Saúde Não Tem Preço*