

MATERIAL DIDÁTICO



SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	5
2	A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	6
2.1	O papel da filantropia na saúde pública brasileira	7
2.2	Saúde pública: da república ao século XX.	9
3	SURGIMENTO DO SUS	11
3.1	VIII Conferência Nacional de Saúde e o SUS – Sistema Único de Saúde	13
4	A REGULAMENTAÇÃO DO SUS	14
4.1	Estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS)	16
4.2	Responsabilidades dos entes que compõem o SUS – Ministério da Saúde (2020)	17
4.3	Legislação Básica do SUS	19
5	PRINCÍPIOS DO SUS	21
5.1	Princípio da universalidade	21
5.2	Equidade	22
5.3	Integralidade	23
5.4	Princípios Organizativos	23
6	DIRETRIZES E ATRIBUIÇÕES DO SUS – LEI ORGÂNICA DA SAÚDE	25
6.1	Objetivos e atribuições do SUS – lei 8080 de 1990. (BRASIL, 1990)	26
6.2	Competências e atribuições administrativas das três esferas do governo- lei 8080 de 1990. (BRASIL, 1990)	29
6.3	Participação dos serviços privados de assistência à saúde – lei 8080 de 1990. (BRASIL, 1990)	30
6.4	Recursos Humanos -lei 8080 de 1990. (BRASIL, 1990)	32

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

6.5	Recursos e Gestão financeira - -lei 8080 de 1990. (BRASIL, 1990)	32
7	DIREITOS E DEVERES DOS USUÁRIOS DO SUS	35
7.1	Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde – CNS (2017).....	36
8	SERVIÇOS E ATENDIMENTOS DO SUS	43
8.1	ESF – Estratégia Saúde da Família – Ministério da Saúde (2020)	44
8.2	Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) – Ministério da Saúde (2020)	46
8.3	Programa Nacional de Imunização – PNI. – Ministério da Saúde (2020)	47
8.4	HumanizaSUS – Ministério da Saúde (2020)	50
8.5	Serviço de Atenção Domiciliar - Melhor em Casa – Ministério da Saúde (2020)	52
8.6	Força Nacional do Sistema Único de Saúde – Ministério da Saúde (2020)	53
8.7	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Ministério da Saúde (2020)	55
8.8	Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Ministério da Saúde. (2020)	55
8.9	Farmácia Popular – Ministério da Saúde (2020)	56
8.10	Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) – Ministério da Saúde (2020).....	57
8.11	Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) – Ministério da Saúde (2020)	58
8.12	Programa Saúde na Escola – PSE. Ministério da Saúde (2020)	59
8.13	Rede cegonha - Ministério da Saúde (2020).....	61
8.14	Rede de atenção psicossocial – RAPS – Ministério da Saúde (2020)	62

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

8.15	Rede de Bancos de Leite Humano – Ministério da Saúde (2020)	65
8.16	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) – Ministério da Saúde (2020).....	65
8.17	Rede de Atenção às Urgências e Emergências – Ministério da Saúde (2020)	67
8.18	Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) – Ministério da Saúde (2020)	68
8.19	Programa Nacional de Controle do Tabagismo – PNCT (INCA, 2020)	69
8.20	Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB) – Ministério da Saúde (2020).....	71
8.21	Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) – Ministério da Saúde (2020)	72
9	SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE – SIS	74
9.1	DATASUS – Departamento de Informática do SUS. Ministério da Saúde (2020).....	75
9.2	Principais sistemas do DATASUS. (Ministério da Saúde, DATASUS, 2020).....	77
	REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS	84

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

1 INTRODUÇÃO

Prezado aluno!

O Grupo Educacional FAVENI, esclarece que o material virtual é semelhante ao da sala de aula presencial. Em uma sala de aula, é raro – quase improvável - um aluno se levantar, interromper a exposição, dirigir-se ao professor e fazer uma pergunta, para que seja esclarecida uma dúvida sobre o tema tratado. O comum é que esse aluno faça a pergunta em voz alta para todos ouvirem e todos ouvirão a resposta. No espaço virtual, é a mesma coisa. Não hesite em perguntar, as perguntas poderão ser direcionadas ao protocolo de atendimento que serão respondidas em tempo hábil.

Os cursos à distância exigem do aluno tempo e organização. No caso da nossa disciplina é preciso ter um horário destinado à leitura do texto base e à execução das avaliações propostas. A vantagem é que poderá reservar o dia da semana e a hora que lhe convier para isso.

A organização é o quesito indispensável, porque há uma sequência a ser seguida e prazos definidos para as atividades.

Bons estudos!

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

2 A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL



Fonte: history.uol.com.br

Durante o tempo que durou o período de Colônia e Império no Brasil, em torno de 389 anos de duração, pouco ou nada foi feito com relação à saúde. Não havia políticas públicas estruturadas, muito menos a construção de centros de atendimento à população. Além da falta de estrutura física, o acesso a tratamentos e cuidados médicos dependia da classe social: nobres e colonos brancos, que tivessem terras e posses, tinham maior facilidade de acesso a médicos e remédios da época e, portanto, suas chances de sobrevivência eram maiores; pobres e escravos viviam em condições duras e poucos sobreviviam às doenças que tinham. (MERELES, 2018)

Nesse período de colônia os recursos investidos no Brasil privilegiavam melhorias mínimas de estrutura, que permitissem o escoamento da matéria-prima que era explorada por aqui. Não havia interesse em investir para melhorar as condições de vida da população, em sua maioria composta por indígenas, escravos e senhores. Esse período foi marcado por epidemias de doenças transmissíveis como a malária (1549), varíola (1561), hanseníase e febre amarela (1680), todas trazidas pelos colonizadores, aventureiros e por meio do comércio de escravos. (ORDONEZ, 2017)

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Como o interesse da metrópole era somente explorar os recursos na colônia, a assistência à saúde era inexistente. Famílias abastadas podiam ir à Europa ou trazer médicos ao país quando necessitavam de tratamento médico. A maioria da população, sem condições, buscava ajuda na medicina popular. As Santas Casas de Misericórdia abrigavam pobres e doentes mentais. (ORDONEZ, 2017)

A chegada da Família Real portuguesa ao Brasil, em 1808, teve início a mudança no cenário da saúde pública, visto que a família real tinha vontade de desenvolver o Brasil para que mais se aproximasse da realidade vivida em Portugal. Uma das primeiras medidas tomadas foi a fundação de cursos universitários sendo criados cursos de Medicina, Cirurgia e Química. Dentre os pioneiros encontram-se: a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro e o Colégio Médico-Cirúrgico no Real Hospital Militar de Salvador. Assim, aos poucos, os médicos estrangeiros foram substituídos por médicos brasileiros, ou formados no Brasil. (MERELES, 2018)



Fonte: querobolsa.com.br

2.1 O papel da filantropia na saúde pública brasileira

Ao descrever a história da saúde pública brasileira, a filantropia é o conceito mais empregado. Não só a filantropia, mas, mais especificamente, a filantropia de cunho religioso, ou seja, a caridade. As pessoas eram atendidas pelas instituições e médicos filantropos. Paralelamente a isso, o Estado fazia

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

algumas ações de saúde diante de epidemias, como ações de vacinação e/ou de saneamento básico. Assim ocorreu no final do século XIX e início do XX com o saneamento do Rio de Janeiro e a grande campanha de vacinação contra varíola. (CARVALHO, 2013)

A maioria da população, sem condições, buscava ajuda na medicina popular, sendo o atendimento realizado nas chamadas Santas Casas de Misericórdia, que abrigavam e tratavam os pobres e doentes mentais. (ORDONEZ, 2017)

A ligação entre entidades religiosas e tratamentos de saúde é bastante forte e existe desde a colonização do Brasil. Movimentos da Igreja Católica, da Igreja Protestante, da Igreja Evangélica, da Comunidade Espírita, entre outras, chegam a ter 2.100 estabelecimentos de saúde espalhados por todo o território brasileiro, de acordo com a Confederação de Santas Casas de Misericórdia (CMB). (MERELES, 2018)



Fonte: santacasa.pa.gov.br

As Santas Casas foram, durante décadas, a única opção de acolhimento e tratamento de saúde para quem não tinha dinheiro. Elas eram fundadas pelos religiosos e, num primeiro momento, conectadas com a ideia de caridade – entre o século XVIII e o ano de 1837. (MERELES, 2018)

Quanto aos recursos financeiros para construção e manutenção a Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hosp. e Entidades Filantrópicas– CMB (2020) diz que “desde sua origem, até o início das relações com os governos, as Santas Casas foram criadas e mantidas pelas doações das

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

comunidades, vivendo períodos áureos, em que construíram seus patrimônios, sendo boa parte destes tombados como patrimônio histórico. ”

No Brasil, a atuação dessas instituições apresentou duas fases: a primeira compreendeu o período de meados do século XVIII até 1837, de natureza caritativa; a segunda, o período de 1838 a 1940, com preocupações de natureza filantrópica. (CMB, 2020)

Uma vez criadas, passaram a se dedicar ao atendimento aos enfermos e, em alguns casos, em mais de uma direção, ou seja, no amparo à velhice, à criança, aos hansenianos, à educação entre outras. No Brasil, e em alguns outros países, também foram as responsáveis pela criação de alguns dos primeiros cursos de Medicina e Enfermagem, como é o caso daquelas fundadas na Bahia, São Paulo, Rio de Janeiro, Vitória e Porto Alegre. (CMB,2020)

2.2 Saúde pública: da república ao século XX.

Com o fim da escravidão, em 1888, a mão de obra necessária para as lavouras ficou escasso, dessa forma houve um grande aumento de imigrantes europeus, que chegavam ao Brasil, para trabalharem. O objetivo era manter a mão de obra da cafeicultura, na época a principal produção econômica do país. Essa movimentação culminou com o desenvolvimento das cidades produtoras de café e das cidades litorâneas. (ORDONEZ, 2017)

A maior concentração demográfica nessas cidades estava associada com a ocorrência dos surtos de doenças como a febre amarela, varíola e outras; essas epidemias prejudicavam os negócios. Os navios temiam em ancorar nos portos das cidades litorâneas tomadas pelas epidemias. (ORDONEZ, 2017)

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



Fonte: noticias.uol.com.br

No período entre 1900 e 1920, o Brasil ainda tinha sérios problemas sanitários, além da ocorrência constante de epidemias. Portanto, para a recepção dos imigrantes europeus, houve diversas reformas urbanas e sanitárias nas grandes cidades, como o Rio de Janeiro, em que houve atenção especial às suas áreas portuárias. Para o governo, o crescimento do país dependia de uma população saudável e com capacidade produtiva, portanto era de seu interesse que sua saúde estivesse em bom estado. (MERELES, 2018)

Concomitantemente a esse período, entre 1915 e 1920, greves reivindicaram melhorias nas condições de trabalho, de vida e de saúde. Criaram-se fundos financeiros em diversas categorias, com contribuições que incidiam sobre uma porcentagem do salário individual de acordo com as categorias. O dinheiro arrecadado com esses fundos era destinado à assistência médica, pensões e casos de invalidez. (ORDENEZ, 207)

O Estado cuidava também da intervenção em algumas doenças negligenciadas como a doença mental, a hanseníase, a tuberculose e outras. Só mais tarde começa o atendimento às emergências e às internações gerais. A partir de 1923, com a Lei Elói Chaves, a saúde dos trabalhadores atrelada à previdência passa a ser componente de um sistema para os trabalhadores. De início, as caixas de pensão, depois, os institutos e, finalmente, o grande instituto congregador de todos: o INPS. (CARVALHO, 2013)

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Após a criação do INPS, no final de 1963 ocorreu a 3ª Conferência Nacional de Saúde que foi um marco no desenvolvimento da saúde, e coroava vários estudos para a criação de um sistema de saúde. Duas bandeiras dessa conferência: um sistema de saúde para todos (saúde direito de todos os cidadãos) e organizado descentralizadamente (protagonismo do município). (CARVALHO, 2013)

3 SURGIMENTO DO SUS



Fonte: jvonline.com.br

Antes da criação do SUS – Sistema Único de Saúde, contexto de saúde era bastante diferente da conjectura atual. À época, a saúde era considerada ausência de doença, a assistência era centrada no foco médico-hospitalar, a promoção da saúde era tarefa exclusiva do Ministério da Saúde (MS) e todas as ações de saúde eram centralizadas no estado, não havendo participação das unidades federativas e dos municípios. (ARCARI, 2018)

A atuação do Ministério da Saúde se resumia às atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças (por exemplo, vacinação), realizadas em caráter universal, e à assistência médico-hospitalar para poucas doenças; servia aos *indigentes*, ou seja, a quem não tinha acesso ao atendimento pelo Instituto

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.(HANNA SOBRINHO, 2013)

Criado em 1974, o INAMPS foi um desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que hoje é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS); e era uma autarquia filiada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (hoje Ministério da Previdência Social). Atuando na saúde, o INAMPS tinha a finalidade de prestar atendimento médico aos que contribuíam com a previdência social, ou seja, aos empregados de carteira assinada. Ele dispunha de estabelecimentos próprios, mas a maior parte do atendimento era realizada pela iniciativa privada; os convênios estabeleciam a remuneração por procedimento, consolidando a lógica de cuidar da doença e não da saúde. (HANNA SOBRINHO, 2013)

No movimento pela redemocratização do país, cresceram os ideais pela reforma da sociedade brasileira, com o envolvimento de diversos atores sociais, sujeitos coletivos e pessoas de destaque. Sanitaristas ocuparam postos importantes no aparelho de estado. A democratização na saúde fortaleceu-se no movimento pela Reforma Sanitária, avançando e organizando suas propostas na VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, que conferiu as bases para a criação do Sistema Único de Saúde. (FUNASA, 2017)

A proposta obtida ao final da VIII Conferência Nacional de Saúde determinava a saúde e o acesso à saúde como direitos universais, sem obrigatoriedade da presença de vínculo empregatício, assim como garantia à população a participação no processo de planejamento, implantação e avaliação do novo sistema de saúde. (ORDONEZ, 2017)

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

3.1 VIII Conferência Nacional de Saúde e o SUS – Sistema Único de Saúde



Fonte: conselho.saude.gov.br

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre 17 e 21 de março de 1986, foi um dos momentos mais importantes na definição do Sistema Único de Saúde (SUS) e debateu três temas principais: 'A saúde como dever do Estado e direito do cidadão', 'A reformulação do Sistema Nacional de Saúde' e 'O financiamento setorial'. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2019)

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi um marco na história do SUS: foi a primeira CNS a ser aberta à sociedade e foi importante na veiculação do movimento da Reforma Sanitária, resultando na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais, além de formar as bases para que a seção "Da Saúde" tomasse parte da Constituição Brasileira de 1988. (ORDENEZ, 2017)

A nova ordem jurídica firmada na constituição, define o Brasil um Estado Democrático de Direito, proclama a saúde direito de todos e dever do estado, estabelecendo canais e mecanismos de controle e participação social para efetivar os princípios constitucionais que garantem o direito individual e social. (FUNASA, 2017)

A proposta da VIII Conferência Nacional de Saúde foi aprovada na Constituição de 1988, seção II, art. 196, capítulo 1: (ORDENEZ, 2017)

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

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

O Sistema Único de Saúde foi regulado posteriormente pela lei 8.080 de 1990, em que estão distribuídas todas as suas atribuições e funções como um sistema público e pela lei 8.142, também de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade, gestão e financiamento do SUS. (MERELES, 2018)

A implantação do SUS foi realizada de forma gradual: primeiro veio o SUDS; depois, a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde; e pôr fim a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) fundou o SUS. (HANNA SOBRINHO, 2014)

A criação do SUS foi o maior movimento de inclusão social já visto na história do Brasil e representou uma afirmação política de compromisso do Estado brasileiro para com os direitos dos seus cidadãos, tendo como importante princípio a universalização do acesso às ações e aos serviços de saúde. (ARCARI, 2018)

4 A REGULAMENTAÇÃO DO SUS



Fonte: conass.org.br

Os fundamentos do Sistema Único de Saúde – SUS estão expressos na Seção II do Capítulo II do Título VIII da Constituição Federal de 1988, que trata da Seguridade Social. Esta seção estabelece: (CONASS, 2016)

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

- Os direitos dos usuários,
- Os deveres do estado e as diretrizes da organização do sistema; c
- Como será financiado esse sistema;
- A participação da iniciativa privada e de empresas de capital estrangeiro na assistência à saúde;
- As atribuições do sistema
- Admissão de agentes comunitários de saúde e de combate às endemias.

A Constituição Federal remeteu a regulamentação do SUS à aprovação de leis complementares e ordinárias e desde então foram aprovadas pelo Congresso Nacional as seguintes leis sobre o tema: (CONASS, 2016)

1) Lei 8.080 de 19/09/90, 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

2) Lei 8.142 de 28/12/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

3) Lei Complementar 141 de 13/01/12, que regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências

A Lei 8.080/90, também chamada de lei orgânica da saúde, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e regula em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. Essa lei foi regulamentada pelo Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011 nos aspectos da organização do SUS, do

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

planejamento da saúde, da assistência à saúde e da articulação Interfederativa. (CONASS, 2016)

4.1 Estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) é composto pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios, conforme determina a Constituição Federal. Cada ente tem suas corresponsabilidades: (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)

Ministério da Saúde	Gestor nacional do SUS, formula, normatiza, fiscaliza, monitora e avalia políticas e ações, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde. Atua no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para pactuar o Plano Nacional de Saúde. Integram sua estrutura: Fiocruz, Funasa, Anvisa, ANS, Hemobrás, Inca, Into e oito hospitais federais.
Secretaria Estadual de Saúde (SES)	Participa da formulação das políticas e ações de saúde, presta apoio aos municípios em articulação com o conselho estadual e participa da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para aprovar e implementar o plano estadual de saúde.
Secretaria Municipal de Saúde (SMS)	Planeja, organiza, controla, avalia e executa as ações e serviços de saúde em articulação com o conselho municipal e a esfera estadual para aprovar e implantar o plano municipal de saúde
Conselhos de Saúde	O Conselho de Saúde, no âmbito de atuação (Nacional, Estadual ou Municipal), em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

	<p>homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.</p> <p>Cabe a cada Conselho de Saúde definir o número de membros, que obedecerá a seguinte composição: 50% de entidades e movimentos representativos de usuários; 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde e 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.</p>
Comissão Intergestores Tripartite (CIT)	Foro de negociação e pactuação entre gestores federal, estadual e municipal, quanto aos aspectos operacionais do SUS
Comissão Intergestores Bipartite (CIB)	Foro de negociação e pactuação entre gestores estadual e municipais, quanto aos aspectos operacionais do SUS
Conselho Nacional de Secretário da Saúde (Conass)	Entidade representativa dos entes estaduais e do Distrito Federal na CIT para tratar de matérias referentes à saúde
Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)	Entidade representativa dos entes municipais na CIT para tratar de matérias referentes à saúde.
Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems)	São reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos.

4.2 Responsabilidades dos entes que compõem o SUS – Ministério da Saúde (2020)

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

União

A gestão federal da saúde é realizada por meio do Ministério da Saúde. O governo federal é o principal financiador da rede pública de saúde. Historicamente, o Ministério da Saúde aplica metade de todos os recursos gastos no país em saúde pública em todo o Brasil, e estados e municípios, em geral, contribuem com a outra metade dos recursos. O Ministério da Saúde formula políticas nacionais de saúde, mas não realiza as ações. Para a realização dos projetos, depende de seus parceiros (estados, municípios, ONGs, fundações, empresas, etc.). Também tem a função de planejar, elaborar normas, avaliar e utilizar instrumentos para o controle do SUS.

Estados e Distrito Federal

Os estados possuem secretarias específicas para a gestão de saúde. O gestor estadual deve aplicar recursos próprios, inclusive nos municípios, e os repassados pela União. Além de ser um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais de saúde, o estado formula suas próprias políticas de saúde. Ele coordena e planeja o SUS em nível estadual, respeitando a normatização federal. Os gestores estaduais são responsáveis pela organização do atendimento à saúde em seu território.

Municípios

São responsáveis pela execução das ações e serviços de saúde no âmbito do seu território. O gestor municipal deve aplicar recursos próprios e os repassados pela União e pelo estado. O município formula suas próprias políticas de saúde e também é um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais e estaduais de saúde. Ele coordena e planeja o SUS em nível municipal, respeitando a normatização federal. Pode estabelecer parcerias com outros municípios para garantir o atendimento pleno de sua população, para procedimentos de complexidade que estejam acima daqueles que pode oferecer.

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

4.3 Legislação Básica do SUS

A legislação básica do SUS consiste na Constituição Federal (artigos 196 a 200), na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990), nas Normas Operacionais Básicas (NOB) e no Decreto 7.508/2011 que regulamenta a Lei 8.080/1990 e a Lei 8.142/1990. (ARCARI, 2018)

Lei Orgânica da Saúde

Leis nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990, como suas bases jurídica, constitucional e infraconstitucional (Brasil, 2007a). A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 – Lei Orgânica da Saúde –, dispõe acerca das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes, mostrando de forma clara os objetivos do SUS, suas competências e atribuições, assim como as funções da União, dos Estados e dos Municípios (BRASIL, 1990^a apud ARCARI,2018).

A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990bapud ARCARI,2018). Tais leis consolidam o papel do município como o principal executor das ações de saúde, caracterizando ampliação do processo de descentralização.

NOB – Normas Operacionais Básicas

Diversas portarias do MS regulamentaram o SUS, especialmente as que originaram as NOBs de 1991, 1993 e 1996. A implantação do SUS no conjunto do país passa a acontecer de forma gradual ao longo dos anos 1990. As NOB-SUS são os principais instrumentos normalizadores do processo de descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil, um dos pilares de sustentação do SUS. (ARCARI,2018)

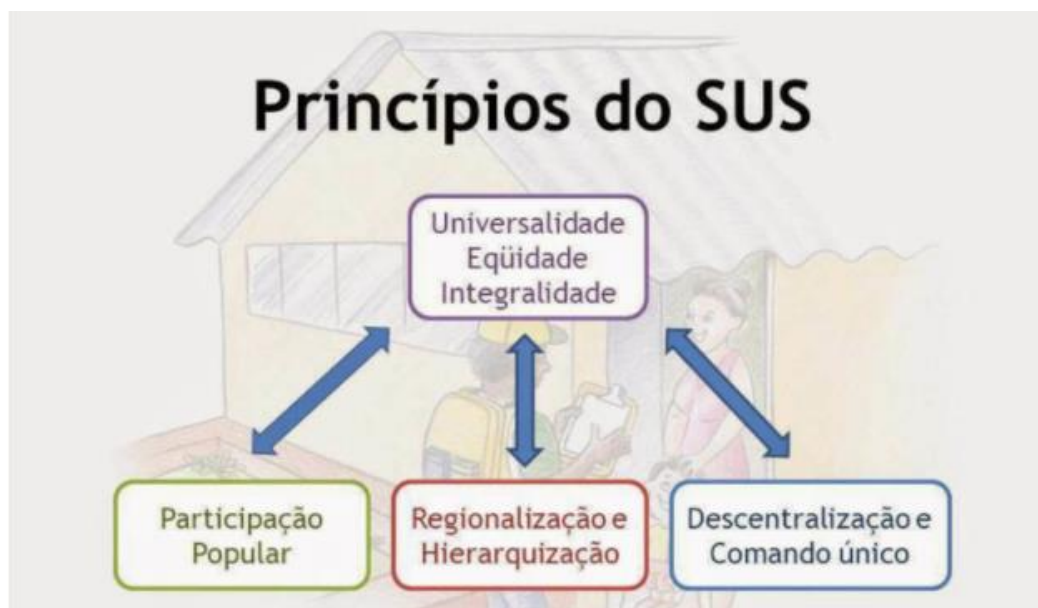
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Norma Operacional Básica 01/91	<p>Editada pelo INAMPS/MS em janeiro de 1991 e reeditada em julho do mesmo ano, a NOB 01/91 (BRASIL, 1991) reproduz em seu texto muitos dos elementos que compõem as Leis Orgânicas da Saúde, uma vez que elas constituem as bases de implantação e operacionalização do SUS, com foco principal nos meios de financiamento do SUS - repasse, acompanhamento, controle e avaliação dos recursos financeiros para os municípios e/ou estados, considerados fator de incentivo ao processo de descentralização.</p>
Norma Operacional Básica 01/92	<p>Segue orientações da NOB anterior, no que tange ao financiamento e regulamentação de repasses financeiros - através de convênios e em relação à descentralização, considerada um instrumento normativo de transição, pois avança no esclarecimento de elementos e princípios da descentralização e não deve ser entendida apenas pelo cumprimento aos critérios estabelecidos na Lei 8142/90, para repasse dos recursos financeiros federais para cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos municípios, mas sim, deve ser entendida principalmente pela nova responsabilidade do município de administrar as ações e serviços de saúde em sua área de abrangência, desde o planejamento até a execução das atividades, incluindo recursos humanos, materiais e financeiros. É o estabelecimento do comando único do SUS na esfera municipal (BRASIL, 1990b).</p>
Norma Operacional Básica 01/93	<p>É editada pelo próprio Ministro da Saúde e busca regulamentar o financiamento, bem como o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do SUS. A NOB 01/93 define o gerenciamento do processo de descentralização nas três esferas de governo, através da Comissão Intergestores Tripartite, das Comissões Intergestores Bipartites e dos Conselhos Municipais, bem como as condições de gestão para municípios e estados, buscando contemplar os diferentes estágios em que se encontram estados e municípios em relação à descentralização, tendo em vista a grande diversidade dos municípios brasileiros e também a tradição histórica ligada a um padrão administrativo e financeiro centralizador (BRASIL, 1993).</p>
Norma Operacional Básica 01/96	<p>A NOB 01/96, editada pelo Ministro da Saúde em 06/11/96, pretende dar continuidade ao processo de consolidação do SUS, colocando como finalidade primordial "promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes, com consequente redefinição das responsabilidades dos Estados, do DF e da união" (BRASIL, 1996). A partir da NOB 01/96, os municípios puderam habilitar-se em duas condições: Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal.</p>

Fonte: ARCARI, 2018

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

5 PRINCÍPIOS DO SUS



Fonte: cartaodosus.info

5.1 Princípio da universalidade

Art. 196. A saúde direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988: 63 apud MATTA, 2007)

Devido ao histórico da assistência à saúde no Brasil e da hegemonia da cultura do consumo nas sociedades contemporâneas, muitos associam a noção de universalidade à de gratuidade. A universalidade pressupõe a ideia de direito, o que torna completamente inadequado o uso de qualquer menção à ideia de pagamento/gratuidade. No Brasil, o direito à saúde é um direito social, coletivo, e não um direito individual garantido mediante pagamento e a respectiva cobertura. (MATTA, 2007)

A saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A universalidade do SUS apresenta-se não apenas como o direito à saúde garantido mediante políticas públicas, bem como aponta para a questão do direito à vida e à igualdade de acesso sem distinção de raça, sexo, religião ou qualquer outra forma de discriminação do cidadão brasileiro. (MATTA, 2007)

5.2 Equidade

O princípio da equidade é fruto de um dos maiores e históricos problemas da nação: as iniquidades sociais e econômicas. Essas iniquidades levam a desigualdades no acesso, na gestão e na produção de serviços de saúde. (MATTA, 2007)

O objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)

Apesar o nome, o princípio da equidade identifica o espaço da diferença, não o espaço da igualdade. É a concepção de um espaço regulador das diferenças, no sentido de reduzir ou atentar para as iniquidades ou diferenças. Isto é, reconhecer a pluralidade e a diversidade da condição humana nas suas necessidades e as suas potencialidades. (MATTA, 2007)



IGUALDADE



EQUIDADE

Fonte: researchgate.net

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

5.3 Integralidade

A Integralidade fundamenta-se no entendimento de que as pessoas têm o direito de serem atendidas no conjunto de suas necessidades, individuais e coletivas, e que, os serviços de saúde devem estar organizados de modo a oferecer todas as ações requeridas por essa atenção integral. (ARCARI, 2018)

Sobre esse princípio, o Ministério da Saúde (2020) diz:

Este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida do indivíduo.

5.4 Princípios Organizativos

1) Regionalização e Hierarquização

Os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)

Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)

Para Arcari (2018):

O princípio de Descentralização estabelece a descentralização da gestão e das políticas da saúde no país. Nesse princípio, o poder e a responsabilidade sobre a saúde são distribuídos entre os três níveis de governo, objetivando uma prestação de serviços com mais eficiência e qualidade e também a fiscalização e o controle por parte da sociedade. Os municípios passam a ser os responsáveis pela organização da oferta de todas as ações e serviços de saúde e por estabelecer as políticas locais de saúde.

O princípio de Hierarquização é uma forma de organização dos serviços e ações que visa atender as diferentes necessidades de saúde da população, sendo a atenção básica a responsável pela

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

resolubilidade da maioria das necessidades em saúde da população e a ordenadora da rede de atenção à saúde.

1) **Descentralização e Comando único**

Descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)

No SUS, a diretriz da descentralização corresponde à distribuição de poder político, de responsabilidades e de recursos da esfera federal para a estadual e municipal. Em resumo ocorre uma “desconcentração” do poder da União para os estados e municípios, tendo como objetivo a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS. (MATTA, 2007)

2) **Participação Popular**

A sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)

Esse princípio prevê a organização e a participação da comunidade na gestão do SUS, que ocorre legalmente por meio dos Conselhos e das Conferências de Saúde nas três esferas de governo: nacional, estadual e municipal. (ARCARI, 2018)

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

6 DIRETRIZES E ATRIBUIÇÕES DO SUS – LEI ORGÂNICA DA SAÚDE



Fonte: soumaissus.blogspot.com

Desde sua criação o SUS tem como objetivo oferecer à toda população brasileira acesso universal, integral e gratuito aos serviços de saúde. Além dos procedimentos médicos como consultas, exames, cirurgias e internações, o sistema é responsável também pelas campanhas de vacinação e gerenciamento dos programas de doação de órgãos e medula óssea. (CARVALHO, 2018)

A lei 8080 de 19 de setembro de 1990, conhecida como a lei Orgânica da Saúde, define as diretrizes para o funcionamento, e a organização do SUS. Conforme a definição em primeiro artigo: “Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado. ” (BRASIL, 1990)

Desde sua criação em 1990, a Lei Orgânica da Saúde sofreu alterações que culminaram na criação de leis para complementar e revogar parágrafos e artigos. Essas leis complementares criadas, possuem o intuito de adequar e melhorar a atuação do SUS, conforme o cenário da saúde pública foi alterando-se ao longo dos anos.

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Mas, em suma, algumas diretrizes e determinações mantiveram-se inalteradas desde a criação dessa lei, preservando-se os objetivos pelos quais o SUS foi criado.

6.1 Objetivos e atribuições do SUS – lei 8080 de 1990. (BRASIL, 1990)

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como 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;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

6.2 Competências e atribuições administrativas das três esferas do governo- lei 8080 de 1990. (BRASIL, 1990)

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;

II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;

IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;

V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;

VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;

VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;

VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;

XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;

XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;

XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;

XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;

XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;

XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;

XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;

XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;

XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;

XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

6.3 Participação dos serviços privados de assistência à saúde – lei 8080 de 1990. (BRASIL, 1990)

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

rt. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos: (Redação dada pela Lei nº 13.097, de 2015)

I - doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos; (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

II - pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar: (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

b) ações e pesquisas de planejamento familiar; (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

III - serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

IV - demais casos previstos em legislação específica. (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

6.4 Recursos Humanos -lei 8080 de 1990. (BRASIL, 1990)

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.

§ 1º Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 2º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

6.5 Recursos e Gestão financeira - -lei 8080 de 1990. (BRASIL, 1990)

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

II - Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º Ao Sistema Único de Saúde (SUS) caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).

§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

- I - perfil demográfico da região;
- II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

7 DIREITOS E DEVERES DOS USUÁRIOS DO SUS



Fonte: teutonia.rs.gov.br

Toda pessoa tem direito, em tempo hábil, ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para a garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde. (CNS, 2017)

A porta de entrada do sistema de saúde deve ser preferencialmente a atenção básica (postos de saúde, centros de saúde, unidades de Saúde da Família, etc.). A partir desse primeiro atendimento, o cidadão será encaminhado para os outros serviços de maior complexidade da saúde pública (hospitais e clínicas especializadas). (BRASIL, 2013)

Para que toda a população conheça os seus direitos e deveres diante do Sistema Único de Saúde (SUS), uma das maiores políticas públicas do mundo, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) criou a Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde. (FENAFAR, 2018)

A primeira versão da Carta foi criada em junho de 2009. Desde então, o documento passou por algumas mudanças para aprimorar termos e contemplar a diversidade das pessoas que vivem no país e fazem uso do SUS. (FENAFAR, 2018)

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Em sua primeira versão, havia seis princípios básicos de cidadania que asseguram ao brasileiro o ingresso digno nos sistemas de saúde, seja ele público ou privado: (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)

- Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
- Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
- Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
- Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
- Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.
- Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos

Em 2017, o CNS criou um Grupo de Trabalho responsável por analisar e atualizar a Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, que dispõe dos direitos e deveres dos usuários da saúde. Com o objetivo de ampliar a participação social neste processo, o CNS também lançou uma consulta à sociedade, em abril de 2017. (FENAFAR, 2018)

O documento foi apresentado e aprovado pelo plenário durante a 61ª Reunião Extraordinária do CNS, em 9 de agosto de 2017, quando os conselheiros nacionais de saúde aprovaram a Resolução nº 553, que dispõe sobre as diretrizes dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde. (CNS, 2017)

7.1 Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde – CNS (2017)

I. Direito à Saúde

Cada pessoa possui o direito de ser acolhida no momento em que chegar ao serviço e conforme sua necessidade de saúde e especificidade, independente

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

de senhas ou procedimentos burocráticos, respeitando as prioridades garantidas por lei.

A promoção e a proteção da saúde, devem estar relacionadas com as condições sociais, culturais e econômicas das pessoas, incluídos aspectos como:

- Segurança alimentar e nutricional
- Saneamento básico e ambiental
- Tratamento às doenças negligenciadas conforme cada região do país.
- Iniciativas de combate às endemias e doenças transmissíveis
- Combate a todas as formas de violência e discriminação
- Educação baseada nos princípios dos Direitos Humanos
- Trabalho digno
- Acesso à moradia, transporte, lazer, segurança pública e previdência social.

II. Tratamento adequado

Toda pessoa tem direito ao atendimento integral, aos procedimentos adequados e em tempo hábil a resolver o seu problema de saúde, de forma ética e humanizada.

- Atendimento ágil, com estratégias para evitar o agravamento, com tecnologia apropriada, por equipe multiprofissional capacitada e com condições adequadas de atendimento.
- Disponibilidade contínua e acesso a bens e serviços de imunização conforme calendário e especialidades regionais.
- Espaços de diálogo entre usuários e profissionais da saúde, gestores e defensoria pública sobre diferentes formas de tratamento possíveis.
- Informações sobre o seu estado de saúde, de forma objetiva, respeitosa, compreensível e em linguagem adequada a atendes e necessidade da usuária e do usuário.

III. Atendimento Humanizado

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Toda pessoa tem direito ao atendimento inclusivo, humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível.

- Nos serviços de saúde haverá igual visibilidade aos direitos e deveres das pessoas usuárias e das pessoas que trabalham no serviço.
- A rede de Serviços do SUS utilizará as tecnologias disponíveis para facilitar o agendamento de procedimentos nos serviços em todos os níveis de complexidade.
- Os serviços de saúde serão organizados segundo a demanda da população, e não limitados por produção ou quantidades de atendimento pré-determinados.
- A utilização de tecnologias e procedimentos nos serviços deverá proporcionar celeridade na realização de exames e diagnósticos e na disponibilização dos resultados.
- Haverá regulamentação do tempo de espera em filas de procedimentos.
- A lista de espera de média e alta complexidade deve considerar a agilidade e transparência.
- As medidas para garantir o atendimento incluem o cumprimento da carga horária de trabalho dos profissionais de saúde.
- Nas situações em que ocorrer a interrupção temporária da oferta de procedimentos como consultas e exames, os serviços devem providenciar a remarcação destes procedimentos e comunicar aos usuários.
- As redes de serviço do SUS devem se organizar e pactuar no território a oferta de plantão de atendimento 24 horas, inclusive nos finais de semana.
- Cada serviço deverá adotar medidas de manutenção permanente dos equipamentos, bens e serviços para prevenir interrupções no atendimento.
- É direito das pessoas, na rede de serviços da saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência.

IV. Direitos

Toda pessoa deve ter seus valores, cultura e direitos respeitados na relação com os serviços de saúde.

- Escolha o tipo de plano de saúde que melhor lhe convier, de acordo com as exigências mínimas constantes da legislação e a informação pela operadora sobre a cobertura, custos e condições que está adquirindo.
- Sigilo e a confidencialidade de todas as informações pessoais, mesmo após a morte, salvo nos casos de risco à saúde pública.
- Acesso da pessoa ao conteúdo do seu prontuário ou de pessoa por ele autorizada e a garantia de envio e fornecimento de cópia, em caso de encaminhamento a outro serviço ou mudança de domicílio. Obtenção de laudo, relatório e atestado sempre que justificado por sua situação.
- Obtenção de laudo, relatório e atestado sempre que justificado por sua situação de saúde.
- Consentimento livre, voluntário e esclarecido, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo nos casos acarretem risco à saúde pública, considerando que o consentimento anteriormente dado poderá ser revogado a qualquer instante, por decisão livre e esclarecida, sem que sejam imputadas à pessoa sanções morais, financeiras ou legais.
- Pleno conhecimento de todo e qualquer exame de saúde admissional, periódico, de retorno ao trabalho, de mudança de função, ou demissional realizado e seus resultados.
- A indicação de sua livre escolha, a quem confiará a tomada de decisões par a eventualidade de tornar-se incapaz de exercer sua autonomia.

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

- O recebimento ou a recusa à assistência religiosa, espiritual, psicológica e social.
- A liberdade, em qualquer fase do tratamento, de procurar segunda opinião ou parecer de outro profissional ou serviço sobre seu estado de saúde ou sobre procedimentos recomendados.
- A não-participação em pesquisa que envolva ou não tratamento experimental sem que tenha garantias claras de sua liberdade de escolha e, no caso de recusa em participar ou continuar na pesquisa, não poderá sofrer constrangimentos, punições ou sanções pelos serviços de saúde.
- O direito de se expressar e ser ouvido nas suas queixas, denúncias, necessidades, sugestões e outras manifestações por meio das ouvidorias, urnas e qualquer outro mecanismo existente, sendo sempre respeitado na privacidade, no sigilo e na confidencialidade.
- A participação nos processos de indicação e eleição de seus representantes nas conferências, nos conselhos de saúde e nos conselhos gestores da rede SUS.

V. Corresponsabilidade

Toda pessoa tem responsabilidade e direitos para que seu tratamento e recuperação sejam adequados e sem interrupção.

- Prestar informações apropriadas nos atendimentos, nas consultas e nas internações.
- Expressar se compreendeu as informações e orientações recebidas e, caso ainda tenha dúvidas, solicitar esclarecimentos sobre elas.
- Seguir o plano de tratamento proposto pelo profissional ou pela equipe de saúde responsável pelo seu cuidado, que deve ser compreendido e aceito pela pessoa que também é responsável pelo seu tratamento.
- Informar ao profissional de saúde ou à equipe responsável sobre qualquer fato que ocorra em relação a sua condição de saúde.

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

- Assumir a responsabilidade formal pela recusa a procedimentos, exames ou tratamentos recomendados e pelo descumprimento das orientações do profissional ou da equipe de saúde.
- Contribuir para o bem-estar de todas e todos nos serviços de saúde, evitar ruídos, uso de fumo e derivados do tabaco e bebidas alcoólicas, colaborar com a segurança e a limpeza do ambiente.
- Adotar comportamento respeitoso e cordial com as demais pessoas que usam ou trabalham no estabelecimento de saúde.
- Realizar exames solicitados, buscar os resultados e apresentá-los aos profissionais dos serviços de saúde.
- Tem em mão seus documentos e, quando solicitados, os resultados de exames que estejam em seu poder.
- Adotar medidas preventivas para situações de sua vida cotidiana que coloquem em risco a sua saúde e de sua comunidade.
- Comunicar aos serviços de saúde, às ouvidorias ou à vigilância sanitária irregularidades relacionadas ao uso e à oferta de produtos e serviços que afetem a saúde em ambientes públicos e privados.
- Desenvolver hábitos, práticas e atividades que melhorem a sua saúde e qualidade de vida.
- Comunicar à autoridade sanitária local a ocorrência de caso de doença transmissível, quando a situação requerer o isolamento ou quarentena da pessoa ou quando a doença constar da relação do Ministério da Saúde.
- Não dificultar a aplicação de medidas sanitárias, bem como as ações de fiscalização sanitárias, bem como as ações de fiscalização sanitária.

VI. Direito à informação

Toda pessoa tem direito à informação sobre os serviços de saúde aos diversos mecanismos de participação.

- A educação permanente em saúde e a educação permanente para o controle social devem estar incluídas em todas as instâncias do SUS, e evolver a comunidade.

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

- As unidades básicas de saúde devem constituir conselhos locais de saúde com participação da comunidade.
- As ouvidorias, Ministério Público, audiências públicas e outras formas institucionais de exercício da democracia garantida em lei, são espaços de participação cidadã.
- As instâncias de controle social e o poder público devem promover a comunicação dos aspectos positivos do SUS.
- Devem ser estabelecidos espaços para as pessoas usuárias manifestarem suas posições favoráveis ao SUS e promovidas estratégias para defender o SUS como patrimônio brasileiro.
- As informações prestadas à população devem ser claras, para propiciar a compreensão por toda e qualquer pessoa.
- Os conselhos de saúde deverão informar à população sobre:
 - a) Formas de participação
 - b) Composição do conselho de saúde
 - c) Regimento interno dos conselhos
 - d) Conferências de Saúde
 - e) Data, local e pauta das reuniões
 - f) Deliberações e ações desencadeadas.

VII. Participação

Toda pessoa tem direito a participar dos conselhos e conferências de saúde e de exigir que os gestores comprem os princípios anteriores.

- As conferências municipais e estaduais de saúde são espaços de ampla e aberta participação da comunidade, completadas por conferências livres, distritais e locais, além das de plenárias de segmentos.
- Respeitada a organização da democracia brasileira, toda pessoa tem direito a acompanhar dos espaços de controle social, como forma de participação cidadã, observando o regimento interno de cada instância.
- Os gestores do SUS, das três esferas de governo, par a observância dessas diretrizes, comprometem-se a:

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

- a) Promover o respeito e o cumprimento desses direitos e deveres, com a adoção de medidas progressivas, para sua efetivação.
- b) Adotar as providências necessárias para subsidiar a divulgação desta Resolução, inserindo em suas ações as diretrizes relativas aos direitos e deveres das pessoas.
- c) Incentivar e implementar formas de participação dos trabalhadores e usuários nas instâncias e participação de controle social do SUS.
- d) Promover atualizações necessárias no regimentos e estatutos dos serviços de saúde, adequando-os a esta Resolução.
- e) Aditar estratégias para o cumprimento efetivo da legislação e das normatizações do SUS.
- f) Promover melhorias contínuas, na rede SUS, como a informatização para implantar o Cartão SUS e o Prontuário Eletrônico.

8 SERVIÇOS E ATENDIMENTOS DO SUS



Fonte: noticias.uol.com.br

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), direito garantido a qualquer cidadão brasileiro, se dá a partir de um modelo baseado na hierarquização das ações e serviços de saúde por níveis de complexidade. A proposta é que casos de menor urgência possam ser resolvidos em instâncias que não cheguem a centros especializados de alta complexidade, melhorando a eficiência e a eficácia de todo o sistema. (FIOCRUZ, 2020)

Desta forma, o atendimento pelo SUS acontece em três níveis de atenção: no primeiro, estão as Unidades Básicas ou Postos de Saúde, a “porta de entrada” ao SUS, onde são marcadas consultas e exames e realizados procedimentos menos complexos, como vacinação e curativos; no segundo, entendido como de média complexidade, estão as Clínicas, Unidades de Pronto Atendimento e Hospitais Escolas, que dão conta de alguns procedimentos de intervenção, bem como tratamentos a casos crônicos e agudos de doenças; e no terceiro, de alta complexidade, estão os Hospitais de Grande Porte, onde são realizadas manobras mais invasivas e de maior risco à vida. (FIOCRUZ, 2020)

8.1 ESF – Estratégia Saúde da Família – Ministério da Saúde (2020)

A Estratégia Saúde da Família (ESF) busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como falta de atividade física, má alimentação, uso de tabaco, dentre outros. Com atenção integral, equânime e contínua, a ESF se fortalece como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS).

A proximidade da equipe de saúde com o usuário permite que se conheça a pessoa, a família e a vizinhança. Isso garante uma maior adesão do usuário aos tratamentos e às intervenções propostas pela equipe de saúde. O resultado é mais problemas de saúde resolvidos na Atenção Básica, sem a necessidade de intervenção de média e alta complexidade em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) ou hospital.

A Equipe de Saúde da Família está ligada à Unidade Básica de Saúde (UBS) local. Esse nível de atenção resolve 80% dos problemas de saúde da população. Entretanto, se a pessoa precisar de um cuidado mais avançado, a ESF faz este encaminhamento.

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Composição da ESF:

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS).

Também há equipe de Saúde Bucal, composta por cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe.

Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas de uma determinada área, que passam a ter co-responsabilidade no cuidado com a saúde.

Atividades básicas de uma equipe de Saúde da Família

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis e identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos quais a população está exposta;
- Executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos da vida;
- Garantir a continuidade do tratamento, pela adequada referência do caso;
- Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde por meio da educação sanitária;
- Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas;

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

- Discutir, de forma permanente, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam;
- Incentivar a formação e/ou participação ativa nos conselhos locais de saúde e no Conselho Municipal de Saúde.

8.2 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) – Ministério da Saúde (2020)

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pelo Ministério da Saúde, em 2008, com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Primária no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações.

Atualmente, regulamentados pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, os núcleos são compostos por equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (ESF), as equipes de atenção primária para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde.

Esta atuação integrada permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais, tanto na Unidade de Saúde, como nas visitas domiciliares; permite a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde.

Com a publicação da Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012, o Ministério da Saúde criou uma terceira modalidade de conformação de equipe: o NASF 3, abrindo a possibilidade de qualquer município do Brasil faça implantação de equipes NASF, desde que tenha ao menos uma equipe de Saúde da Família.

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

As modalidades de NASF hoje estão assim definidas:

Modalidades	Nº de equipes vinculadas	Somatória das Cargas Horárias Profissionais*
NASF 1	5 a 9 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	Mínimo 200 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 80h de carga horária semanal;
NASF 2	3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	Mínimo 120 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal;
NASF 3	1 a 2 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	Mínimo 80 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal;

**Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas. eCR - Equipe Consultório na Rua; eSFR - Equipe Saúde da Família Ribeirinha; eSFF - Equipe Saúde da Família Fluvial*

Fonte: saude.gov.br

Poderão compor os NASF as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO):

Médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

A composição de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas.

8.3 Programa Nacional de Imunização – PNI. – Ministério da Saúde (2020)

O Programa Nacional de Imunizações tem avançado ano a ano para proporcionar melhor qualidade de vida à população com a prevenção de

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

doenças. Tal como ocorre nos países desenvolvidos, o Calendário Nacional de Vacinação do Brasil contempla não só as crianças, mas também adolescentes, adultos, idosos, gestantes e povos indígenas. Ao todo, são disponibilizadas na rotina de imunização 19 vacinas, cuja proteção inicia nos recém-nascidos, podendo se estender por toda a vida.

As vacinas são seguras e estimulam o sistema imunológico a proteger a pessoa contra doenças transmissíveis. Quando adotada como estratégia de saúde pública, elas são consideradas um dos melhores investimentos em saúde, considerando o custo-benefício.

O Programa Nacional de Imunizações do Brasil é um dos maiores do mundo, ofertando 45 diferentes imunobiológicos para toda a população. Há vacinas destinadas a todas as faixas-etárias e campanhas anuais para atualização da caderneta de vacinação.

O êxito das Campanhas de Vacinação contra a varíola na década dos anos sessenta mostrou que a vacinação em massa tinha o poder de erradicar a doença. O último caso de varíola notificado no Brasil foi em 1971 e, no mundo, em 1977 na Somália.

Em 1973 foi formulado o Programa Nacional de Imunizações (PNI), por determinação do Ministério da Saúde, com o objetivo de coordenar as ações de imunizações que se caracterizavam, até então, pela descontinuidade, pelo caráter episódico e pela reduzida área de cobertura. A proposta básica para o Programa, constante de documento elaborado por técnicos do Departamento Nacional de Profilaxia e Controle de Doenças (Ministério da Saúde) e da Central de Medicamentos (CEME - Presidência da República), foi aprovada em reunião realizada em Brasília, em 18 de setembro de 1973, presidida pelo próprio Ministro Mário Machado Lemos e contou com a participação de renomados sanitaristas e infectologistas, bem como de representantes de diversas instituições.

Em 1975 foi institucionalizado o PNI, resultante do somatório de fatores, de âmbito nacional e internacional, que convergiam para estimular e expandir a utilização de agentes imunizantes, buscando a integridade das ações de imunizações realizadas no país. O PNI passou a coordenar, assim, as atividades de imunizações desenvolvidas rotineiramente na rede de serviços e, para tanto, traçou diretrizes pautadas na experiência da Fundação de Serviços de Saúde

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Pública (FSESP), com a prestação de serviços integrais de saúde através de sua rede própria. A legislação específica sobre imunizações e vigilância epidemiológica (Lei 6.259 de 30-10-1975 e Decreto 78.231 de 30-12-76) deu ênfase às atividades permanentes de vacinação e contribuiu para fortalecer institucionalmente o Programa.

Em seguimento à erradicação da varíola, inicia-se em 1980 a 1ª Campanha Nacional De Vacinação Contra A Poliomielite, com a meta de vacinar todas as crianças menores de 5 anos em um só dia. O último caso de poliomielite no Brasil ocorreu na Paraíba em março de 1989. Em setembro de 1994 o Brasil junto com os demais países da região das Américas, recebeu da Comissão Internacional para a Certificação da Ausência de Circulação Autóctone do Poliovírus Selvagem nas Américas, o Certificado que a doença e o vírus foram eliminados de nosso continente.

De 1990 a 2003, o PNI fez parte da Fundação Nacional de Saúde. A partir de 2003, passou a integrar o DEVEP/SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde, inserido na Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI).

Ao longo do tempo, a atuação do PNI alcançou consideráveis avanços ao consolidar a estratégia de vacinação nacional. As metas mais recentes contemplam a eliminação do sarampo e do tétano neonatal. A essas, se soma o controle de outras doenças imunopreveníveis como Difteria, Coqueluche e Tétano acidental, Hepatite B, Meningites, Febre Amarela, formas graves da Tuberculose, Rubéola e Caxumba em alguns Estados, bem como, a manutenção da erradicação da Poliomielite.

O PNI adquire, distribui e normatiza também o uso dos imunobiológicos especiais, indicados para situações e grupos populacionais específicos que serão atendidos nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE). É também de responsabilidade desta coordenação a implantação do Sistema de Informação e a consolidação dos dados de cobertura vacinal em todo o país.

Destacamos que o objetivo principal do Programa é de oferecer todas as vacinas com qualidade a todas as crianças que nascem anualmente em nosso país, tentando alcançar coberturas vacinais de 100% de forma homogênea em todos os municípios e em todos os bairros.

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O PNI é, hoje, parte integrante do Programa da Organização Mundial da Saúde, com o apoio técnico, operacional e financeiro da UNICEF e contribuições do Rotary Internacional e do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

8.4 HumanizaSUS – Ministério da Saúde (2020)

A Política Nacional de Humanização (PNH), como política transversal ao SUS perpassa diferentes ações, Políticas Públicas e instâncias gestoras, foi constituída em 2003 e tem como foco a efetivação dos princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a Saúde Pública no Brasil.

A PNH é vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS) e conta com uma equipe técnica sediada em Brasília (DF), que realiza apoio técnico ao território através das Secretarias Estaduais de Saúde por meio de acompanhamento aos Projetos de implementação da PNH, que considera a análise dos problemas e desafios visando mudanças no modelo de atenção e gestão e sua indissociabilidade, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho.

A valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Fomento da autonomia e do protagonismo dos sujeitos e dos coletivos envolvidos no processo de saúde, visando aumento do grau de co-responsabilização, humanização da gestão e participação dos trabalhadores nos processos de decisão e estabelecimento de vínculos solidários na produção de saúde em rede.

Estrutura da PNH:

- Princípios
- Método
- Diretrizes
- Dispositivos

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Princípios:

I. Transversalidade

A Política Nacional de Humanização (PNH) deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. A PNH busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas.

Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde estão conectadas na produção do cuidado e podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma co-responsável.

A política é transversal porque se baseia em método e modo de fazer, assumindo uma função meio para qualificação do SUS. Desta forma, se aplica a todas as demais políticas, práticas e espaços do SUS, uma vez que não se identifica especificamente a nenhum objeto em si e sim a todo o SUS.

II. Indissociabilidade entre atenção e gestão

As decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde. Por isso, trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva. Ao mesmo tempo, o cuidado e a assistência em saúde não se restringem às responsabilidades da equipe de saúde.

O usuário e sua rede sócio familiar devem também corresponsabilizar-se pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo posição protagonista com relação a sua saúde e a daqueles que lhes são caros.

A gestão precisa estar em sintonia e coerência com a atenção assim como a atenção necessita corresponder na prática à proposta da gestão. De certa forma, além da corresponsabilização implicada na prática de processos cogeridos, todos devem fazer gestão de sua própria prática.

Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos

Qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a vontade das pessoas envolvidas, as quais compartilham

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

responsabilidades. Os usuários dos serviços de saúde não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento das diversas faces do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde.

8.5 Serviço de Atenção Domiciliar - Melhor em Casa – Ministério da Saúde (2020)

A atenção domiciliar (AD) é a forma de atenção à saúde oferecida na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à Rede de Atenção à Saúde. Com abordagens diferenciadas, esse tipo de serviço está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS) e é oferecido de acordo com a necessidade do paciente, a partir do atendimento de diferentes equipes.

O Melhor em Casa é um serviço indicado para pessoas que apresentam dificuldades temporárias ou definitivas de sair do espaço da casa para chegar até uma unidade de saúde, ou ainda para pessoas que estejam em situações nas quais a atenção domiciliar é a mais indicada para o seu tratamento. A atenção domiciliar visa a proporcionar ao paciente um cuidado mais próximo da rotina da família, evitando hospitalizações desnecessárias e diminuindo o risco de infecções, além de estar no aconchego do lar.

Nos casos em que o paciente precisa ser visitado semanalmente ou mais, ele poderá ser acompanhado por equipes específicas de Atenção Domiciliar, como as que fazem parte do Programa Melhor em Casa.

O atendimento é realizado por equipes multidisciplinares, formadas prioritariamente por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e fisioterapeuta ou assistente social.

Outros profissionais (fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional e farmacêutico) poderão compor as equipes de apoio. Cada equipe poderá atender, em média, 60 pacientes, simultaneamente.

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Benefícios do Melhor em Casa

- Melhorar e ampliar a assistência no SUS a pacientes com agravos de saúde, que possam receber atendimento humanizado, em casa, e perto da família;
- Estudos apontam que o bem-estar, carinho e atenção familiar, aliados à adequada assistência em saúde são elementos importantes para a recuperação de doenças;
- Pacientes submetidos a cirurgias e que necessitam de recuperação, quando atendidos em casa apresentam redução dos riscos de contaminação e infecção;
- Melhor em Casa representa um avanço para a gestão de todo o sistema público de saúde, já que ajudará a desocupar os leitos hospitalares, proporcionando um melhor atendimento e regulação dos serviços de urgência dos hospitais;



Fonte: saude.gov.br

8.6 Força Nacional do Sistema Único de Saúde – Ministério da Saúde (2020)

A Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS) é um programa de cooperação criado em novembro de 2011 e voltado à execução de medidas de prevenção, assistência e repressão a situações epidemiológicas, de

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

desastres ou de desassistência à população quando for esgotada a capacidade de resposta do estado ou município.

Desde a sua criação, a Força Nacional do SUS realizou mais de 4 missões de apoio a situações de desastres naturais (enchentes e deslizamentos), no apoio a gestão de grandes eventos (Rio+20 e eventos como Círio de Nazaré, Copa do Mundo e Olimpíadas 2016), desassistência (apoio a reorganização da Rede de Atenção à Saúde, como migração de haitianos e assistência indígena) e atuação relacionada a tragédias (incêndio em boate em Santa Maria/RS).

A Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) é a situação que demande o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública nas seguintes situações:

a) situações epidemiológicas: surtos e epidemias que:

- Apresentem risco de disseminação nacional;
- Sejam produzidos por agentes infecciosos inesperados
- Representem a reintrodução de doença erradicada;
- Apresentem gravidade elevada; ou
- Extrapolem a capacidade de resposta da direção estadual do Sistema Único de Saúde;

b) situação de desastre: evento que configure situação de emergência ou estado de calamidade pública reconhecido pelo Poder Executivo federal nos termos da Lei nº 12.340, de 1º de dezembro de 2010, e que implique atuação direta na área de saúde pública;

c) situação de desassistência à população: evento que, devidamente reconhecido mediante a decretação de situação de emergência ou calamidade pública pelo ente federado afetado, coloque em risco a saúde dos cidadãos por incapacidade ou insuficiência de atendimento à demanda e que extrapolem a capacidade de resposta das direções estadual, distrital e municipal do SUS.

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

8.7 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Ministério da Saúde (2020)

O PMAQ-AB tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Para isso, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde.

O programa eleva o repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento. O programa foi lançado em 2011 e agora, em 2015, inicia seu 3º ciclo com a participação de todas as equipes de saúde da Atenção Básica (Saúde da Família e Parametrizada), incluindo as equipes de Saúde Bucal, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Centros de Especialidades Odontológicas que se encontrem em conformidade com a PNAB.

8.8 Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Ministério da Saúde. (2020)

O acesso dos brasileiros à Saúde Bucal vem aumentando desde 2003, com a criação do Programa Brasil Sorridente. Como parte da Política Nacional de Saúde Bucal, o programa do governo federal reúne uma série de medidas para garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros. Afinal, a saúde da boca é fundamental para a saúde geral e para a qualidade de vida da população.

A principal meta do Brasil Sorridente é a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, reunindo ações em Saúde Bucal voltadas para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dentre as linhas de ação do Brasil Sorridente, destacam-se a reorganização da Atenção Básica em Saúde Bucal (implantação das equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família), a ampliação e qualificação da atenção especializada (implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias) e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

público. O Brasil Sorridente também contempla o Brasil Sorridente Indígena e apresenta interface com outras ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, o que ajuda a compreender seu alcance.

Como cuidar da saúde bucal no SUS

A porta de entrada do SUS é a Unidade Básica de Saúde (UBS) ou pelas equipes de Saúde da Saúde. A atenção básica é responsável pelo primeiro atendimento ao paciente e pelo encaminhamento aos centros especializados apenas casos mais complexos.

8.9 Farmácia Popular – Ministério da Saúde (2020)

O Programa Farmácia Popular do Brasil tem como um dos seus principais objetivos a ampliação do acesso da população aos medicamentos básicos e essenciais, diminuindo, assim, o impacto do preço dos remédios no orçamento familiar. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) e de instituições brasileiras indicam que as famílias de menor renda destinam 2/3 dos gastos com saúde para a compra de remédios.

O Ministério da Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, emprega esforços contínuos para a elevação dos recursos destinados à aquisição dos medicamentos de distribuição gratuita na rede pública de saúde. Ao lado disso, conforme levantamento realizado pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), mais de 50% dos brasileiros interrompem o tratamento médico devido à falta de recursos para adquirir os respectivos remédios.

O Programa Farmácia Popular baseia-se na efetivação de parcerias com prefeituras, governos estaduais, órgãos e instituições públicas ou privadas sem fins lucrativos de assistência à saúde. Seus objetivos característicos e suas peculiaridades na forma de implementação indicam um caminho perene de articulação multiinstitucional, das diferentes esferas de governo e com distintos atores da sociedade, na busca de soluções para uma complexa demanda social, que é a garantia de assistência farmacêutica a toda a população do País. A participação efetiva da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), responsável por operacionalizar o programa, coordenando a estruturação das unidades e

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

executando a compra dos medicamentos, do abastecimento das farmácias e da capacitação dos profissionais, garante sua inserção contínua e segura nos sistemas de saúde das áreas onde é implantado.

A prioridade na aquisição dos medicamentos, por meio dos laboratórios farmacêuticos públicos, é uma forma de incentivo à sua produção. Em consonância com as altas prioridades governamentais, o Programa Farmácia Popular do Brasil alinha-se às outras ações colocadas em prática visando ao atendimento das necessidades de saúde de nossa população e o presente Manual dedica-se a apresentar os detalhes relativos à instalação de unidades componentes do programa nos estados e municípios.

8.10 Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) – Ministério da Saúde (2020)

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria GM/MS nº 529/2013, objetiva contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.

A Segurança do Paciente é um dos seis atributos da qualidade do cuidado, e tem adquirido, em todo o mundo, grande importância para os pacientes, famílias, gestores e profissionais de saúde com a finalidade de oferecer uma assistência segura.

Os incidentes associados ao cuidado de saúde, e em particular os eventos adversos (incidentes com danos ao paciente), representam uma elevada morbidade e mortalidade nos sistemas de saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) demonstrando preocupação com a situação, criou a *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial pela Segurança do Paciente) que tem como objetivos organizar os conceitos e as definições sobre segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos.

As ações do PNSP articulam-se com os objetivos da Aliança Mundial e contemplam demais políticas de saúde para somar esforços aos cuidados em redes de atenção à saúde.

A RDC/Anvisa nº 36/2013 institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Esta normativa regulamenta aspectos da segurança do paciente como a implantação dos Núcleos de

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Segurança do Paciente, a obrigatoriedade da notificação dos eventos adversos e a elaboração do Plano de Segurança do Paciente.

Os protocolos básicos de segurança do paciente são instrumentos para implantação das ações em segurança do paciente. A Portaria GM/MS nº 1.377, de 9 de julho de 2013 e a Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013 aprovam os protocolos básicos de segurança do paciente.

8.11 Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) – Ministério da Saúde (2020)

O Programa Nacional de Triagem Neonatal é uma agenda transversal às políticas, coordenações e áreas técnicas (Sangue e Hemoderivados, Saúde da Criança, e Saúde da Pessoa com Deficiência e) e às Redes Temáticas do SUS (Rede Cegonha e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência).

Missão: "Promover, implantar e implementar as ações de Triagem Neonatal no âmbito do SUS, visando o acesso universal, integral e equânime, com foco na prevenção, na intervenção precoce e no acompanhamento permanente das pessoas com as doenças incluídas no Programa".

Este programa tem como objetivo geral identificar distúrbios e doenças no recém-nascido em tempo oportuno para intervenção adequada, garantindo tratamento e acompanhamento contínuo às pessoas com diagnóstico positivo, conforme estabelecido nas Linhas de Cuidado, com vistas a reduzir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida das pessoas com doenças previstas na política.

É realizada através de testes capazes de detectar precocemente um grupo de doenças e alterações, geralmente assintomáticas no período neonatal, porém, potencialmente causadoras de danos durante o crescimento e desenvolvimento das crianças acometidas.

SISNEO centralizador

Conforme PORTARIA Nº 187, DE 3 DE FEVEREIRO DE 2020 que institui a Base de Dados do Programa Nacional de Triagem Neonatal, em seu Art. 150 B, § 3º "Os dados a serem enviados pelos estabelecimentos de saúde públicos e privados e pelas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

deverão conter campos de informação padronizados, conforme instruções a serem disponibilizadas pelo Ministério da Saúde.

Ações integradas da Triagem Neonatal Biológica



Fonte: saude.gov.br

8.12 Programa Saúde na Escola – PSE. Ministério da Saúde (2020)

O Programa Saúde na Escola (PSE) visa à integração e articulação permanente da educação e da saúde, proporcionando melhoria da qualidade de vida da população brasileira. Como consolidar essa atitude dentro das escolas? Essa é a questão que nos guiou para elaboração da metodologia das Agendas de Educação e Saúde, a serem executadas como projetos didáticos nas Escolas.

O PSE tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino.

O público beneficiário do PSE são os estudantes da Educação Básica, gestores e profissionais de educação e saúde, comunidade escolar e, de forma mais amplificada, estudantes da Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica e da Educação de Jovens e Adultos (EJA).

As atividades de educação e saúde do PSE ocorrerão nos Territórios definidos segundo a área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (Ministério da Saúde), tornando possível o exercício de criação de núcleos e

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ligações entre os equipamentos públicos da saúde e da educação (escolas, centros de saúde, áreas de lazer como praças e ginásios esportivos, etc).

No PSE a criação dos Territórios locais é elaborada a partir das estratégias firmadas entre a escola, a partir de seu projeto político-pedagógico e a unidade básica de saúde. O planejamento destas ações do PSE considera: o contexto escolar e social, o diagnóstico local em saúde do escolar e a capacidade operativa em saúde do escolar.

A Escola é a área institucional privilegiada deste encontro da educação e da saúde: espaço para a convivência social e para o estabelecimento de relações favoráveis à promoção da saúde pelo viés de uma Educação Integral.

Para o alcance dos objetivos e sucesso do PSE é de fundamental importância compreender a Educação Integral como um conceito que compreende a proteção, a atenção e o pleno desenvolvimento da comunidade escolar. Na esfera da saúde, as práticas das equipes de Saúde da Família, incluem prevenção, promoção, recuperação e manutenção da saúde dos indivíduos e coletivos humanos.

Para alcançar estes propósitos o PSE foi constituído por cinco componentes:

- a) Avaliação das Condições de Saúde das crianças, adolescentes e jovens que estão na escola pública;
- b) Promoção da Saúde e de atividades de Prevenção;
- c) Educação Permanente e Capacitação dos Profissionais da Educação e da Saúde e de Jovens;
- d) Monitoramento e Avaliação da Saúde dos Estudantes;
- e) Monitoramento e Avaliação do Programa.

Mais do que uma estratégia de integração das políticas setoriais, o PSE se propõe a ser um novo desenho da política de educação e saúde já que:

- 1) Trata a saúde e educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos;
- 2) Permite a progressiva ampliação das ações executadas pelos sistemas de saúde e educação com vistas à atenção integral à saúde de crianças e adolescentes; e

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

- 3) Promove a articulação de saberes, a participação de estudantes, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social da política pública.

8.13 Rede cegonha - Ministério da Saúde (2020)

Toda mulher tem o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez ao parto e ao puerpério (pós-parto), bem como as crianças têm o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Assegurar esses direitos é o objetivo do Ministério da Saúde com a Rede Cegonha. Essa estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País e está sendo implantada, gradativamente, em todo o território nacional. A implantação e expansão do programa segue critério epidemiológico, taxa de mortalidade infantil e razão mortalidade materna e densidade populacional.

Componentes da Rede Cegonha

- Pré-natal;
- Parto e nascimento;
- Puerpério e atenção integral à saúde da criança; e
- Sistema logístico (transporte sanitário e regulação).

A Rede Cegonha é uma estratégia lançada em 2011 pelo governo federal para proporcionar às mulheres saúde, qualidade de vida e bem-estar durante a gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida. Tem o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil e garantir os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes. A proposta qualifica os serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no planejamento familiar, na confirmação da gravidez, no pré-natal, no parto e no puerpério (28 dias após o parto).

A Rede sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no País desde a década de 80, com base no pioneirismo e na experiência de médicos e enfermeiras obstetras e neonatais, obstetras, parteiras doulas, acadêmicos, antropólogos,

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, grupos feministas, ativistas e instituições de saúde, dentre outros.

Caderneta da Gestante

A Caderneta da Gestante é um instrumento fundamental para o registro das informações de acompanhamento da gestação e deve ser parte essencial do processo de trabalho dos profissionais de saúde, sendo utilizada em todas as consultas do pré-natal. Ela é um instrumento reconhecido e inserido na rotina de pré-natal dos serviços de saúde que realizam acompanhamento das gestantes pelo SUS.

As informações inseridas na caderneta apoiam o profissional no diálogo e continuidade do atendimento à gestante e nas ações de educação em saúde, além de ajudar a gestante a registrar e esclarecer dúvidas, se preparar para o parto e a amamentação, conhecer sinais de alerta e seus direitos, entre outros. A caderneta é distribuída para todo Brasil. Periodicamente ela é revista.

A última atualização foi em 2016, quando a Caderneta da Gestante ganhou novos campos para registro de ocorrência de exantema e orientações para gestantes, visando melhor identificar sinais de alerta relacionados à possível ocorrência de infecção por Zika.

8.14 Rede de atenção psicossocial – RAPS – Ministério da Saúde (2020)

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria MS/GM nº 3.088, de 23/12/2011, prevê a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A RAPS tem como objetivos gerais:

- I. Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- II. Promover a vinculação das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e de suas famílias aos pontos de atenção; e

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

III. Garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Além disso, destacam-se os seguintes objetivos específicos:

a) Promover cuidados em saúde especialmente a grupos mais vulneráveis (crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);

b) Prevenir o consumo e a dependência de álcool e outras drogas e reduzir os danos provocados pelo consumo;

c) Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas por meio do acesso ao trabalho, à renda e à moradia solidária;

d) Produzir e ofertar informações sobre os direitos das pessoas, as medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;

e) Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e

f) Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços mediante indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

A RAPS encontra-se organizada nos seguintes componentes:

- Atenção Básica em Saúde;
- Unidade básica de saúde;
- Núcleo ampliado de saúde da família;
- Consultório na rua;
- Centros de convivência e cultura. Atenção Psicossocial Estratégica
- -Centros de atenção psicossocial (nas suas diferentes modalidades);
- -Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental. Atenção de Urgência e Emergência
- SAMU 192;
- Sala de Estabilização;
- UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, unidades básicas de saúde. Atenção Residencial de Caráter Transitório

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

- Unidade de acolhimento;
- Serviço de atenção em regime residencial. Atenção Hospitalar
- Unidade Especializada em Hospital Geral;
- Hospitais Especializados. Estratégias de Desinstitucionalização
- Serviços residenciais terapêuticos;
- Programa “De Volta para Casa” Estratégias de Reabilitação Psicossocial
- Iniciativas de geração de trabalho e renda;

Empreendimentos solidários e cooperativas sociais. Ações de competência da Coordenação Estadual de Saúde Mental:

a) Coordenar e implementar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em Santa Catarina, a partir das diretrizes do Ministério da Saúde;

b) Suporte aos municípios para incentivar a implantação dos dispositivos e pontos de atenção da RAPS, articulados com os outros pontos da rede, através de análise de projetos dos municípios ou região de saúde, visitas, reuniões, articulação entre os vários serviços e setores, vistorias e pareceres para implantação dos pontos de atenção;

c) Acompanhamento e avaliação dos pontos da Rede de Atenção Psicossocial através de supervisões dos serviços in loco; em parceria com as Equipes de Controle, Avaliação e Auditoria e Vigilância Sanitária;

d) Qualificação dos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial, em parceria com outros setores da SES;

e) Articulação com outros setores como Educação, Assistência Social, Ministério Público, Poder Judiciário, Segurança Pública e outros;

f) Coordenação e/ou participação de Comissões, Câmaras Técnicas, Conselhos e outros relacionados à área de atenção em Saúde Mental no Estado;

g) Participação na discussão e implantação de políticas direcionadas às populações específicas como população indígena, população infanto-juvenil, população privada de liberdade e população em situação de rua.

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

8.15 Rede de Bancos de Leite Humano – Ministério da Saúde (2020)

O Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz criaram a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH-BR) em 1998, com a missão de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, coletar e distribuir leite humano com qualidade certificada e contribuir para a diminuição da mortalidade infantil.

Parte da Política Nacional de Aleitamento Materno, a rBLH é uma ação estratégica. Além de além de coletar, processar e distribuir leite humano a bebês prematuros e de baixo peso, os Bancos de Leite Humano (BLHs) realizam atendimento de orientação e apoio à amamentação.

Atualmente, a Rede possui mais de 200 Bancos de Leite Humano distribuídos em todos os estados do território nacional, alguns com coleta domiciliar. A rBLH-BR conta ainda com mais de 300 Postos de Coleta (PCs) de leite humano.

O modelo brasileiro é reconhecido mundialmente pelo desenvolvimento tecnológico inédito, que alia baixo custo à alta qualidade, além de distribuir o leite humano conforme as necessidades específicas de cada bebê, aumentando a eficácia da iniciativa para a redução da mortalidade neonatal. Em 2001, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu a rBLH como uma das ações que mais contribuíram para redução da mortalidade infantil no mundo, na década de 1990. De 1990 a 2012, a taxa de mortalidade infantil no Brasil reduziu 70,5%.

8.16 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) – Ministério da Saúde (2020)

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido alguma situação de urgência ou emergência que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte. São urgências situações de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras.

O Ministério da Saúde vem concentrando esforços no sentido de implementar a Política Nacional de Atenção às Urgências, da qual o SAMU 192 é componente fundamental. Tal Política prioriza os princípios do SUS, com

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ênfase na construção de redes de atenção integral às urgências regionalizadas e hierarquizadas que permitam a organização da atenção, com o objetivo de garantir a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada.

O SAMU 192 realiza os atendimentos em qualquer lugar e conta com equipes que reúne médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e condutores socorristas.

- Residências;
- Locais de trabalho;
- Vias públicas

O SAMU 192 é um serviço gratuito, que funciona 24 horas, por meio da prestação de orientações e do envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências.

O atendimento do SAMU 192 começa a partir do chamado telefônico, quando são prestadas orientações sobre as primeiras ações. A ligação é gratuita, para telefones fixo e móvel. Os técnicos do atendimento telefônico que identificam a emergência e coletam as primeiras informações sobre as vítimas e sua localização. Em seguida, as chamadas são remetidas ao Médico Regulador, que presta orientações de socorro às vítimas e aciona as ambulâncias quando necessário.

As ambulâncias do SAMU 192 são distribuídas estrategicamente, de modo a otimizar o tempo-resposta entre os chamados da população e o encaminhamento aos serviços hospitalares de referência. A prioridade é prestar o atendimento à vítima no menor tempo possível, inclusive com o envio de médicos conforme a gravidade do caso. As unidades móveis podem ser ambulâncias, motolâncias, ambulâncias ou aeromédicos, conforme a disponibilidade e necessidade de cada situação, sempre no intuito de garantir a maior abrangência possível.

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

8.17 Rede de Atenção às Urgências e Emergências – Ministério da Saúde (2020)

A Rede de Atenção às Urgências tem como objetivo reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada entre os diferentes pontos de atenção que a compõe, de forma a melhor organizar a assistência, definindo fluxos e as referências adequadas.

É constituída pela Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde; Atenção Básica; SAMU 192; Sala de Estabilização; Força Nacional do SUS; UPA 24h; Unidades Hospitalares e Atenção Domiciliar.

Sua complexidade se dá pela necessidade do atendimento 24 horas às diferentes condições de saúde: agudas ou crônicas agudizadas; sendo elas de natureza clínica, cirúrgica, traumatológica entre outras.

Assim, para que a Rede ofereça assistência qualificada aos usuários, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. Sendo indispensável a implementação da qualificação profissional, da informação, do processo de acolhimento e da regulação de acesso a todos os componentes que a constitui.

Segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) após avaliação do perfil epidemiológico e demográfico brasileiro, evidencia-se que os principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência e emergência estão relacionados a alta morbimortalidade de doenças do aparelho circulatório, como o Infarto Agudo do Miocárdio – IAM e o Acidente Vascular Cerebral – AVC, além do aumento relativo às violências e aos acidentes de trânsito.

Desta forma, a Rede de Urgência e Emergência tem como prioridade a reorganização das linhas de cuidados prioritárias de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular no âmbito da atenção hospitalar e sua articulação com os demais pontos de atenção.

Sistemas

1) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES visa ser a base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde, sendo estes

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

imprescindíveis a um gerenciamento eficaz e eficiente do SUS. Informações sobre Unidades Móveis e demais estabelecimentos de saúde em funcionamento podem ser encontradas aqui.

2) Sistema de Apoio à implementação de Políticas em Saúde (SAIPS)

O SAIPS foi desenvolvido para informatizar o processo de solicitação de custeio, incentivos para implantação de unidades e serviços em saúde, bem como habilitação ou credenciamento de equipes, unidades e serviços em saúde. Todas as solicitações de habilitações em custeio de SAMU 192 e as solicitações de novas unidades móveis devem ser encaminhadas por meio do SAIPS.

3) Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS)

O SIASUS recebe a transcrição de produção nos documentos BPA e APAC, faz consolidação, valida o pagamento contra parâmetros orçamentários estipulados pelo próprio gestor de saúde, antes de aprovar o pagamento – para isto utiliza-se do sistema FPO. Mensalmente os gestores, além de gerar os valores devidos a sua rede de estabelecimentos, enviam ao DATASUS-RJ, uma base de dados contendo a totalidade dos procedimentos realizados em sua gestão. Também mensalmente o DATASUS – RJ gera arquivos para tabulação contendo estes atendimentos. Complementando as informações do sistema SIHSUS, fornece ao SAS/DRAC os valores do Teto de Financiamento a serem repassados para os gestores. A produção de procedimentos do SAMU 192 devem ser inseridos neste sistema, sob pena de suspensão de custeio.

8.18 Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) – Ministério da Saúde (2020)

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) faz parte da Rede de Atenção às Urgências. O objetivo é concentrar os atendimentos de saúde de complexidade intermediária, compondo uma rede organizada em conjunto com a atenção básica, atenção hospitalar, atenção domiciliar e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192.

Desta forma, a população terá uma melhoria no acesso, um aumento da capacidade de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A UPA 24h oferece estrutura simplificada, com raio-X, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação. Se necessário o paciente poderá ser encaminhado para um hospital da rede de saúde, para realização de procedimento de alta complexidade.

As UPAs funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana, e podem atender grande parte das urgências e emergências. Presta atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e presta o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir a conduta necessária para cada caso, bem como garantir o referenciamento dos pacientes que necessitem de atendimento

Mantem pacientes em observação, por até 24 horas, para elucidação diagnóstica ou estabilização clínica, e encaminham aqueles que não tiveram suas queixas resolvidas com garantia da continuidade do cuidado para internação em serviços hospitalares de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial.

8.19 Programa Nacional de Controle do Tabagismo – PNCT (INCA, 2020)

O uso do tabaco passou a ser identificado como fator de risco para uma série de doenças a partir da década de 1950. No Brasil, na década de 1970, começaram a surgir movimentos de controle do tabagismo liderados por profissionais de saúde e sociedades médicas. A atuação governamental, no nível federal, começou a institucionalizar-se em 1985 com a constituição do Grupo Assessor para o Controle do Tabagismo no Brasil e, em 1986, com a criação do Programa Nacional de Combate ao Fumo.

Desta forma, desde o final da década de 1980, sob a ótica da promoção da saúde, a gestão e governança do controle do tabagismo no Brasil vêm sendo articuladas pelo Ministério da Saúde através do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), o que inclui um conjunto de ações nacionais que compõem o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). O Programa tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

no Brasil seguindo um modelo lógico no qual ações educativas, de comunicação, de atenção à saúde, junto com o apoio a adoção ou cumprimento de medidas legislativas e econômicas, se potencializam para prevenir a iniciação do tabagismo, principalmente entre crianças, adolescentes e jovens; para promover a cessação de fumar; e para proteger a população da exposição à fumaça ambiental do tabaco e reduzir o dano individual, social e ambiental dos produtos derivados do tabaco. O PNCT articula a Rede de tratamento do tabagismo no SUS, o Programa Saber Saúde, as campanhas e outras ações educativas e a promoção de ambientes livres.

Em novembro de 2005, o Brasil ratificou a Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco (CQCT/OMS), primeiro tratado internacional de saúde pública que tem como objetivo conter a epidemia global do tabagismo. A implantação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo passa então a fazer parte da Política Nacional de Controle do Tabaco, que é orientada ao cumprimento das medidas e diretrizes da CQCT/OMS pelo país. Cabe ressaltar, que por todo o trabalho que já vinha sendo realizado, o Brasil teve um papel de destaque no processo de negociação deste Tratado.

O INCA tem desempenhado várias funções nessa Política. A Divisão de Controle do Tabagismo (Ditab) tem articulado a internalização de ações e medidas da CQCT/OMS, também previstas no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, no que diz respeito ao setor saúde, por meio do PNCT, como dito anteriormente. Enquanto Secretaria-Executiva da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco (Conicq), a função do INCA é articular a participação e o alinhamento de todos os setores do governo aos objetivos e medidas previstas nesse tratado.

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo se destaca na articulação para implementação principalmente dos seguintes artigos da CQCT/OMS: 12 - Educação, comunicação, treinamento e conscientização do público; e 14 - Medidas de redução de demanda relativas à dependência e ao abandono do tabaco. Além disso, por meio de seu trabalho em rede, cria uma capilaridade que contribui na promoção e no fortalecimento de um ambiente favorável à implementação de todas as medidas e diretrizes de controle do

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

tabaco no país, ainda que não estejam diretamente sob a governabilidade do setor saúde.

Essa rede faz parte da rede nacional que atua na governança da Política Nacional de Controle do Tabaco a qual também envolve outros setores do Ministério da Saúde, de outros Ministérios e Secretarias do governo federal, assim como organizações não governamentais.

Este mecanismo de governança está em consonância com uma das obrigações gerais presentes na CQCT/OMS, no artigo 5.2, que destaca "estabelecer ou reforçar e financiar mecanismo de coordenação nacional ou pontos focais para controle do tabaco". Cabe ressaltar que alguns estados já conseguiram se organizar por meio de comissão com participação de diferentes setores do Governo Estadual, além das Secretarias de Saúde e Educação já mencionadas.

8.20 Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB) – Ministério da Saúde (2020)

O Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB) é o conjunto de redes nacionais de laboratórios, organizadas em sub-redes, por agravos ou programas, de forma hierarquizada por grau de complexidade das atividades relacionadas à vigilância em saúde – compreendendo a vigilância epidemiológica e vigilância em saúde ambiental, vigilância sanitária e assistência médica.

As sub-redes do SISLAB são estruturadas observando suas especificidades, de acordo com a seguinte classificação de unidades laboratoriais, definidas na Portaria GM/MS Nº 2031, de 23 de setembro de 2004.

- I - Centros Colaboradores - CC;
- II - Laboratórios de Referência Nacional – LRN;
- III - Laboratórios de Referência Regional – LRR;
- IV - Laboratórios de Referência Estadual – LRE;
- V - Laboratórios de Referência Municipal – LRM;
- VI - Laboratórios Locais – LL; e
- VII - Laboratórios de Fronteira - LF.

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Biossegurança Laboratorial (NB3/NBA3)

O Ministério da Saúde possui atualmente 12 (doze) laboratórios em instituições de referência que foram construídos para realizar o diagnóstico laboratorial em condições de nível de biossegurança 3 (NB3). Esses Laboratórios com ambientes de contenção foram implantados com o objetivo de aprimorar a capacidade tecnológica, permitindo maior independência na realização de ensaios diagnósticos que pela sua complexidade exigem condições especiais de segurança.

É importante ressaltar que o trabalho desenvolvido nos laboratórios com nível de contenção 3 baseia-se na avaliação de risco, cujos parâmetros encontram-se estabelecidos na classificação dos agentes biológicos especificados na legislação vigente, que após a avaliação de risco indicam quais os procedimentos a serem realizados com amostras que podem exigir níveis mais altos de confinamento biológico.

Sistema Gerenciador De Ambiente Laboratorial (GAL)

O Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) foi desenvolvido pela Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB/SVS/MS), em parceria com Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). O GAL é um sistema informatizado construído para Laboratórios de Saúde Pública aplicado aos exames e ensaios de amostras de origem humana, animal e ambiental, seguindo os protocolos do Ministério da Saúde. Suas principais funções são: gerenciar e acompanhar as realizações das análises laboratoriais desde a sua solicitação até emissão do laudo final; gerar relatórios gerenciais e de produção de exames nas Redes de Laboratórios de Saúde Pública; enviar informações laboratoriais a outros sistemas, por meio de interface; subsidiar as tomadas de decisões pelas Vigilâncias nas esferas Nacional, Estadual e Municipal.

8.21 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) – Ministério da Saúde (2020)

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades são pontos de atenção estratégicos da RAPS: serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituído por equipe multiprofissional e que

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial e são substitutivos ao modelo asilar.

Modalidades

- **CAPS I:** Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes.
- **CAPS II:** Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
- **CAPS i:** Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
- **CAPS ad Álcool e Drogas:** Atendimento a todas faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
- **CAPS III:** Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.
- **CAPS ad III Álcool e Drogas:** Atendimento e 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

Fonte: Ministério da Saúde, 2020.

No Brasil, a atenção básica (AB) é desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações.

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Estratégia Consultório na Rua foi instituída pela Política Nacional de Atenção Básica, em 2011, e visa ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional, o qual se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizado.

9 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE – SIS

Os Sistemas de Informação da Saúde (SIS) são compostos por uma estrutura capaz de garantir a obtenção e a transformação de dados em informação, em que há profissionais envolvidos em processos de seleção, coleta, classificação, armazenamento, análise, divulgação e recuperação de dados. (FRANCO, 2015)

Para profissionais da saúde, o envolvimento na construção de instrumentos de coletas, treinamentos para captação correta dos dados e o processamento da informação são importantes, uma vez que possibilitam maior domínio dessa área do conhecimento. (FRANCO, 2015)

Os sistemas de informação em saúde são instrumentos padronizados de monitoramento e coleta de dados, que tem como objetivo o fornecimento de informações para análise e melhor compreensão de importantes problemas de saúde da população, subsidiando a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal. (BVS, 2008)

No Brasil, o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) desempenha um papel de importância vital na condução do processo de informação na saúde, sendo responsável por: (FRANCO, 2015)

- Fomentar, regulamentar e avaliar as ações de informatização do SUS, direcionadas para a manutenção e o desenvolvimento do sistema de informações em saúde e dos sistemas internos de gestão do Ministério;
- Desenvolver, pesquisar e incorporar tecnologias de informática que possibilitem a implementação de sistemas e a disseminação de informações necessárias às ações de saúde, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde;

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

- Manter o acervo das bases de dados necessárias ao sistema de informações em saúde e aos sistemas internos de gestão institucional;
- Assegurar aos gestores do SUS e órgãos congêneres o acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério;
- Definir programas de cooperação técnica com entidades de pesquisa e ensino para prospecção e transferência de tecnologia e metodologia de informática em saúde, sob a coordenação do Secretário-Executivo;
- Apoiar estados, municípios e o Distrito Federal na informatização das atividades do SUS

9.1 DATASUS – Departamento de Informática do SUS. Ministério da Saúde (2020)

O Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) surgiu em 1991 com a criação da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), pelo Decreto 100 de 16.04.1991, publicado no D.O.U. de 17.04.1991 e retificado conforme publicado no D.O.U. de 19.04.1991. Na época, a Fundação passou a exercer a função de controle e processamento das contas referentes à saúde que antes era da Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (DATAPREV).

Foi então formalizada a criação e as competências do DATASUS, que tem como responsabilidade prover os órgãos do SUS de sistemas de informação e suporte de informática, necessários ao processo de planejamento, operação e controle.

Em quase 25 anos de atuação, o DATASUS já desenvolveu mais de 200 sistemas que auxiliam diretamente o Ministério da Saúde no processo de construção e fortalecimento do SUS. Atualmente, o Departamento é um grande provedor de soluções de software para as secretarias estaduais e municipais de saúde, sempre adaptando seus sistemas às necessidades dos gestores e incorporando novas tecnologias, na medida em que a descentralização da gestão torna-se mais concreta.

O DATASUS dispõe de duas salas-cofre, uma em Brasília e outra no Rio de Janeiro, nas quais são mantidos os servidores de rede que hospedam a maioria dos sistemas do Ministério da Saúde. A estrutura de armazenamento de

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

dados (STORAGE) do Departamento tem condições de armazenar informações sobre saúde de toda população brasileira. Além disso, disponibiliza links espalhados em várias cidades brasileiras com conexões com todos os Núcleos Estaduais do Ministério da Saúde, Funasa, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Casa do Índio e com as 27 secretarias estaduais de saúde.

O DATASUS está presente em todas as regiões do país por meio das Regionais que executam as atividades de fomento e cooperação técnica em informática nos principais estados brasileiros.

Competências

São estas as competências definidas para o DATASUS pelo Decreto:

I. fomentar, regulamentar e avaliar as ações de informatização do SUS, direcionadas para a manutenção e desenvolvimento do sistema de informações em saúde e dos sistemas internos de gestão do Ministério;

II. desenvolver, pesquisar e incorporar tecnologias de informática que possibilitem a implementação de sistemas e a disseminação de informações necessárias às ações de saúde;

III. definir padrões, diretrizes, normas e procedimentos para transferência de informações e contratação de bens e serviços de informática no âmbito dos órgãos e entidades do Ministério;

IV. definir padrões para a captação e transferência de informações em saúde, visando à integração operacional das bases de dados e dos sistemas desenvolvidos e implantados no âmbito do SUS;

V. manter o acervo das bases de dados necessárias ao sistema de informações em saúde e aos sistemas internos de gestão institucional;

VI. assegurar aos gestores do SUS e órgãos congêneres o acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério;

VII. definir programas de cooperação técnica com entidades de pesquisa e ensino para prospecção e transferência de tecnologia e metodologias de informação e informática em saúde;

VIII. apoiar Estados, Municípios e o Distrito Federal, na informatização das atividades do SUS; e

IX. coordenar a implementação do sistema nacional de informação em saúde, nos termos da legislação vigente.

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

9.2 Principais sistemas do DATASUS. (Ministério da Saúde, DATASUS, 2020)

1) Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (BVS, 2008)

O Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM), desenvolvido pelo Ministério da Saúde em 1975, é produto da unificação de mais de 40 modelos de instrumentos utilizados, ao longo dos anos, para coletar dados sobre mortalidade no país. Possui variáveis que permitem, a partir da causa mortis atestada pelo médico, construir indicadores e processar análises epidemiológicas que contribuam para a eficiência da gestão em saúde.

O SIM foi informatizado em 1979. Doze anos depois, com a implantação do SUS e sob a premissa da descentralização, teve a coleta de dados repassada à atribuição dos estados e municípios, por meio de suas respectivas Secretarias de Saúde.

Com a finalidade de reunir dados quantitativos e qualitativos sobre óbitos ocorridos no Brasil, o SIM é considerada uma importante ferramenta de gestão na área da saúde. No nível federal, sua gestão está afeta à Secretaria de Vigilância à Saúde.

2) Sistema de Informações de Nascidos Vivos – SINASC

O DATASUS desenvolveu o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) visando reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo território nacional. Sua implantação ocorreu de forma lenta e gradual em todas as Unidades da Federação.

Benefícios

- Subsidiar as intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança para todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Como ações de atenção à gestante e ao recém-nascido;
- O acompanhamento da evolução das séries históricas do SINASC permite a identificação de prioridades de intervenção, o que contribui para efetiva melhoria do sistema.

Funcionalidades

- Declaração de nascimento informatizada;

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

- Geração de arquivos de dados em várias extensões para análises em outros aplicativos;
- Retroalimentação das informações ocorridas em municípios diferentes da residência do paciente;
- Controle de distribuição das declarações de nascimento (Municipal, Regional, Estadual e Federal);
- Transmissão de dados automatizada utilizando a ferramenta sisnet gerando a tramitação dos dados de forma ágil e segura entre os níveis municipal > estadual > federal;
- Backup on-line dos níveis de instalação (Municipal, Regional e Estadual).

3) Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017, anexo V - Capítulo I), mas é facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região, como varicela no estado de Minas Gerais ou difilobotríase no município de São Paulo.

Sua utilização efetiva permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica.

O SINAN pode ser operacionalizado no nível administrativo mais periférico, ou seja, nas unidades de saúde, seguindo a orientação de descentralização do SUS. A maioria das notificações é digitada nas Secretarias municipais de saúde. Se o município não dispõe de computadores, os dados são incluídos no sistema nas regionais de Saúde.

A Ficha Individual de Notificação (FIN) é preenchida pelas unidades assistenciais para cada paciente quando da suspeita da ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

municipal. Esse instrumento deve ser encaminhado aos serviços responsáveis pela informação e/ou vigilância epidemiológica das Secretarias Municipais, que devem repassar semanalmente os arquivos em meio magnético para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES). A comunicação das SES com a SVS deverá ocorrer quinzenalmente, de acordo com o cronograma definido pela SVS no início de cada ano.

Caso não ocorra nenhuma suspeita de doença, as unidades de saúde precisam preencher o formulário de notificação negativa, que tem os mesmos prazos de entrega. Essa é uma estratégia criada para demonstrar que os profissionais e o sistema de vigilância da área estão alertas para a ocorrência de tais eventos e evitar a subnotificação. Caso os municípios não alimentem o banco de dados do SINAN, por dois meses consecutivos, são suspensos os recursos do Piso de Assistência Básica - PAB, conforme Portaria N.º 1882/GM de 16/12/1997.

Além da Ficha Individual de Notificação (FIN), e da Notificação Negativa, o Sistema ainda disponibiliza a Ficha Individual de Investigação (FII), que é um roteiro de investigação, que possibilita a identificação da fonte de infecção, os mecanismos de transmissão da doença e a confirmação ou descarte da suspeita. Ainda são utilizados para a coleta de dados a Planilha de surtos e os Boletins de acompanhamento de casos de Hanseníase e Tuberculose.

Portaria GM/MS Nº 47, DE 3 DE MAIO DE 2016 que define os parâmetros para monitoramento da regularidade na alimentação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), para fins de manutenção do repasse de recursos do Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS) e do Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS) do Bloco de Vigilância em Saúde.

Portaria GM/MS Nº 1.378, DE 9 DE JULHO DE 2013 Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Manual de Normas e Rotinas tem como finalidade padronizar a utilização do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), nas três esferas de governo.

A Instrução Normativa - IN 02 de 22 de novembro de 2005, Regulamenta as atividades da vigilância epidemiológica com relação à coleta, fluxo e a periodicidade de envio de dados da notificação compulsória de doenças por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN.

4) Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SI-PNI

O Programa Nacional de Imunizações é responsável por reunir as informações de vacinação de todo o país. Para isso, são utilizados sistemas informatizados que facilitam o acompanhamento por todos os gestores.

O PNI, desde 1994, utilizou sistemas de informação com dados agregados, ou seja, os municípios realizavam suas ações de imunização, consolidavam as informações de doses aplicadas e enviavam esse quantitativo total ao Ministério da Saúde por meio do Sistema de Informação de Avaliação do Programa de Imunização (API) e, mais recentemente, por meio do Sistema de Informação de Avaliação do Programa de Imunizações versão WEB (APIWEB).

No entanto, esses dados, apesar de serem adequados para avaliação de cobertura vacinal, doses aplicadas e taxa de abandono, não permitem avaliar algumas informações sobre as pessoas vacinadas, como local de residência (já que os dados enviados se referem às pessoas vacinadas em cada município e podem ser vacinadas pessoas de outros municípios), as adequações de esquema vacinal, dentre outras.

Para resolver esses problemas, foi desenvolvido pelo DATASUS- RJ um sistema de informação nominal do Programa Nacional de Imunizações, o SIPNI. Com entrada de dados individual e por procedência, esse sistema permite o acompanhamento do vacinado em vários lugares do Brasil, bem como a localização da pessoa a ser vacinada, através dos seus dados cadastrais. O SIPNI já está em funcionamento desde 2010, no entanto, a expansão de utilização deste novo sistema não foi impulsionada pela falta de equipamentos de informática em todas as salas de vacina do país.

Por isso, em outubro de 2012, com o intuito de auxiliar/subsidiar a compra de computadores para todas as salas de vacina cadastradas no SI-API, o PNI

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

repassou por meio da Portaria 2.363/2012 e do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde (PVVPS) o valor de R\$1.500,00. O recebimento deste recurso estava condicionado à assinatura de Termo de Adesão e deliberação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) sobre a centralização (compra estadual) ou descentralização (compra municipal) da aquisição das máquinas.

Em 2013, todos os municípios e estados que haviam aderido à portaria receberam o recurso com previsão de execução em 2013. No entanto, a compra poderia ser realizada até 2014.

Objetivos do Sistema

I. Objetivo geral

- Registrar individualmente dados de vacinação de todos os residentes do Brasil

II. Objetivos específicos

- Fornecer dados sobre pessoas vacinadas;
- Fornecer dados sobre movimentação de imunobiológicos nas salas de vacinação;
- Reduzir erros de imunização;
- Ser o único meio de transmissão de dados de vacinação para o Programa Nacional de Imunizações;

Público-alvo

- Salas de vacina de todo o Brasil onde serão vacinadas todas as pessoas do país;
- Qualquer interessado em dados de imunização poderá ter acesso a relatórios consistentes sobre pessoas vacinadas para qualquer vacina;

5) Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA

O SIASUS foi criado em 1992 e implantado a partir de julho de 1994, nas Secretarias Estaduais que estavam substituindo os sistemas GAP e SICAPS para financiar os atendimentos ambulatoriais. Em 1996 foi largamente implantado nas Secretarias Municipais de Saúde – então chamadas de gestão semiplenas – pela NOB 96.

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Em 1997 o aplicativo passou a processar além dos tradicionais BPA (Boletim de Produção Ambulatorial) um documento numerado e autorizado chamado Autorização de Procedimento de Alta Complexidade “APAC”. O SIASUS recebe a transcrição de produção nos documentos BPA e APAC, faz consolidação, valida o pagamento contra parâmetros orçamentários estipulados pelo próprio gestor de saúde, antes de aprovar o pagamento – para isto utiliza-se do sistema FPO.

Mensalmente os gestores, além de gerar os valores devidos a sua rede de estabelecimentos, enviam ao DATASUS-RJ, uma base de dados contendo a totalidade dos procedimentos realizados em sua gestão. Também mensalmente o DATASUS – RJ gera arquivos para tabulação contendo estes atendimentos. Complementando as informações do sistema SIHSUS, fornece ao SAS/DRAC os valores do Teto de Financiamento a serem repassados para os gestores.

Funcionalidades

- Coleta, processa e valida dados apresentados pelas Unidades Prestadoras de Serviço;
- Gera informações gerenciais às Secretarias de Saúde Municipais e Estaduais;
- Calcula o valor da produção aprovada para cada Unidade Prestadora de Serviço;
- Auxilia o pagamento em função da programação físico-financeira;
- Gera mensalmente informações para o crédito bancário;
- Atualiza o banco de dados nacional do SUS (BD Nacional);
- Produz relatórios com informações detalhadas que auxiliam os processos de Controle, Avaliação e Auditoria;
- Gera os arquivos compatíveis com diversos aplicativos como TABNet e TABWin

6) Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH

Criado em agosto de 1981, em Curitiba, substituindo em 1982 o sistema GIH (Guia de Internação Hospitalar), o popularmente conhecido “Sistema AIH”

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

passou por várias plataformas em mainframes UNISYS e ABC-BULL, na fase de processamento centralizado.

Foi o primeiro sistema do DATASUS a ter captação implementada em microcomputadores (AIH em DISQUETE – 1992) e descentralizada nos próprios usuários, encerrando a era dos pólos de digitação. O processamento das AIH's continuou centralizado até ser descentralizado para os Gestores de Secretaria de Saúde em abril de 2006.

A finalidade do AIH (Sistema SIHSUS) é registrar todos os atendimentos provenientes de internações hospitalares que foram financiadas pelo SUS, e a partir deste processamento, gerar relatórios para que os gestores possam fazer os pagamentos dos estabelecimentos de saúde.

Além disso, o nível Federal recebe mensalmente uma base de dados de todas as internações autorizadas (aprovadas ou não para pagamento) para que possam ser repassados às Secretarias de Saúde os valores de Produção de Média e Alta complexidade, além dos valores de CNRAC, FAEC e de Hospitais Universitários – em suas variadas formas de contrato de gestão.

Funcionalidades

- Possibilita a avaliação do desempenho e condições sanitárias, através das taxas de óbito e de infecção hospitalar informadas no sistema;
- Fornece informações para a programação do orçamento dos estabelecimentos;
- Criada funcionalidade de “Geração de Histórico” que permite ao Gestor diminuir o volume do banco de produção, otimizando o processamento;
- Criada funcionalidade para gerar relatórios a partir do histórico;

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

ARCARI, J. **Legislação do Sistema Único de Saúde**. [S. l.], p. 1-13, mar. 2018.

BRASIL. CNS – Conselho Nacional de Saúde. **CARTA DOS DIREITOS E DEVERES DA PESSOA USUÁRIA DA SAÚDE**. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/>. Acesso em: ago. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma**. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>. Acesso em: ago. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **DATASUS – Departamento de Informática do SUS**. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/sobre-o-datasus/>. Acesso em: ago. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Entendendo o SUS**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>. Acesso em: ago. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FIOCRUZ. Pense SUS. **Atendimento**. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/atendimento#:~:text=O%20atendimento%20pelo%20Sistema%20%C3%9Anico,sa%C3%BAde%20por%20n%C3%ADveis%20de%20complexidade.&text=H%C3%A1%20ainda%20um%20canal%20de,Ouvidoria%20o%20Disque%20Sa%C3%BAde%20136..> Acesso em: ago. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNASA – Fundação Nacional de Saúde. **Cronologia Histórica da Saúde Pública**. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>. Acesso em: ago. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INCA – Instituto Nacional do Câncer. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo**. Disponível em:

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

<https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo>. Acesso em: ago. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Localiza SUS. **Ações e Programas**. Disponível em: saude.gov.br/acoes-e-programas. Acesso em: ago. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em: ago. 2020

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **LEI 8.080 DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: ago. 2020.

CARVALHO, G. **A saúde pública no Brasil**. Estudos avançados 27 (78), 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf>. Acesso em: ago. 2020.

CARVALHO, T. **PROGRAMAS DO SUS: ALGUMAS INICIATIVAS DO GOVERNO FEDERAL**. Disponível em: <https://www.politize.com.br/programas-do-sus-algumas-iniciativas-do-governo-federal/>. Acesso em: ago. 2020.

CMB – Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hosp. e Entidades Filantrópicas. **A história de misericórdia das Santas Casas**. Disponível em: <https://www.cmb.org.br/cmb/index.php/institucional/quem-somos/historico>. Acesso em: jan. 2020.

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação estruturante do SUS**. <https://www.conass.org.br/guiainformacao/legislacao-estruturante-do-sus/>. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/legislacao-estruturante-do-sus/>. Acesso em: ago. 2020.

FENAFAR – Federação Nacional dos Farmacêuticos. **CNS apresenta nova carta dos direitos e deveres da pessoa usuária do SUS**. Disponível em: <https://fenafar.org.br/2016-01-26-09-32-20/saude/2298-cns-apresenta-nova-carta-dos-direitos-e-deveres-da-pessoa-usuaria-do-sus>. Acesso em: ago. 2020.

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

FRANCO, J.L.F. Sistemas de Informação em Saúde. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/6/unidades_conteudos/unidade08/p_04.html#:~:text=Os%20Sistemas%20de%20Informa%C3%A7%C3%A3o%20da,divulga%C3%A7%C3%A3o%20e%20recupera%C3%A7%C3%A3o%20de%20dados. Acesso em: ago. 2020.

HANNA SOBRINHO, M.I.A. **FORMAÇÃO MÉDICA – EVOLUÇÃO DO CURSO DE MEDICINA DA UFPR**. Rev. Med. UFPR 1(3):88-91. Ago/Out 2014.

MATTA, G.C. **Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39223/2/Pol%C3%ADticas%20de%20Sa%C3%BAdade%20-%20Princ%C3%ADpios%20e%20Diretrizes%20do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAdade.pdf>. Acesso em: ago. 2020.

MERELES, C. **A HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E A EVOLUÇÃO DO DIREITO À SAÚDE**. Disponível em: <https://www.politize.com.br/direito-a-saude-historia-da-saude-publica-no-brasil/>. Acesso em: ago.2020.

ORDONEZ, Ana. Manuela. **Políticas públicas de alimentação e nutrição**. [S.l.], p. 1-15, jun. 2017.