

MEDGRUPO - CICLO 1:
MEDCURSO
2019

PREZENTANDO



VOLUME 4

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



MEDGRUPO CICLO 1:

MEDCURSO



VÍDEO DE INTRODUÇÃO

Volume 4

PREVENTIVA

2019

Cap. 1 - A Reforma Sanitária e o SUS

I - PROBLEMAS DETECTADOS NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

- 1 - Desigualdade no Acesso aos Serviços de Saúde
- 2 - Custos
- 3 - Financiamento
- 4 - Gestão

II - O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA: Aspectos Históricos e Propostas

III - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

- 1 - Conceitos
- 2 - Principais Definições Legais do SUS
- 3 - Princípios
- 4 - O Processo de Implantação do SUS: As Normas Operacionais
- 5 - Funcionamento
- 6 - Financiamento
- 7 - Ações e Programas

IV - COMENTÁRIOS FINAIS

Cap. 2 - Promoção e Atenção à Saúde

I - REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL

- 1 - O Paradigma da Promoção da Saúde
- 2 - O Território como Espaço de Mudança e de Responsabilização

II - ATENÇÃO BÁSICA

- 1 - Atenção Básica:
 - A Atenção Primária à Saúde no SUS
- 2 - O Histórico do PACS e do PSF
- 3 - Saúde da Família:
 - Uma Estratégia de Múltiplos Objetivos
- 4 - A Atenção Básica e a NOAS/SUS 01/2001

5 - Evolução da Cobertura do PSF

6 - As Equipes

7 - Financiamento

III - INSTRUMENTOS DE ABORDAGEM FAMILIAR E SUAS ESPECIFICAÇÕES

IV - O MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA

Cap. 3 - Legislação

Constituição Federal Título VIII -

Capítulo II - Seção II

Lei nº. 8080, de 19 de Setembro de 1990

Lei nº. 8142, de 28 de Dezembro de 1990

Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS

Portaria nº. 399/GM de 22 de Fevereiro de 2006

Pacto pela Vida 2008

Cap. 4 - Saúde Suplementar

Categorias de Saúde Suplementar no Brasil

Tipos de Cobertura Assistencial

Carência

Tipos de Contratos

Doenças e Lesões Preexistentes

Atendimento de Urgência e Emergência

Principais Avanços da Cobertura

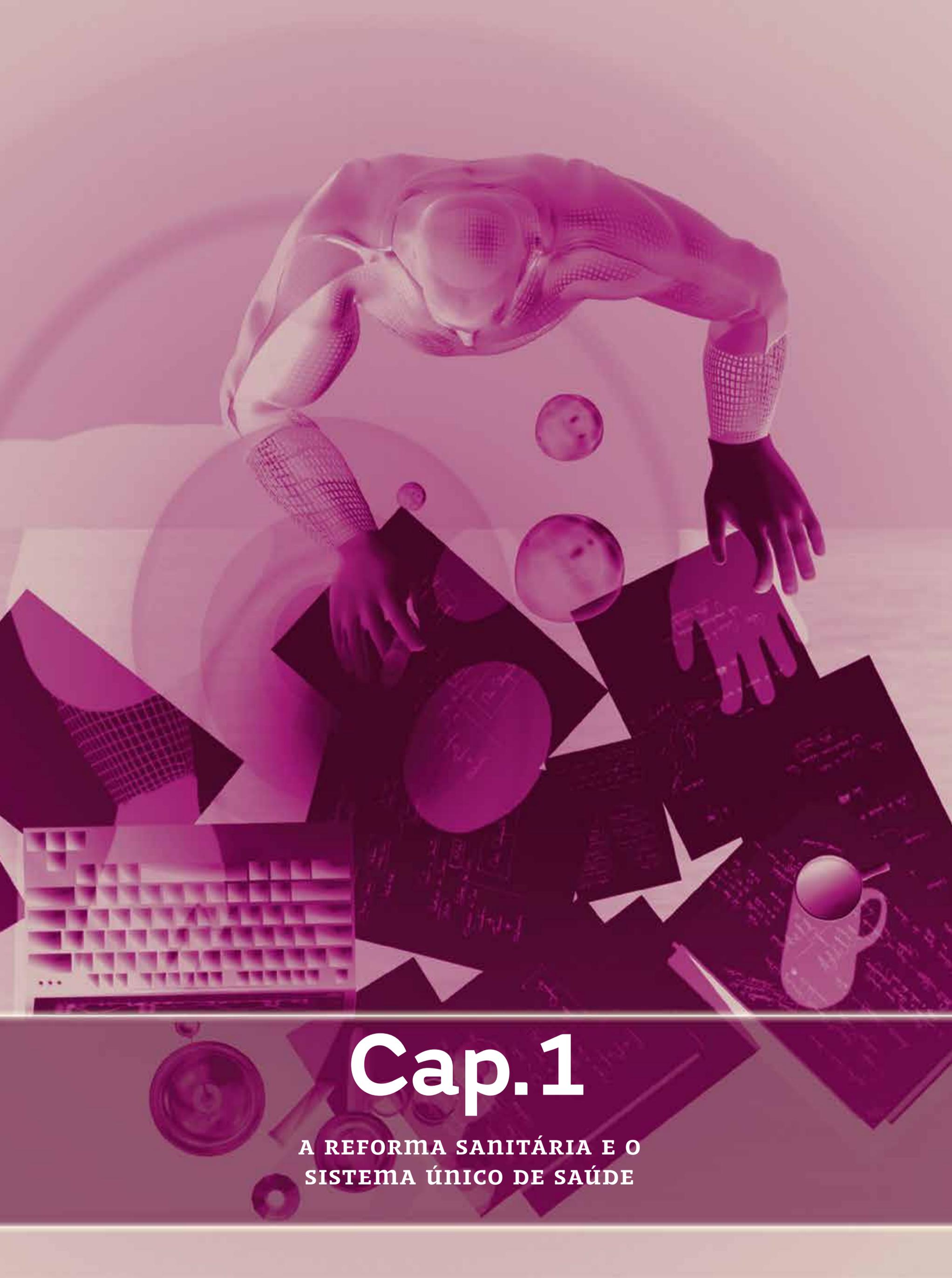
com o Advento da Lei 9.656/98

Área de Treinamento Medcurso

Questões de Concursos

Comentários

Valores de Exames Laboratoriais em Clínica Médica



Cap.1

A REFORMA SANITÁRIA E O
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A REFORMA SANITÁRIA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Vamos iniciar o único tema que, com certeza, aparecerá em todas as provas de residência. Esse tema representa a história da saúde brasileira. Portanto, para entendermos, é obrigatório voltar a algumas décadas atrás para descobrir como foi criado e quais são os princípios que o norteiam.

I - PROBLEMAS DETECTADOS NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

A expressão “Sistema de Saúde”, da forma como vem sendo colocada em prática no Brasil, poderia ser tranquilamente substituída por “Sistema de Serviços de Saúde” ou “Sistema de Doença” uma vez que a preocupação com a saúde é mínima e pouco privilegiada em relação à doença, à incapacidade e à morte. Mas mesmo como um “Sistema de Doenças”, o Sistema de Saúde Brasileiro vem apresentando vários problemas, todos relacionados de alguma forma à política vigente em cada momento histórico de nosso país. A tentativa de solucioná-los vem sendo feita a partir da década de 1970, por um movimento denominado “Reforma Sanitária”, e cujas principais diretrizes serão apresentadas a seguir.

Principais problemas detectados no Sistema de Saúde:

1- DESIGUALDADE NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A desigualdade no acesso tem origens muito remotas. Até o início do século XX, a assistência médica (cura de doenças) era realizada ou por médicos que atendiam somente aqueles capazes de pagar por seus serviços, ou por instituições de caridade sustentadas pela Igreja e por doações. Não havia participação do Estado nessa assistência.

A partir da década de 1920, algumas empresas passaram a oferecer a seus empregados assistência médica, além de aposentadoria e pensões, com as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs).

Mais tarde, em meados do século XX, as CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que atendiam a uma determinada categoria profissional, já com alguma participação do Estado nesta gestão. Por volta de 1966, os IAPs foram unificados e foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) – com ainda maior participação do Estado – e em 1977, foi criado o INAMPS.

É importante considerar que, até então, quem precisasse de assistência médica ou deveria pagar diretamente por ela, ou ser atendido em instituições filantrópicas, ou ser um trabalhador vinculado formalmente ao mercado de trabalho.

Quanto às ações de saúde pública ou preventivas (vacinação, controle de endemias, saneamento etc.), estas eram de acesso universal, ainda que funcionassem em paralelo às ações

ditas curativas. Isso resultava em um modelo de atenção à saúde:

- inadequado às necessidades da população como um todo; e
- sem integralidade, já que havia uma nítida separação entre a prevenção e a cura.

O movimento da Reforma Sanitária, final da década de 1970, que culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, propõe que a saúde seja um direito do cidadão, um dever do Estado e o acesso a todos os bens e serviços que a promovam e recuperem seja universal. Disso resultaram duas das principais diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS): a **UNIVERSALIDADE** e a **INTEGRALIDADE** – conceitos que serão melhores explicados mais adiante.

SAIBA MAIS...

➤ Modelos de atenção à saúde:

- Modelo assistencial sanitarista: trata os problemas de saúde da população através de grandes campanhas e de programas especiais. Não é um modelo de integralidade! Não atua em prevenção! Atua, pontualmente, em determinadas situações.
- Modelo médico assistencial privatista: trata-se de um modelo de demanda espontânea, ou seja, os próprios indivíduos que procuram os serviços médicos por iniciativa própria. Também não atuam em prevenção! O foco desse modelo é a doença e não o indivíduo! Teve sua origem na assistência filantrópica e na medicina liberal. Não altera o nível de saúde da população.
- Modelos assistenciais alternativos: o principal exemplo é o próprio SUS. Busca a INTEGRALIDADE das ações (medidas de prevenção, cura, reabilitação e educação em saúde). Representa a vigilância em saúde. É capaz de alterar o nível de saúde da população.

2 - CUSTOS

A assistência médica curativa no Brasil – desde o século XIX, passando pelas CAPs, pelos IAPs, pelo INPS e pelo INAMPS – tem sido caracterizada, em maior ou menor grau, por uma compra de serviços privados. Tem ocorrido ora pelo pagamento direto do usuário ao médico, ora pelo pagamento indireto (pelas empresas) através de serviços próprios, conveniados ou comprados no mercado. Esta característica tem sido responsável – junto à técnica crescente da Medicina e aos interesses privados com fortes lobbies – por um crescimento desordenado dos gastos, sem que reflita

em melhor assistência ou melhores condições de saúde para a população assistida. Associado a isso somam-se: a) a diversificação excessiva das formas de remuneração dos serviços e b) a multiplicidade e a descoordenação das instituições – e temos o grande problema da desorganização dos recursos empregados nas ações de saúde, curativas e preventivas.

Outra importante diretriz do SUS que tenta oferecer uma solução para esta questão é a **DESCENTRALIZAÇÃO** – com a regionalização, a hierarquização dos serviços, o controle público do setor privado (conceitos que serão também melhor explicados mais adiante).

3 - FINANCIAMENTO

Junto aos custos há também o problema das fontes de financiamento para o funcionamento do sistema. Nas CAPs, década de 1920, a assistência médica curativa era financiada pelas empresas e seus empregados. Com a criação dos IAPs, iniciou-se a parceria do Estado nesse financiamento, participação crescente com a criação do INPS e posteriormente do INAMPS. É importante ressaltar novamente que o direito à assistência estava condicionado à contribuição do trabalhador.

As ações médicas preventivas, ao contrário, eram totalmente financiadas pelo Estado. Com a falta de uma política que privilegiasse estas ações, a partir do final da década de 1960, durante o regime militar, os recursos foram paulatinamente escasseando, levando ao ressurgimento de doenças já controladas, como a febre amarela e a leishmaniose.

A medida principal proposta pela Reforma Sanitária é a criação de um fundo único de saúde, público, capaz de financiar as ações tanto preventivas quanto curativas.

4 - GESTÃO

As primeiras ações de saúde pública no Brasil, no início do século XX, já traziam as marcas de um modelo centralizado (todo tipo de conhecimento estava nas mãos de poucos) e pouco participativo (a população não tinha permissão para participar das discussões, não era esclarecida quanto às ações campanhistas e deveria se submeter às ordens).

A assistência médica curativa – com as CAPs, IAPs, INPS e INAPMS – seguiram modelo semelhante. Com o objetivo principal de controlar e disciplinar a força de trabalho, era a empresa (no caso das CAPs) ou a parceria Estado-empresa (no caso das instituições restantes) o órgão centralizador das decisões tomadas no âmbito da prestação de serviços de saúde aos filiados.

Partindo de um pressuposto de democratização do país, o SUS propõe que haja uma definição de atribuições por nível de governo (com descentralização) e a **PARTICIPAÇÃO POPULAR** tanto na formulação das políticas quanto no controle de sua execução.

II - O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA: ASPECTOS HISTÓRICOS E PROPOSTAS

Ao final dos anos 1970, a Previdência entrou em crise devido a:

- Má aplicação dos recursos, por exemplo, uso dos recursos em obras sem retorno para o caixa;
- Incorporação tecnológica e aumento dos custos;
- Assistência baseada predominantemente no hospital;
- Privilegiamento do setor privado.

Somado a isso, estava um quadro social de grande desigualdade, condições de vida insalubres, saneamento precário etc. O governo militar entrava em profunda crise.

A crise possibilitou a expansão dos movimentos sociais e a formulação de propostas que atendessem aqueles excluídos de qualquer sistema de proteção social. Na área da saúde, ganhou destaque ao final dos anos 1970 o movimento da reforma sanitária.

O que era o Movimento da Reforma Sanitária?

1- Buscava reverter a lógica da assistência à saúde, com os seguintes princípios:

- Universalizar o direito à saúde.
- Integralizar as ações de cunho preventivo e curativo, desenvolvidas pelos Ministérios da Saúde e da Previdência separadamente.
- Inverter a entrada do paciente no sistema de atenção – ao invés de buscar o hospital quando já estiver doente, buscar a prevenção – do preventivo para o curativo (promover saúde).

No mundo, a discussão sobre **atenção primária à saúde** ganhava destaque. Em Alma-Ata, conferência que reuniu a grande maioria dos países no ano de 1978, este conceito, que significava promover saúde e prevenir doenças, **garantindo a extensão dos serviços de saúde à população**, foi aprovado como referência na definição das políticas de saúde.

- Descentralizar a gestão administrativa e financeira.
- Promover a participação e o controle social.

2- Denunciava a forma de organização do sistema: crise, gastos, privilegiamento, concentração de renda.

Quem era do Movimento Sanitário?

Técnicos do setor saúde, acadêmicos, secretários de saúde, simpatizantes da discussão de saúde etc.

O **Plano CONASP e as Ações Integradas de Saúde (AIS)** nasceram em 1983 de uma discussão destes reformistas com setores do INAMPS, tentando solucionar a crise previdenciária que vinha se instalando no país. As AIS eram executadas a partir de uma gestão MS-INAMPS – Secretarias Estaduais e consistiam principalmente em:

- Convênios com os municípios e estados;
- Repasses de dinheiro da previdência para o nível mais descentralizado;
- Ampliação da oferta de serviços de saúde;
- Criação de instâncias interinstitucionais de gestão;
- Maior ênfase nas ações básicas e preventivas;
- Maior ambulatorização;
- Uma integração entre as ações do INAMPS e do MS.

Este programa revelou-se como uma estratégia importante rumo à universalização do direito à saúde, e significou uma proposta de *integração e racionalização* dos serviços públicos de saúde e de articulação destes com a rede conveniada e contratada, o que comporia um sistema unificado, regionalizado e hierarquizado de referência e contrarreferência para o atendimento.

Um marco importante desta reforma foi a **Oitava Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS)**, debate realizado em 1986 com a participação de mais de 4 mil pessoas, entre profissionais do setor saúde, governo e usuários dos serviços. Nessa conferência firmaram-se as propostas de: universalização, unificação do sistema (MS-INAMPS), integralidade das ações e da atenção, descentralização e participação popular.

**O LEMA da VIII CNS:
saúde, direito de todos,
dever do Estado.**

Três foram as principais estratégias utilizadas para viabilizar as intervenções propostas pela VIII CNS:

- Criação das bases jurídicas para a sua implantação (Constituição Federal, Constituições estaduais, leis orgânicas municipais e complementares);
- Mobilização da opinião pública e setores organizados;

- Criação do **Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS-1987)**, enquanto momento de transição para o SUS.

Apesar das controvérsias geradas entre dirigentes e reformistas do Ministério da Saúde e da Previdência, o SUDS avançou na política de descentralização da saúde e, principalmente, na descentralização do orçamento, permitindo uma maior autonomia dos estados na programação das atividades no setor.

Deu prosseguimento às estratégias de hierarquização, regionalização e universalização da rede de saúde e retirou do INAMPS uma parcela de poder que ele centralizava (com a realização de convênios entre INAMPS e estados).

No ano de 1987, teve início a Assembleia Nacional Constituinte. Uma nova Carta Constitucional viria legitimar todas as propostas reformistas que estavam em andamento. No que tange à saúde, a Constituição de 1988 aprovou a política de atenção universal à saúde.

III - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

Em 1986 foi realizada em Brasília a 8ª Conferência Nacional de Saúde com ampla participação de usuários, trabalhadores de saúde, prestadores de serviços e gestores. A 8ª Conferência significou um marco na formulação das propostas de mudança do setor de saúde, consolidadas na Reforma Sanitária Brasileira. Seu relatório final definiu a saúde como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde”. Esse documento serviu de base para discussões na Assembleia Nacional Constituinte em 1987.

Como resultado do debate entre as diversas propostas em relação ao setor Saúde apresentadas na Assembleia Nacional Constituinte, a aprovação da Constituição Federal de 1988 criou o Sistema Único de Saúde, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população.

Cabe lembrar que, antes da criação do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, como campanhas de vacinação e controle de endemias. A atuação do setor público na chamada assistência médico-hospitalar era prestada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social, sendo que a assistência à saúde desenvolvida beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, segurados do INPS e seus dependentes, não tendo caráter universal.

SAIBA MAIS...

Os principais modelos de atenção à saúde são: seguridade social ou Beveridgeano, seguro social ou Bismarckiano e assistência social (ou proteção residual). O primeiro modelo, o de seguridade social (ou Beveridgeano), é característico dos países que têm sistemas de saúde com cobertura universal, como o SUS no Brasil. São financiados por impostos e é o Estado quem presta diretamente os serviços de saúde. Foi inspirado nos princípios de justiça social, através do Relatório Beveridge na Inglaterra, que propôs novo modelo de proteção social baseado na condição de cidadania, segundo o qual os cidadãos passam a ter seus direitos sociais assegurados pelo Estado. O modelo de seguro social, também denominado Bismarckiano, possui financiamento baseado nas contribuições de empregados e empregadores, como ocorria durante o primeiro governo Vargas com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs (1933). O modelo de assistência social ou proteção residual é o modelo adotado nos Estados Unidos, onde o Estado não assume para si a responsabilidade de garantir a proteção à saúde. Protege apenas alguns grupos (*Medicaid* – programa de assistência social aos mais pobres e *Medicare* – voltado aos idosos, mediante seguro de contribuição compulsória durante a vida ativa) e o restante da população deve comprar serviços no mercado de acordo com a sua capacidade de pagamento.

1 - CONCEITOS

O Sistema Único de Saúde, o SUS, é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas e federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. À iniciativa privada é permitido participar desse sistema de maneira complementar, segundo contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

O SUS pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988. Seus princípios apontam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde que deixam de ser restritos e passam a ser universais, da mesma forma, deixam de ser centralizados e passam a nortear-se pela descentralização.

Na verdade, o SUS representa uma nova concepção da assistência à saúde em nosso país. Antes a saúde era entendida como “o estado de não doença”, centrada em medidas curativas. Essa lógica, que significava apenas remediar os efeitos com menor ênfase nas causas, deu lugar a uma nova noção centrada na prevenção dos agravos e na promoção da saúde. Para tanto, a saúde passa a ser relacionada com a qualidade de vida da população, a qual é composta pelo conjunto de bens que englobam a alimentação, o trabalho, o nível de renda, a educação, o meio ambiente, o saneamento básico, a vigilância sanitária e farmacológica, a moradia, o lazer etc.

De acordo com essa nova concepção de saúde, compreende-se que “os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país”. Ou seja, os indicadores de saúde da população servem para medir o nível de desenvolvimento do país e o de bem-estar social da população.

Importante notar que a luta pela instituição do SUS parte da base da sociedade.

As reivindicações que nortearam o movimento que ficou conhecido por “Movimento Sanitarista” eram apresentadas, fundamentalmente, por meio dos secretários municipais de saúde e foram catalisadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. As resoluções dessa conferência deram os parâmetros que mais tarde viriam a ser inscritos na Constituição de 1988.

Antes disso existia um “duplo comando” na área da saúde, pois o Ministério da Saúde cuidava das ações preventivas e o Ministério da Previdência Social cuidava dos serviços médicos curativos. O acesso a esses serviços médicos, até então, não era um direito de todos, universal, mas somente para os trabalhadores com “carteira assinada”.

A mudança foi grande. Ocorreu a unificação de comando, representada pela transferência ao Ministério da Saúde de toda a responsabilidade pela saúde no plano federal. Da mesma forma nos estados e municípios, onde a responsabilidade ficara a cargo das respectivas secretarias estaduais e municipais de saúde. Sob outro aspecto, o princípio da universalidade, inscrito no artigo 196 da Constituição, representou a inclusão de todos os cidadãos brasileiros nos cuidados prestados pelo SUS.

“A saúde é um direito de todos e um dever do Estado assegurado mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (CF-88 Art. 196).

Qualquer pessoa passa a ter o direito de ser atendida nas unidades públicas de saúde.

Os avanços democráticos não param por aí. Uma gestão, até então extremamente centralizada, passa a ser DESCENTRALIZADA, ou seja, o município, estando mais próximo da realidade da população, recebe a responsabilidade pela política de saúde que deve implantar no seu território. Nada mais acertado considerando a diversidade e a disparidade de realidades locais espalhadas pelo Brasil.

No entanto, além da descentralização de serviços e dos recursos de saúde, a PARTICIPAÇÃO SOCIAL passa a ser condição essencial. Assim, a existência e o funcionamento de **conselhos de saúde (você verá o conceito mais à frente)** nos três níveis de governo passam a ser obrigatórios, visando garantir a participação social nas políticas de saúde, tanto em sua formulação como em sua execução.

O SUS permanece em constante processo de aperfeiçoamento e estruturação. Por um lado, a promoção da saúde à população nunca deixará de sofrer transformações, pois como as sociedades são dinâmicas, a cada dia surgem novas tecnologias que devem ser incorporadas para a melhoria dos serviços e das ações de saúde. Da mesma forma, é constante o surgimento de novos agravos de saúde que necessitam de novas profilaxias e de novos cuidados.

Desse modo, trabalha-se arduamente pela consolidação de seus PRINCÍPIOS DOCTRINÁRIOS (**universalidade, equidade e integralidade nos serviços e ações de saúde**), bem como dos princípios que dizem respeito à sua OPERACIONALIZAÇÃO (**descentralização dos serviços, regionalização e hierarquização da rede e participação social**). O trabalho é no sentido de capacitar os municípios a assumirem suas responsabilidades diante do SUS, bem como desenvolver ações que deem prioridades à prevenção e à promoção de saúde.

Aliás, uma observação das normas que vêm estruturando o SUS desde sua origem permite que se perceba o processo de constante aperfeiçoamento ao longo de sua curta história. Em outubro de 1988, o SUS foi instituído constitucionalmente, sendo que a seção que trata da saúde na Constituição vai dos artigos 196 a 200. A consagração constitucional do SUS trouxe a previsão da necessidade de novas leis para sua regulamentação. Isso ocorrera por meio das **leis 8.080 e 8.142**, ambas editadas em 1990, que conjuntamente formam a “**LEI ORGÂNICA DA SAÚDE**”.

A organização operacional do SUS, sob outro aspecto, evoluiu durante a década de 1990, mediante a edição de três Normas Operacionais Básicas (NOB), cada qual substituindo e aperfeiçoando a anterior. A primeira edição ocorre em 1991, a segunda em 1993 e a terceira em 1996; esta última (NOB/96), apesar das alterações dos aperfeiçoamentos em relação a sua edição original, é que está em vigor. Da leitura dessas e de outras normas, como uma série de portarias do Ministério da Saúde e de outras tantas resoluções do Conselho e das Conferências Nacionais de Saúde, tem-se a perfeita compreensão que se trata de um processo em constante aperfeiçoamento. Em 2001 e 2002, a publicação das NOAS (01/2001 e 01/2002) – Norma Operacional da Assistência à Saúde – buscou avançar o processo como resultado das negociações entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), como veremos mais a seguir. Em janeiro de 2006, foi lançado o Pacto pela Saúde objetivando a consolidação do SUS, e em três de setembro de 2009 foi aprovado o Regulamento do Sistema Único de Saúde.

2 - PRINCIPAIS DEFINIÇÕES LEGAIS DO SUS

Constituição Federal de 1988

A Constituição Federal de 1988 redefine o conceito de saúde. Para se ter saúde é preci-

so ter acesso a um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação etc.

Em seu artigo 196 cita que “**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 igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Com este artigo fica definida a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde.

O SUS faz parte das ações definidas na Constituição como sendo de “relevância pública” sendo atribuído ao poder público a sua regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde.

Conforme a Constituição Federal de 1988, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- Participação da comunidade.

Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para **a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes**. 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.

É a lei que instituiu o SUS, constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. **A iniciativa privada, quando necessário, pode participar do Sistema Único de Saúde em caráter complementar.**

Cabe lembrar que a iniciativa privada pode participar do sistema de saúde brasileiro sem ser dependente do SUS.

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal vigente, obedecendo ainda princípios organizativos e doutrinários, tais como:

- Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.
- Integralidade de assistência.
- Equidade.
- Descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo.

- 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.
- Participação da comunidade.
- Regionalização e hierarquização.

A Lei 8.080/90 trata (veja na íntegra no capítulo 3 dessa apostila):

- (a) da organização, da direção e da gestão do SUS;
- (b) das competências e atribuições das três esferas de governo;
- (c) do funcionamento e da participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde;
- (d) da política de recursos humanos;
- (e) dos recursos financeiros, da gestão financeira, do planejamento e do orçamento.

Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990

A Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (veja na íntegra no capítulo 3 dessa apostila): dispõe sobre a **participação da comunidade** na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as **transferências intergovernamentais de recursos financeiros** na área de saúde.

O SUS conta em cada esfera de governo com as seguintes instâncias colegiadas:

- (a) a Conferência de Saúde; e
- (b) o Conselho de Saúde.

O Conselho de Saúde será composto por representantes do governo (gestores), prestadores de serviço, trabalhadores de saúde e usuários, sendo que a representação dos usuários deverá ser paritária (50%) em relação ao conjunto dos demais segmentos. As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde têm sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovado pelo respectivo Conselho.

A Lei 8.142/90 trata também da alocação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde, do repasse de forma regular e automático para os Municípios, Estados e Distrito Federal. Para o recebimento destes recursos, Municípios, Estados e Distrito Federal devem contar com:

- (a) Fundo de Saúde;
- (b) Conselho de Saúde;
- (c) Plano de Saúde;
- (d) Relatório de Gestão;
- (e) Contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;
- (f) Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS).

3 - PRINCÍPIOS

A Constituição de 1988 definiu princípios que podem ser divididos em duas ordens distintas, mas inter-relacionadas: princípios éticos/doutrinários e organizacionais/operativos. Os primeiros podem ser resumidos na universalidade, equidade e integralidade; os segundos, na descentralização, regionalização e hierarquização da rede e participação social.

É importante observar que, no Sistema Único de Saúde (SUS), os princípios éticos/doutrinários e organizacionais/operativos são interdependentes. Ou seja, para que se materializem os primeiros é necessário que os segundos estejam devidamente estruturados.

Atenção:

Você verá ao longo do texto, que novos princípios surgiram de acordo com o desenvolvimento do SUS, e que muitos dos princípios citados anteriormente não estão explícitos na Constituição Federal.

3.1 - Universalidade

Segundo este princípio, a saúde é um direito de todos e é um dever do poder público garantir os

Princípios éticos/doutrinários

Universalidade dos Serviços: acesso à saúde como direito público subjetivo, integrantes dos direitos da cidadania. A Universalidade é o princípio segundo o qual “A Saúde é direito de todos e dever do Estado...” (CF, 196, caput).

Integralidade da Assistência: direito das pessoas serem atendidas na íntegra em suas necessidades. É “... 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;” (Lei 8.080, 7º, II).

Equidade na Prestação dos Serviços: a política pública de saúde, deve ser redistributiva com o objetivo de corrigir desequilíbrios estaduais e regionais. Deve dar-se tratamento desigual para situações desiguais, ou seja, cada um segundo suas necessidades, objetivando proporcionar uma maior uniformidade.

Princípios organizacionais/operativos

Descentralização dos Serviços: redistribuição de recursos e responsabilidades entre os entes federados com base no entendimento de que o nível central, a União, só deve executar aquilo que o nível local, os municípios e estados, não podem ou não conseguem. A gestão do Sistema (SUS) passa a ser de responsabilidade da União, dos estados e dos municípios, agora entendidos como os gestores do SUS.

Regionalização e Hierarquização da Rede: distribuição espacial dos serviços de modo a atender às necessidades da população por regiões e em diferentes níveis de complexidade. Exige ações articuladas entre estados e municípios, sendo-lhes facultada a criação de consórcios.

Participação Social: institucionalização da democracia participativa e de consequente controle social na área de saúde com a obrigatoriedade de constituição e de funcionamento de conselhos de saúde nos três níveis de governo.

serviços de saúde. Agora, a universalização não quer dizer somente a garantia imediata de acesso às ações e aos serviços de saúde, ela também enfatiza as ações preventivas.

3.2 - Integralidade

É o princípio que afirma que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade, portanto, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde são também indivisíveis e não podem ser compartimentalizadas.

Enfim:

“O homem é um ser integral, biopsicossocial, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde.”

3.3 - Equidade

Partindo dos dois princípios mostrados anteriormente, vem a necessidade de se reduzir as disparidades sociais e regionais existentes em nosso país. O princípio da equidade reafirma essa necessidade por meio das ações e dos serviços de saúde. Assegura as ações em todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras, ou seja, situações desiguais merecem tratamento desigual.

Reduzir disparidades regionais e sociais significa a busca de um maior equilíbrio.

Muito cuidado. Existe o princípio da IGUALDADE, que inclusive está na Lei 8080/90. Esse princípio diz que assistência à saúde deve ser sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Muitas vezes esse princípio é utilizado como sinônimo de equidade, mas conceitualmente são bem diferentes...

3.4 - Descentralização da Saúde

Significa uma redistribuição das responsabilidades das ações e serviços de saúde entre os vários níveis de poder (municipal, estadual e federal). Parte da ideia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Tem que existir uma redefinição das atribuições dos vários níveis de governo com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde – é o que se chama municipalização da saúde.

Aos municípios cabe a maior responsabilidade nas ações de saúde dos seus moradores.

3.5 - Regionalização e a Hierarquização da Rede, das Ações e dos Serviços de Saúde

Os serviços devem funcionar em níveis de complexidade crescente, dentro de um território bem delimitado e com a definição da população a ser assistida. Isto significa que os serviços de saúde de uma determinada localidade têm que oferecer todas as modalidades

de assistência (se não tiver todos os serviços na localidade, deve-se fazer consórcios intermunicipais ou até interestaduais).

O acesso ao sistema deve ser através dos serviços de nível primário de atenção. Os casos mais complexos deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade (secundário e terciário).

SAIBA MAIS...

Atenção primária é a atenção que ocorre no nível ambulatorial, próximo da vida das pessoas. Chega a responder por pelo menos 85% da demanda. Pode ter exames laboratoriais básicos e de diagnóstico (por exemplo, eletrocardiograma). A composição dessa equipe pode ser das áreas básicas da medicina (pediatria, clínica médica e tocoginecologia) ou da medicina geral (medicina da família) e de outros profissionais (enfermeiro, nutricionista, psicólogo, dentista etc.).

A atenção secundária ocorre, também, na forma ambulatorial. Responde a demanda das subespecialidades (cardiologia, nefrologia, endocrinologia, etc.), inclusive com exames laboratoriais ou de diagnóstico mais avançados.

A atenção terciária envolve unidade de internação – podendo ter ambulatório de pré e pós-operatório.

Como funciona uma rede hierarquizada?

- O perfil epidemiológico orienta as ações do plano de saúde local, indicando como deve se organizar a rede de serviços de saúde.
- O sistema será montado na lógica da promoção à saúde – prevenção/atenção primária e atenção secundária e terciária.
- O usuário terá como referência uma “porta de entrada” do sistema, que já não é mais o hospital, mas o primeiro nível – um posto de saúde, os módulos de saúde da família, os centros de saúde e as unidades de emergência.
- Os profissionais agendam, de acordo com o caso, o paciente para um programa de acompanhamento específico, bem como indica ações para a vigilância da saúde.
- O fluxo de encaminhamento do paciente poderá seguir dois rumos:
 - um fluxo interno na própria unidade;
 - um fluxo externo para outras unidades de serviço.

O fluxo externo compõe o sistema de referência e contrarreferência.

A referência significa o ato de encaminhamento do paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde para um outro de maior complexidade.

A contrarreferência significa o ato de encaminhamento de um paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência.

3.6 - Participação e o Controle Social

É a garantia que a população participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o municipal.

Essa participação se dá a partir dos Conselhos de Saúde e das Conferências da Saúde.

As **Conferências de Saúde** são instâncias colegiadas, de caráter consultivo, que possibilitam o exercício do controle social no âmbito do poder executivo, tendo como objetivo avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes da política de saúde em cada nível de governo, constituindo-se no mais importante fórum de participação ampla da população. Sua periodicidade deverá ser estabelecida pelos Conselhos de Saúde correspondentes, não devendo ultrapassar quatro anos.

Os **Conselhos de Saúde** buscam participar da discussão das políticas de saúde tendo uma atuação independente do governo, embora façam parte de sua estrutura e onde se manifestam os interesses dos diferentes segmentos sociais, possibilitando a negociação de propostas e o direcionamento de recursos para diferentes prioridades.

Em seu parágrafo 2º, a Lei 8.142/90 define: “O Conselho de Saúde, 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 homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo”.

Na perspectiva do controle social, a participação da população na gestão da saúde coloca as ações e serviços na direção de interesses da comunidade e estabelece uma nova relação entre o Estado e a Sociedade, na qual o conhecimento da realidade de saúde das comunidades é o fator determinante na tomada de decisão por parte do gestor.

ATENÇÃO: O papel do Conselho não pode ser confundido com o papel do gestor de saúde. O gestor é responsável pela execução da política de saúde, enquanto ao Conselho cabe deliberar as diretrizes dessa política, acompanhando as ações e fiscalizando a utilização dos recursos.

Segundo a Resolução 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde, um Conselho deverá ser composto por representantes do governo, de trabalhadores de saúde, de prestadores de serviços de saúde e usuários e deve ter como premissa básica a paridade do número dos usuários em relação aos demais segmentos representados. Ou seja, 50% do número total de conselheiros será de representantes de usuários, enquanto os outros 50% deverão ser compostos por representantes dos demais segmentos, sendo 25% de trabalhadores de saúde

e 25% restantes de governo, entidades ou instituições prestadores de serviços públicos, filantrópicos e privados.

O número de conselheiros para a composição dos Conselhos de Saúde tem variado de acordo com a realidade dos estados e municípios e deve ser definido pelos plenários dos Conselhos e das Conferências de Saúde, porém qualquer que seja o número dos membros a paridade deverá ser mantida.

Respeitadas as normas legais, cada Conselho tem a liberdade de se organizar de acordo com a realidade de seu estado ou município, sua composição deve respeitar a correlação de forças sociais da área de atuação de cada conselho, sendo que a indicação dos representantes dos Conselhos de Saúde é de exclusiva responsabilidade dos segmentos representados.

A participação de órgãos, entidades e movimentos sociais terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto da sociedade, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde. De acordo com as especificidades locais, aplicando o princípio da paridade, serão contempladas, dentre outras, as seguintes representações:

- a) Associações de pessoas com patologias;
- b) Associações de pessoas com deficiências;
- c) Entidades indígenas;
- d) Movimentos sociais e populares, organizados (movimento negro, LGBT...);
- e) Movimentos organizados de mulheres, em saúde;
- f) Entidades de aposentados e pensionistas;
- g) Entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;
- h) Entidades de defesa do consumidor;
- i) Organizações de moradores;
- j) Entidades ambientalistas;
- k) Organizações religiosas;
- l) Trabalhadores da área de saúde: associações, confederações, conselhos de profissões regulamentadas, federações e sindicatos, obedecendo às instâncias federativas;
- m) Comunidade científica;
- n) Entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento;
- o) Entidades patronais;
- p) Entidades dos prestadores de serviço de saúde; e
- q) Governo.

Quanto aos **impedimentos que comprometem a legitimidade dos segmentos nos Conselhos de saúde**, são identificados:

- A participação do Poder Legislativo e do Ministério Público nos Conselhos de Saúde: não devem integrar os Conselhos de Saúde pessoas que pertençam aos poderes legislativo e judiciário, bem como representantes do Ministério Público, considerando a independência de poderes, prevista no artigo 2º da Constituição Brasileira e o papel do Ministério Público.

• A participação de representantes dos usuários e de trabalhadores da saúde em cargos comissionados ou de chefia: os representantes dos usuários e de trabalhadores da saúde não poderão exercer cargo comissionado ou de chefia, na esfera de sua representação, durante seu mandato de conselheiro.

É importante ressaltar que o conselheiro deve atuar como interlocutor de suas bases, não se distanciando da entidade ou movimento que o indicou, porém deve representar e defender os interesses de toda a sociedade. As **funções dos conselheiros** são consideradas de relevância pública, devendo se pautar pela ética, não tendo, os conselheiros, direito à remuneração ou privilégios.

O **mandato dos conselheiros** é definido no Regimento Interno do Conselho e não deve coincidir com o mandato do governo ao qual ele está vinculado. Sugere-se a duração de dois anos, com possibilidade de recondução a critério das respectivas representações.

Os Conselhos de Saúde devem cumprir o estabelecido na Lei Orgânica Estadual ou Municipal, desde que a mesma esteja coerente com a legislação federal. O ato de criação dos Conselhos, bem como sua composição, organização, estrutura e competências, se dão por lei ordinária, de iniciativa do Poder Executivo – municipal, estadual ou federal – que deverá acolher as demandas da população e de acordo com as Conferências de Saúde.

Para garantir o pleno funcionamento dos Conselhos de Saúde, os organismos de Governo Estadual e Municipal deverão dar apoio e suporte administrativo e técnico.

A **estrutura dos Conselhos de Saúde** deve ter como órgãos o Plenário e uma Secretaria Executiva a ele subordinada, cabendo aos conselheiros de saúde a definição de sua estrutura administrativa, das assessorias permanentes ou transitórias, do quadro de pessoal e das comissões intersetoriais necessários ao seu pleno funcionamento. Cabe, ainda, aos conselheiros o gerenciamento de seus recursos e o desenvolvimento de projetos de capacitação e atualização por eles definidos, buscando evitar a criação de hierarquia entre os conselheiros e a burocratização do conselho, engessando suas atividades.

Após sua instalação, o Conselho de Saúde elabora seu Regimento Interno, contemplando os elementos que irão garantir seu funcionamento, tais como: abertura dos trabalhos, impedimentos e faltas dos conselheiros, suplência, votação, prazos, estrutura e dimensão da secretaria executiva, periodicidade, quórum mínimo para deliberações em plenário – metade mais um do total de integrantes – entre outros e que deverá ser aprovado pelo próprio Plenário. Qualquer alteração na organização e composição do conselho deverá ser proposta por ele e aprovada em plenário.

O caráter deliberativo e permanente dos Conselhos pressupõe uma atuação constante para que

seus membros tenham condições de examinar e aprovar as diretrizes da política de saúde, formulando estratégias, aperfeiçoando-as e propondo meios aptos para sua execução e correção de rumos. O Conselho não pode ser transitório, ou seja, funcionar somente quando convocado, mas reunir-se, no mínimo, uma vez ao mês e extraordinariamente sempre que necessário. Suas reuniões devem ser abertas ao público, com pauta e datas previamente divulgadas pela imprensa, cabendo ao gestor encaminhar com antecedência o material de apoio às reuniões.

Uma vez a cada três meses, a pauta da reunião do Conselho deve incluir a prestação de contas feita pelo gestor da esfera de governo correspondente, que deverá, para tanto, apresentar relatório detalhado, contendo o andamento da agenda de saúde pactuada, o relatório de gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias iniciadas e concluídas no período, a produção e a oferta de serviços na rede assistencial própria e contratada e conveniada, entre outros.

QUADRO DE CONCEITOS I

Conselhos de Saúde

- Permanentes e deliberativos.
- 50% dos membros são usuários.
- Atuam no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos.
- Reúnem-se uma vez por mês.

Conferências de Saúde

- Realizadas de 4-4 anos.
- 50% dos membros são usuários.
- Propõem diretrizes para a formulação das políticas de saúde.

SAIBA MAIS...

- Quando não houver Conselho de Saúde constituído ou em atividade no município, caberá ao Conselho Estadual de Saúde assumir, junto ao executivo municipal, a convocação e realização da Conferência Municipal de Saúde, que terá como um de seus objetivos a estruturação e composição do Conselho Municipal. O mesmo será atribuído ao Conselho Nacional de Saúde, quando não houver Conselho Estadual de Saúde constituído ou em funcionamento.
- As funções, como membro do Conselho de Saúde, não serão remuneradas.
- A participação dos membros eleitos do Poder Legislativo, representação do Poder Judiciário e do Ministério Público, como conselheiros, não é permitida nos Conselhos de Saúde.
- O presidente do Conselho deve ser eleito entre os seus membros em reunião plenária.

Os atos dos Conselhos estão em resoluções, recomendações e outros atos deliberativos, sendo que as resoluções serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo, em um prazo de 30 dias, garantindo ainda sua publicação em veículo oficial. Caso o gestor não proceda à

homologação nem apresente justificativa, o Conselho poderá buscar validação da resolução junto ao Ministério Público.

3.7 - Outros Princípios

– **COMPLEMENTARIEDADE DO SETOR PRIVADO** – quando houver insuficiência do setor público a atenção à saúde, pode ser necessário a contratação de serviços privados, mas sob três condições:

- O interesse público deve prevalecer sobre o privado;
- A instituição privada deve seguir os princípios do SUS;
- Dentre os serviços privados deve-se dar preferência aos sem fins lucrativos.

- **RESOLUBILIDADE** – É a exigência que um problema sobre a saúde deva ser resolvido pelo serviço correspondente até o seu nível de competência.

4 - O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO SUS: AS NORMAS OPERACIONAIS

O processo de implantação do SUS foi orientado por instrumentos chamados Normas Operacionais, instituídas por meio de portarias ministeriais. Estas normas definem as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que Estados e municípios possam assumir as responsabilidades e prerrogativas dentro do Sistema.

Embora seja formalizada por portaria do Ministério da Saúde, o seu conteúdo é definido de forma pactuada entre o Ministério da Saúde e representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). Lembrar que deve existir a participação popular na elaboração de diretrizes políticas do SUS.

Entre os objetivos das Normas Operacionais temos:

- Induzir e estimular mudanças;

- Aprofundar e reorientar a implementação do SUS;
- Definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes, e movimentos tático-operacionais;
- Regular as relações entre seus gestores;
- Normatizar o SUS.

Desde o início do processo de implantação do SUS foram publicadas três Normas Operacionais Básicas e duas Normas Operacionais da Assistência à Saúde.

A Norma Operacional Básica 01/91

Seus principais pontos são:

- Equipara prestadores públicos e privados, no que se refere à modalidade de financiamento que passa a ser, em ambos os casos, por pagamento pela produção de serviços.
- Centraliza a gestão do SUS no nível federal (INAMPS).
- Estabelece o instrumento convenial como forma de transferência de recursos do INAMPS para os Estados, Distrito Federal e Municípios.
- Considera como “municipalizados” dentro do SUS, os municípios que atendam os requisitos básicos:
 - (a) Criação dos Conselhos Municipais de Saúde;
 - (b) Criação do Fundo Municipal de Saúde;
 - (c) Plano Municipal de Saúde aprovado pelos respectivos Conselhos;
 - (d) Programação e Orçamentação da Saúde (PROS) como detalhamento do Plano de Saúde;
 - (e) Contrapartida de recursos para a saúde do seu orçamento;
 - (f) Constituição de Comissão de Elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) com o prazo de dois anos para a sua implantação.
- Instituiu a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) destinada a reajustar os valores a serem repassados aos Estados, Distrito Federal e Municípios. A cobertura ambulatorial anual é obtida da multiplicação do valor da UCA pela população de cada unidade da federação.
- Modifica o sistema de pagamento aos prestadores de serviços (entidades filantrópicas, hospitais

QUADRO DE CONCEITOS II

PRINCÍPIOS ÉTICOS / DOUTRINÁRIOS:

Universalidade: todos os cidadãos brasileiros têm direito a acesso à saúde.

Integralidade: ações integradas de prevenção, cura e reabilitação. O homem deve ser atendido como um todo.

Equidade: situações “desiguais” merecem atendimentos “desiguais”!

PRINCÍPIOS ORGANIZACIONAIS / OPERACIONAIS:

Descentralização: redistribuição das responsabilidades! Maior responsabilidade ao município.

Regionalização: definidos territórios e a população a ser atendida!

Hierarquização: organização dos serviços em níveis de complexidade tecnológica crescente.

Participação social: a população pode e deve participar da formulação das políticas de saúde e da fiscalização da sua execução.

Resolubilidade: cada serviço (setor) deve estar capacitado para solucionar seus problemas até o nível de sua competência.

Complementaridade do setor privado: quando o setor público não for suficiente, o setor privado deve ser contratado.

universitários, entidades contratadas e conveniadas) com a implementação do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Reparem que, apesar de ser uma norma que regulamenta o SUS com seus novos princípios, ela mantém os princípios, até então vigentes, como repasse de verbas por produtividade e centralização da gestão. Isso ocorreu para “dar tempo” para a adequação municipal às novas diretrizes e princípios do SUS.

A Norma Operacional Básica 01/93

Apresentou como tema central “a municipalização é o caminho” e desencadeou um amplo processo de municipalização da gestão. Os principais pontos da Norma Operacional Básica são:

- Cria transferência regular e automática (fundo a fundo) do teto global da assistência para municípios em gestão semiplena (o município assume a completa gestão da prestação de serviços da rede pública em seu território, exceto as unidades hospitalares sobre gestão estadual);
- Habilita municípios como gestores;
- Define o papel dos Estados de forma frágil, mas esses, ainda assim, passam a assumir o papel de gestor do sistema estadual de saúde;
- São constituídas as Comissões Intergestores Bipartite (de âmbito estadual) e Tripartite (nacional) como importantes espaços de negociação, pactuação, articulação, integração entre gestores para o gerenciamento do processo da descentralização.

SAIBA MAIS...

Comissão Intergestores Bipartite – é integrada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do estado. O Secretário de Saúde do município da capital será considerado membro nato desta Comissão.

Comissão Intergestores Tripartite – é integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde e dos órgãos de representação do conjunto dos Secretários Estaduais de Saúde/CONASS e do conjunto dos Secretários Municipais de Saúde/Conasems.

A Norma Operacional Básica 01/96

Promoveu um avanço no processo de descentralização, criando novas condições de gestão para os municípios e Estados, caracterizando as responsabilidades sanitárias do município pela saúde de seus cidadãos e redefinindo competências de Estados e municípios. Os objetivos gerais da Norma Operacional Básica 01/96 foram:

- Promover e consolidar o pleno exercício por parte do poder público municipal, da função de gestor da atenção à saúde de seus habitantes com a respectiva redefinição das responsabilidades dos Estados, Distrito Federal e União;
- Caracterizar a responsabilidade sanitária de cada gestor, diretamente ou garantindo a referência, explicitando um novo pacto federativo para a saúde;
- Reorganizar o modelo assistencial, descentralizando aos municípios a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica de saúde;

- Aumentar a participação percentual da transferência regular e automática (fundo a fundo) dos recursos federais a Estados e municípios, reduzindo a transferência por remuneração de serviços produzidos;
- Fortalecer a gestão do SUS, compartilhada e pactuada entre os governos municipais, estaduais e federais, por meio das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite como espaços permanentes de negociação e pactuação entre gestores.

Entre as suas principais características temos:

- Cria o PAB (Piso Assistencial Básico), repassado fundo a fundo de forma regular e automática, e com base em valor nacional *per capita* para a população coberta;
- Reorganiza a gestão dos procedimentos de média complexidade ambulatorial (Fração Ambulatorial Especializada – FAE);
- Reorganiza a gestão dos procedimentos de alta complexidade ambulatorial com a criação da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (APAC);
- Incorpora as ações de Vigilância Sanitária, criando o Incentivo para as ações básicas de Vigilância Sanitária;
- Incorpora as ações de Epidemiologia e Controle de Doenças;
- Promove a reorganização do modelo de atenção, adotando-se como estratégia principal a ampliação de cobertura do Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde, com a criação de Incentivo financeiro;
- Aprimora o planejamento e define a elaboração da Programação Pactuada e Integrada (PPI);
- Define as responsabilidades, prerrogativas e requisitos das Condições de Gestão Plena da Atenção Básica e Plena de Sistema Municipal de Saúde para os municípios, e Avançada do Sistema Estadual e Plena de Sistema Estadual para os Estados.

Atenção: Alterações na Norma Operacional Básica 01/96

Vários aspectos deveriam ser imediatamente regulamentados para viabilizar sua implantação, como por exemplo, os requisitos e instrumentos para habilitação, implantação de nova tabela do SIA/SUS, o valor do PAB, o Fator de Ajuste, a PPI, o Cartão SUS, a Vigilância Sanitária, as Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, e a data do início de repasse automático fundo a fundo do PAB. Porém, por mudanças políticas ocorridas na época, houve uma reorientação na condução do Ministério da Saúde e uma rediscussão sobre alguns conceitos contidos na versão original da NOB 96, principalmente em relação ao PAB e o financiamento necessário para a sua implementação. Com isso, somente em janeiro de 1998 ela foi implantada, e as principais alterações sofridas foram:

- O conceito original do PAB foi modificado. Deixou de ser Piso Assistencial Básico e passou a ser chamado de Piso da Atenção Básica, ampliando sua abrangência;
- Definiu uma parte fixa e uma parte variável do novo PAB;

- O Valor Nacional da Parte Fixa do PAB foi definido em R\$10,00 *per capita*/ano a ser transferido fundo a fundo regular e automática. Atualmente está entre R\$23,00 e R\$28,00 *per capita*;
- Foi criada a Parte Variável do PAB que correspondia a incentivos destinados às seguintes ações e programas:
 - (a) Programa de Agentes Comunitários de Saúde;
 - (b) Programa de Saúde da Família;
 - (c) Programa de Combate às Carências Nutricionais;
 - (d) Ações Básicas de Vigilância Sanitária;
 - (e) Assistência Farmacêutica Básica;
 - (f) Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental.
- Como Incentivo às Ações de Vigilância Sanitária foi definido um valor R\$0,25 habitante/ano para complementar o custeio das ações já incluídas na parte fixa do PAB;
- Foi definida uma nova tabela do SIA/SUS.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde NOA/SUS 01/2001

É uma norma que se articula em torno da ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços da atenção básica e da regionalização (medidas que vinham sendo tomadas desde a NOB 91). Tinha como objetivo “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção”. Estabelece o processo de Regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. Institui o Plano Diretor de Regionalização (PDR) para ordenar o processo de regionalização da assistência em cada Estado e no Distrito Federal, baseado nas prioridades de intervenção coerentes com a necessidade de cada população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção à saúde.

O PDR deve ser elaborado na perspectiva de garantir o acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados a:

- (a) Assistência pré-natal, parto e puerpério;
- (b) Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;
- (c) Cobertura universal do esquema preconizado pelo PNI para todas as faixas etárias;
- (d) Ações de promoção da saúde e prevenção de doenças;
- (e) Tratamento de intercorrências mais comuns na infância;
- (f) Atendimento de afecções agudas de maior incidência;
- (g) Acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência;
- (h) Tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais;
- (i) Tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais frequentes;
- (j) Controle de doenças bucais mais comuns;
- (k) Suprimento e dispensação dos medicamentos da farmácia básica.

Uma das partes integrantes do PDR é o Plano Diretor de Investimentos (PDI), que visa identificar prioridades e desenvolver estratégias de

investimento de forma a promover a equalização da oferta de recursos assistenciais em todos os níveis de complexidade.

O PDR define alguns conceitos-chave:

- Região de Saúde – base territorial de planejamento de atenção à saúde, a ser definida pela Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada Estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um Estado pode se dividir em regiões e/ou microrregiões de saúde.
- Módulo Assistencial – é o espaço territorial que disponha da resolutividade correspondente ao primeiro nível de referência, podendo ser constituído por um ou mais municípios, com área de abrangência mínima a ser estabelecida para cada Unidade Federada. O Módulo Assistencial deve apresentar uma das seguintes características:
 - (a) conjunto de municípios entre os quais há um município-sede habilitado em Gestão Plena de Sistema Municipal com suficiência para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos; ou
 - (b) um município em Gestão Plena do Sistema Municipal com capacidade para ofertar com suficiência para a sua própria população, quando não necessitar desempenhar o papel de referência para outros municípios.
- Município-pólo de uma região ou microrregião – é aquele que de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada Estado, apresenta papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção.
- Microrregião de Saúde – é a unidade territorial mínima para qualificação na assistência à saúde, que deverá dispor de complexidade assistencial acima do exigido para os Módulos Assistenciais, sendo que esta definição deverá ser feita no âmbito estadual.

SAIBA MAIS...

Gestão Plena de Sistema Municipal – o município deve ser responsável pela:

- Elaboração de toda a programação municipal, contendo, inclusive, a referência ambulatorial especializada e hospitalar, com incorporação negociada à programação estadual;
- Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência;
- Garantia da prestação de serviços em seu território, inclusive os serviços de referência aos não residentes, no caso de referência interna ou externa ao município, entre outros.

No que diz respeito à ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica, a NOAS/SUS 01/01 instituiu a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, e define como áreas de atuação estratégicas mínimas para a habilitação nesta condição o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle do *diabetes mellitus*, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal. Para o financiamento do elenco de procedimentos da atenção básica ampliada, foi instituído o PAB-Ampliado

(o PAB ampliado foi revogado em setembro de 2004 pela **PORTARIA Nº. 2.023, DE 23 DE SETEMBRO DE 2004**. Atualmente, só existem o PAB fixo e o variável).

Definiu também um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade como primeiro nível de referência intermunicipal, com acesso garantido a toda a população no âmbito microrregional. Esse conjunto mínimo de serviços de média complexidade compreende as atividades ambulatoriais, de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar.

A Norma Operacional da Assistência NOAS/SUS 01/2002

Contemplou propostas relativas ao comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidade e fortalecimento da gestão dos Estados sobre as referências intermunicipais, notadamente no que diz respeito à explicitação e mecanismos de acompanhamento dos recursos federais referentes ao atendimento da população não residente que busca atendimento no município de referência. As principais modificações na NOAS/SUS 01/01 introduzidas pela NOAS/SUS 01/02 foram:

- O município-sede de módulo assistencial pode estar habilitado em Gestão Plena de Sistema Municipal quando em situação de comando único municipal ou em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA) quando em situação de comando único estadual.
- Estabeleceu que o Limite Financeiro da Assistência de cada Estado, assim como do DF no que couber, independente de sua condição de gestão, deverá ser programado e apresentado da seguinte forma:
 - (a) Relação de todos os municípios da UF, independentemente da sua condição de gestão;
 - (b) Condição de gestão do município ou nível de governo responsável pelo comando único de média e alta complexidade;
 - (c) Parcela de recursos financeiros para o atendimento da população residente sob gestão municipal;
 - (d) Parcela de recursos financeiros para atendimento das referências intermunicipais;
 - (e) Parcela de recursos financeiros para atendimento da população residente sob gestão estadual;
 - (f) Outros recursos sob gestão estadual, alocados nos municípios ou na SES;
 - (g) Limite Financeiro Global da UF, somas dos itens C, D, E, e F.
- Estabeleceu que cabe aos Estados a gerência de unidades públicas de hemonúcleos/hemocentros e de laboratórios de referência para controle de qualidade, Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica e gestão sobre o sistema de hemonúcleos/hemocentros (públicos e privados) e laboratórios de saúde pública.
- Foi estabelecida como prerrogativa dos Estados habilitados na NOAS/SUS 01/02 a transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao financiamento *per capita* do conjunto mínimo de serviços de média complexidade (M1) em regiões ou microrregiões qualificadas, nos casos em que

o município-sede do módulo assistencial estiver habilitado em GPABA.

OBS.: na verdade, a NOAS 2002 é uma revisão da NOAS 2001. Como assim? Durante o processo de implantação da NOAS 2001, alguns Estados não conseguiram operacionalizar vários itens determinados por ela. Tiveram dificuldades para estabelecer o comando único sobre os prestadores de serviços do SUS, não conseguiram implementar a gestão municipal de forma completa, e existia fragilidade de explicação dos novos mecanismos de implantação de procedimentos no texto. Por esse motivo, o ano de 2001 foi um ano de grandes discussões para a reformulação e melhora da NOAS. Em 2002 ela acabou sendo revisada, recebendo o nome de NOAS 2002. Com isso, a NOAS 2002 incorporou

QUADRO DE CONCEITOS III

NOB 91

- Centralização da Saúde na esfera federal.
- Município como prestador de serviço.
- Prestadores públicos e privados recebem dinheiro do Ministério da Saúde de acordo com a produção.

NOB 93

- Inicia o processo de descentralização!
- Município como gestor.
- Transferência de recursos automática e regular.
- São criadas as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite.

NOB 96

- Promove a consolidação da Municipalização.
- Criação de dois tipos de gestão:
 - Gestão Plena da Atenção Básica: Município toma conta de toda a atenção básica.
 - Gestão Plena do Sistema Municipal: Município toma conta de toda a atenção básica e também dos outros níveis da saúde.
- É criado o Piso de Atenção Básica (PAB): definido pela multiplicação de um valor *per capita* nacional pela população de cada município.
- Principal estratégia do município: criar o Programa de Saúde da Família e o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde.

NOAS 2001

- Define a divisão de responsabilidades entre estados e municípios na gestão do SUS.
- Concluir a habilitação de 100% dos municípios a gestão descentralizada do SUS.
- Elabora o Plano Diretor de Regionalização.
- Institui o PAB ampliado.

NOAS 2002

- Institui o Plano Diretor de Regionalização: baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenções coerentes e garantia de acesso de todos os cidadãos aos serviços de saúde.
- Institui a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada: define estratégias mínimas de atuação das políticas de saúde → controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, controle da hipertensão arterial, controle do *diabetes mellitus*, saúde da criança, saúde da mulher e a saúde bucal.
- Institui o PAB ampliado.

várias definições que já tinham sido aprovadas e acordadas da NOAS 2001. Um exemplo disso, é a criação do PAB ampliado, que é citado como instituído nas duas NOAS.

SAIBA MAIS...

Existe mais uma NOB, muito pouco comentada, que é a NOB 92. Ela teve como objetivos fundamentais normalizar, estimular, implementar e desenvolver o funcionamento do SUS. Ou seja, veio dar força aos princípios do SUS, visto que a NOB 91 (anterior a ela) se afastava desses princípios.

5 - FUNCIONAMENTO

O SUS é um sistema de saúde de abrangência nacional, porém coexistindo em seu âmbito subsistemas em cada estado (o SUS estadual) e em cada município (SUS municipal). É sempre bom lembrar que a ênfase está nos municípios. Assim, a totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados segundo os subsistemas municipais – o SUS municipal – voltados ao atendimento integral da população local e inseridos de forma conjunta no SUS em suas abrangências estadual e nacional.

Os estabelecimentos desses subsistemas municipais, do SUS municipal, não precisam ser obrigatoriamente, de propriedade da prefeitura, nem precisam ter sede no território do município. Suas ações podem ser desenvolvidas pelas unidades estatais (próprias, estaduais ou federais) ou privadas (contratadas ou conveniadas, com prioridade para as entidades filantrópicas) e têm que estar organizadas e coordenadas de modo que o gestor municipal possa garantir à população do respectivo município o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e dos meios para o atendimento integral. O funcionamento do SUS faz com que a área de saúde esteja entre as mais democráticas, pois, além de comportar um alto grau de participação social, sua gestão é um dos modelos de descentralização com maior êxito nos serviços públicos brasileiros. A participação social é expressa pela existência e pelo funcionamento de conselhos de saúde nos três níveis de governo, como comentado adiante. Já em relação ao modelo de descentralização adotado para o SUS, sua organização define como gestores corresponsáveis os três níveis de governo com mecanismos previstos para negociação e pactuação das políticas adotadas na saúde. Nesse aspecto existem: as Comissões Intergestores Bipartites (CIBs) no âmbito de cada estado; e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) que é o fórum nacional. A CIT é composta, paritariamente, por representação do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

As CIBs, compostas igualmente de forma paritária, são integradas pelas representações da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) ou órgão equivalente. Um dos representantes dos municípios é o secretário de saúde da capital. A Bipartite pode operar com subcomissões regionais. As conclusões das negociações pactuadas na CIT e na CIB são formalizadas em ato próprio do gestor respectivo.

Os gestores do SUS são os representantes dos três níveis de governo. Assim, a responsabilidade para com a gestão do sistema é dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União solidariamente por meio de seus órgãos que são, respectivamente, as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e o Ministério da Saúde. Isso na medida que a direção do SUS é única em cada nível de governo, ou seja, ela é exercida por esses órgãos em suas respectivas esferas. A rede do SUS é organizada de forma regionalizada e com nível de complexidade crescente. Os municípios podem formar consórcios para desenvolver ações e prestar serviços que estejam sob suas responsabilidades, sendo que, mesmo nesse caso, a direção do sistema continua sendo única em cada nível de governo. Os conselhos de saúde estão estruturados nos três níveis de governo. Ou seja, existe um conselho de saúde em cada município, denominados Conselhos Municipais de Saúde; um em cada estado, que são os Conselhos Estaduais de Saúde; e o outro no plano federal, qual seja, o Conselho Nacional de Saúde. Os conselhos de saúde, como dito anteriormente, são imprescindíveis. Por exemplo: para que os municípios recebam quaisquer recursos do Ministério da Saúde ou se habilitem a seus programas é necessário que o Conselho Municipal de Saúde exista e esteja em funcionamento. O Conselho consubstancia a participação da sociedade organizada na administração do SUS, propiciando e melhorando o controle social do Sistema. Importante lembrar que o funcionamento dos conselhos de saúde é condição essencial e obrigatória ao funcionamento do SUS.

6 - FINANCIAMENTO

Gastos Públicos com Saúde

Os gastos com ações e serviços de saúde, atualmente no Brasil, são de aproximadamente 8,0% do PIB, sendo os gastos públicos responsáveis por 3,1% (1,6% corresponde à União, 0,7% aos Estados e 0,8% aos Municípios) e o privado por 4,89% (3,84% corresponde às famílias e 1,05% às empresas privadas) do PIB. Ou seja, 38,75% dos gastos ficaram por conta da administração pública (União, Estados e Municípios), e 61,25% ficaram por conta do setor privado.

Segundo a OMS, quando comparamos os gastos públicos em saúde no Brasil com outros países de sistema universal como o SUS, temos: Brasil: US\$512 por pessoa; Inglaterra US\$3.031;

França US\$3.813; Alemanha US\$3.819; Canadá US\$3.982; Espanha US\$2.175; Austrália US\$4.052; e Argentina US\$576.

A Origem dos Recursos do SUS

O financiamento do SUS é uma responsabilidade comum da União (Governo Federal), dos Estados, Distrito Federal e Municípios.

Além das contribuições sociais, arrecadadas pelo Governo Federal, o SUS é financiado a partir dos seguintes tributos:

Para os estados: Imposto sobre Transmissão *Causa Mortis* e Doação (ITCD), Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (ICMS), Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) e Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF). As transferências constitucionais e legais são: Cota-Parte do Fundo de Participação do Estado (FPE) e Cota-Parte do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI-Exportação).

Para os municípios: Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), Imposto sobre Transmissão de Bens Intervivos (ITBI), Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS), Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF) e Imposto Territorial Rural (ITR). As transferências constitucionais e legais são: Cota-Parte do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), Cota-Parte Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural (ITR), Cota-Parte do Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), Cota-Parte do Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (ICMS) e Cota-Parte do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI-Exportação).

Para o Distrito Federal se aplicam as regras tributárias municipal e estadual.

Recursos Mínimos a Serem Aplicados em Saúde

A história começa com a Emenda Constitucional nº. 29 do ano 2000. Ela dizia que a União deveria aplicar, **como recurso mínimo** em ações e serviços públicos de saúde, no período do ano de 2001 até 2004, o correspondente ao valor efetivamente empenhado em ações e serviços públicos de saúde no ano imediatamente anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB do ano em que se elabora a proposta orçamentária.

Para os Estados e os Municípios, até o exercício financeiro de 2004, deve ser observada a seguinte regra:

a) Os Estados e Municípios cujo percentual aplicado em 2000 tiver sido inferior a 7% deverão aumentá-lo progressivamente de modo a atingir o mínimo previsto para os anos subsequentes, que deveria chegar em 12% para os Estados e 15% para os Municípios. Vide o quadro a seguir.

Percentuais Mínimos de Vinculação da Receita Própria em Ações e Serviços de Saúde – emenda constitucional nº. 29

Percentuais Mínimos de Vinculação

| Ano | Estados | Municípios |
|------|---------|------------|
| 2000 | 7% | 7% |
| 2001 | 8% | 8,6% |
| 2002 | 9% | 10,2% |
| 2003 | 10% | 11,8% |
| 2004 | 12% | 15% |

b) O caso do Distrito Federal é especial. As receitas orçamentárias dessa instância da Federação possuem componentes que são não só típicos das receitas estaduais, mas também das municipais. Assim, segundo a correspondência desses componentes, aplica-se o percentual mínimo de vinculação dos Estados ou dos Municípios;

c) Os Estados e Municípios que em 2000 já aplicavam percentuais superiores a 7% não poderão reduzi-lo de imediato. A diferença entre o percentual efetivamente aplicado e o final estipulado no texto constitucional poderá ser reduzida pelo Estado ou Município na razão mínima de 1/5 ao ano, até 2003, sendo que em 2004 o percentual deve ser, no mínimo, de 12% e 15%, respectivamente.

Emenda Constitucional nº 29: estabelece recursos mínimos que devem ser investidos na saúde:

- Município: 15% da receita de impostos municipais;
- Estado: 12% da receita de impostos estaduais;
- União: orçamento anterior mais variação nominal do PIB.

Agora, a EC nº. 29 só foi sancionada no dia 13 de Janeiro de 2012 através da Lei Complementar 141. Essa Lei Complementar mantém os valores mínimos a serem aplicados em saúde de acordo com a EC nº. 29. Vide quadro abaixo:

Municípios → 15% das suas receitas.
Estados → 12% das suas receitas. E
União → deverá destinar à saúde o valor aplicado no ano anterior, acrescido da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) do ano anterior ao da lei orçamentária.

Lei complementar 141

No dia 17 de março de 2015 foi promulgada a **EC nº 86**, que define um percentual mínimo para a União aplicar em saúde.

A União deverá investir progressivamente até chegar a um mínimo de 15% de sua receita, com a seguinte determinação:

- I - 13,2% (treze inteiros e dois décimos por cento) da receita corrente líquida no primeiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;
- II - 13,7% (treze inteiros e sete décimos por cento) da receita corrente líquida no segundo exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;

III - 14,1% (quatorze inteiros e um décimo por cento) da receita corrente líquida no terceiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;
 IV - 14,5% (quatorze inteiros e cinco décimos por cento) da receita corrente líquida no quarto exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;
 V - 15% (quinze por cento) da receita corrente líquida no quinto exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional.

Portanto, teremos o seguinte:

Investimentos em saúde pelo Município: 15% das suas receitas.
 Investimentos em saúde pelo Estado: 12% das suas receitas.
 Investimentos em saúde pela União: 15% das suas receitas (mas atenção que isso só se concretizará no final da década. Lembra que os valores estão subindo gradualmente ao longo de cinco anos?).
 OBS.: o Distrito Federal pode aplicar 12% ou 15% das suas receitas.

EC nº 86.

Definição do que são Ações e Serviços Públicos de Saúde (Lei complementar 141)

São consideradas despesas com ações e serviços de saúde:

- I - vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;
- II - atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;
- III - capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);

IV - desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;

V - produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;

VI - saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;

VII - saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;

VIII - manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;

IX - investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;

X - remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;

XI - ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e

XII - gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

Não serão mais consideradas despesas com ações e serviços de saúde:

- I - pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;
- II - pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;
- III - assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;

Composição das Fontes de Financiamento dos Gastos em Saúde dos Estados

| ESTADOS |
|--|
| Receita de Impostos (I) |
| Impostos s/ Transmissão <i>causa mortis</i> e Doação – ITCD |
| Imposto s/ Circulação de Mercad. e Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação – ICMS |
| Imposto s/ Propriedade de Veículos Automotores – IPVA |
| Imposto de Renda Retido na Fonte – IRRF |
| Multas, Juros de Mora e Outros Encargos dos Impostos |
| Dívida Ativa dos Impostos |
| Multas, Juros de Mora e Outros Encargos da Dívida Ativa |
| (+) Receitas Transferências Constitucionais e Legais (II) |
| Cota-Parte FPE |
| Cota-Parte IPI-Exportação |
| Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais |
| Desoneração ICMS (LC 87/96) |
| (-) Transferências Constitucionais e Legais a Municípios (III) |
| ICMS (25%) |
| IPVA (50%) |
| IPI – Exportação (25%) |
| (=) TOTAL DA BASE DE CÁLCULO ESTADUAL (IV = I + II + III) |
| VALOR MÍNIMO DA RECEITA DE COMPETÊNCIA ESTADUAL A SER APLICADO EM ASPs (V) = (IV x 0,12) |

IV - merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do art. 3º;

V - saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;

VI - limpeza urbana e remoção de resíduos;

VII - preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;

VIII - ações de assistência social;

IX - obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e

X - ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.

Instrumentos de Acompanhamento, Fiscalização e Controle

A referência para o acompanhamento, a fiscalização e o controle da aplicação dos recursos vinculados em ações e serviços públicos de saúde é o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde do Ministério da Saúde (SIOPS).

O SIOPS foi estruturado com a finalidade de atender aos seguintes objetivos:

a) Dar visibilidade aos gastos públicos com saúde, para a sociedade civil;

b) Constituir uma fonte de informações de fácil acesso de forma a facilitar a realização de estudos e pesquisas que possam subsidiar o desenho de políticas públicas e programas na área da saúde;

c) Oferecer informações para o aumento e a eficácia das ações e serviços públicos de saúde;

d) Servir como instrumento de verificação do cumprimento da Constituição Federal, no que se refere ao disposto na Emenda Constitucional nº. 29 (regulamentada pela Lei complementar 141).

O SIOPS é um sistema que permite, via internet, organizar e executar a coleta, o processamento, o armazenamento e a disseminação de informações relacionadas a receitas totais e despesas com ações e serviços de saúde das três esferas de governo.

Composição das Fontes de Financiamento dos Gastos do Governo Federal – Ministério da Saúde

A **Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (COFINS)** foi criada pela Lei Complementar nº. 70/91, com base no Artigo 195 da Constituição Federal e destina-se a financiar exclusivamente a seguridade social. Essa contribuição – calculada à alíquota de 3% sobre as receitas das pessoas jurídicas até 2003 e passou a cerca de 7% em 2004 – é a fonte mais importante de recursos.

A **Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF)** era a segunda fonte de recursos mais importante do Ministério da Saúde, porém foi extinta no dia 31/12/2007. Para compensar parcialmente as perdas de arrecadação, o Governo Federal elevou as alíquotas do imposto sobre operações de crédito, câmbio e seguro, conhecido como IOF.

A **Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL)** contribui com cerca de 7% dos recursos orçamentários do Ministério da Saúde.

Composição das Fontes de Financiamento dos Gastos em Saúde dos Municípios

| MUNICÍPIOS |
|--|
| Receita de Impostos (I) |
| Imposto Predial e Territorial Urbano – IPTU |
| Imposto sobre Transmissão de Bens Intervivos – ITBI |
| Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza – ISS |
| Imposto de Renda Retido na Fonte – IRRF |
| Imposto Territorial Rural – ITR |
| Multas, Juros de Mora e Outros Encargos dos Impostos |
| Dívida Ativa dos Impostos |
| Multas, Juros de Mora e Outros Encargos da Dívida Ativa |
| (+) Receitas Transferências Constitucionais e Legais (II) |
| Cota-Parte FPM |
| Cota-Parte ITR |
| Cota-Parte IPVA |
| Cota-Parte ICMS |
| Cota-Parte IPI-Exportação |
| Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais |
| Desoneração ICMS (LC 87/96) |
| (=) TOTAL DA BASE DE CÁLCULO MUNICIPAL (III = I + II) |
| VALOR MÍNIMO DA RECEITA DE COMPETÊNCIA MUNICIPAL A SER APLICADO EM ASPs (IV) = (III x 0,15) |

Incide sobre os lucros das empresas, com uma alíquota de 9% sobre o lucro ou 12% do faturamento no caso de lucros presumidos, sendo o produto de sua arrecadação destinado ao financiamento da seguridade social.

O **Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza** é responsável por 4,4% do total de recursos do Ministério da Saúde. Esse Fundo foi criado pelo artigo 79 do ADCT, em decorrência da Emenda Constitucional nº 31, de 14 de dezembro de 2000, e regulamentado pela Lei Complementar nº 111, de 6 de julho de 2001, para vigorar até o ano de 2020. Com o “objetivo de viabilizar a todos os brasileiros o acesso a níveis dignos de subsistência”, esse Fundo aplica os seus recursos em ações suplementares de nutrição, habitação, saúde, educação, reforço de renda familiar e outros programas de relevante interesse social.

Entre outras fontes de financiamento, merece destaque o **Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT)**, de que trata a Lei nº. 6.194/74.

Desse montante, 45% vai para o Fundo Nacional de Saúde (FNS) para custear o atendimento nos hospitais públicos; 5% vai para o DENATRAN (Departamento Nacional de Trânsito), para serem feitas campanhas educativas de prevenção e redução de acidentes de trânsito. Os outros 50% são recolhidos pelas seguradoras por meio do convênio para o pagamento das indenizações e do custeio da operação.

Os recursos do FNS são aplicados para financiar as despesas relacionadas a ações de média e alta complexidade na rede ambulatorial e emergencial do Sistema Único de Saúde. Isso abrange consultas, medicamentos, internações, procedimentos de emergência, tudo que faz parte do atendimento emergencial.

As Transferências de Recursos no Âmbito do Sistema Único de Saúde

Os recursos do Governo Federal vêm sendo progressivamente repassados a Estados e Municípios, por transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, conforme o mecanismo instituído pelo Decreto 1.232, de 30 de agosto de 1994.

Avançando nos aspectos técnico-operacionais relativos aos princípios estabelecidos por essa Lei, a implantação das Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde desencadeou um processo de descentralização intenso, transferindo para os Estados e, principalmente, para os municípios, um conjunto de recursos e responsabilidades para a operacionalização do Sistema Único de Saúde.

Os recursos de custeio da esfera federal destinados à assistência à saúde podem ser executados segundo duas modalidades: Transferência Regular e Automática (fundo a fundo) e Remuneração por Serviços Produzidos.

Para monitorar as transferências de recursos para Estados e municípios, o Fundo Nacional de Saúde criou um Sistema de Transferências de Recursos fundo a fundo, cobrindo as transferências do Piso de Atenção Básica (PAB Fixo e PAB Variável), Ações de Epidemiologia e Combate às Doenças e do FAEC. É importante lembrar que até 1997 não havia a subdivisão dos recursos transferidos para Estados e municípios, o que passou a ocorrer a partir de março de 1998 com a edição da portaria nº. 2.121/GM que implantou o Piso de Atenção Básica (PAB) e separou o teto financeiro entre recursos para o financiamento da Atenção Básica e para o financiamento da Assistência de Média e Alta Complexidade. Com o PAB, o SUS passou a dispor de uma forma de financiamento tendo por base transferências de recursos sob critério *per capita* e não mais sob o critério exclusivo de prestação de serviços. Essa nova forma de transferência de recursos constituiu um passo significativo para a construção de um sistema de saúde não restrito a um componente passivo de assistência médica, na medida em que o município passou a ter a responsabilidade de gestão de seus recursos, podendo alocá-los segundo a sua estratégia de integralidade das ações de saúde, conforme o previsto na Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). Além disso, o critério *per capita* foi de fundamental importância para a redução das desigualdades regionais na distribuição dos recursos.

Além das transferências do Fundo Nacional de Saúde, os fundos estaduais e municipais recebem aportes dos orçamentos dos seus respectivos Estados e municípios. Além disso, alguns Estados promovem repasses de recursos próprios para os fundos municipais, de acordo com regras definidas no âmbito estadual.

A remuneração por serviços produzidos refere-se ao pagamento aos prestadores de serviços ao SUS (hospitais, ambulatórios, clínicas e profissionais). Esse pagamento é feito pelo nível de governo responsável pela sua gestão, conforme programação e aprovação do gestor, segundo valores fixados em tabelas de procedimentos e editados pela Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde.

No caso específico das internações hospitalares, embora o pagamento pelos serviços prestados esteja descentralizado para o nível de governo responsável pela sua gestão, o processamento das informações relativas a todas as internações financiadas pelo sistema público de saúde é realizado de forma centralizada no Ministério da Saúde, pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

Tudo bem, você acabou de perceber de onde “vêm” os recursos, mas para onde eles “vão”?

Através dos seis Blocos de Financiamento. São eles:

- 1 - Atenção Básica;
- 2 - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
- 3 - Vigilância em Saúde;

- 4 - Assistência Farmacêutica;
- 5 - Gestão do SUS;
- 6 - Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

a) Bloco de financiamento para a Atenção Básica

Formado por dois componentes:

- O Piso de Atenção Básica Fixo (PAB fixo) destinado ao custeio de ações de atenção básica à saúde;
- O Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável) destinado ao custeio de estratégias específicas desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica em Saúde. Exemplos: Saúde da Família; Agentes Comunitários de Saúde; Saúde Bucal; Programa Academia da Saúde; PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica)...

OBS.: Cuidado aqui para não gerar confusão com conceitos de PAB fixo, variável e ampliado que você observou nas NOBs e NOAS. Eles foram criados anos atrás para determinadas funções, e você tem que guardar isso porque cai em prova (aparece em diversas questões). Atualmente devemos seguir o que está acima.

b) Bloco de financiamento para a Atenção de Média e Alta Complexidade

- Destinado ao financiamento dos procedimentos relativos à média e alta complexidade em saúde compõem o Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar do Distrito Federal, dos Estados e dos Municípios.
- É constituído por dois componentes:
 - I - Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC;
 - II - Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

c) Bloco de financiamento para a Vigilância em Saúde

- Os recursos destinados às ações de Vigilância em Saúde irão compor o Limite Financeiro de Vigilância em Saúde dos Estados, Municípios e do Distrito Federal e representam o agrupamento das ações da Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Sanitária. É composto por dois componentes: da Vigilância e Promoção da Saúde, e o da Vigilância Sanitária em Saúde.

d) Bloco de financiamento para a Assistência Farmacêutica

- Se organiza em três componentes: Básico, Estratégico e Especializado.

- O Componente Básico serve para a aquisição de medicamentos do elenco de Referência Nacional de Medicamentos e Insumos Complementares para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.
- O Componente Estratégico consiste em financiamento para ações de assistência farmacêutica e programas de saúde estratégicos.
- O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde caracterizada pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde.

e) Bloco de financiamento para a Gestão do Sistema Único de Saúde

- É constituído de dois componentes: Componente para a Qualificação da Gestão do SUS, e o Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde.
- A transferência dos recursos do Componente para a Qualificação da Gestão depende da adesão ao Pacto pela Saúde, por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão.
- A transferência dos recursos do Componente de Implantação de Ações e Serviços de Saúde será efetivada em parcela única, respeitados os critérios estabelecidos em cada política específica.

SAIBA MAIS...

O PMAQ, criado em 2011, tem como objetivo elevar os recursos para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) que cumprirem metas na qualificação do trabalho das equipes compostas por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

O processo de avaliação é realizado pelo Ministério da Saúde com o apoio de 38 Instituições de Ensino e Pesquisa de todas as regiões do país através de questionários enviados a 70 mil brasileiros (usuários do SUS) de todos os estados. Além do processo de avaliação, as equipes de saúde receberão do Ministério educação permanente e apoio institucional. As que tiverem boa avaliação terão aporte mensal adicional de R\$ 11 mil. Já as com bom desempenho vão receber R\$ 6,6 mil. Se a avaliação for regular, o recurso mensal será elevado em R\$ 2,2 mil.

Tab. 1

| Upa 24h | População da Área de Abrangência da UPA | Área Física Mínima | nº. de Atendimentos Médicos em 24h | nº. Mínimo de Médico por Plantão | nº. Mínimo de Leitos de Observação |
|---------------|---|----------------------|------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| UPA Porte I | 50.000 a 100.000 Habitantes | 700 m ² | Até 150 Pacientes | 2 Médicos | 7 leitos |
| UPA Porte II | 100.001 a 200.000 Habitantes | 1.000 m ² | Até 300 Pacientes | 4 Médicos | 11 leitos |
| UPA Porte III | 200.001 a 300.000 Habitantes | 1.300 m ² | Até 450 Pacientes | 6 Médicos | 15 leitos |

f) Bloco de financiamento para Investimentos em Saúde

- É composto por recursos financeiros que serão transferidos, mediante repasse regular e automático do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, exclusivamente para a realização de despesas de capital, mediante apresentação do projeto, encaminhado pelo ente federativo interessado, ao Ministério da Saúde.

7 - AÇÕES E PROGRAMAS

Atualmente, o Ministério da Saúde disponibiliza de uma série de Programas e Ações com a finalidade de trazer a saúde mais perto do cidadão e valorizar o papel do profissional de saúde. Vamos discutir alguns desses programas.

7.1 - Programa Farmácia Popular do Brasil

Trata-se de uma política pública com o objetivo de ampliar o acesso da população a medicamentos essenciais. O acesso aos benefícios é assegurado mediante apresentação de receituário médico ou odontológico, prescrito de acordo com a legislação vigente, contendo um ou mais medicamentos do elenco, estabelecido com base em evidências científicas e epidemiológicas que indicam sua aplicação segura e eficaz no tratamento das doenças e agravos prevalentes na população. A prioridade para aquisição dos medicamentos do Programa é dada aos laboratórios farmacêuticos públicos, pertencentes à União, estados e municípios. Quando não for possível a aquisição no meio público, deve-se buscar a complementaridade no mercado privado, dando prioridade aos medicamentos genéricos.

A Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) é o órgão do governo responsável pela execução do programa.

Campanha “A Saúde Não Tem Preço”

A campanha “Saúde Não Tem Preço” foi lançada no dia 03 de fevereiro de 2011, pela Presidente Dilma Rousseff, com o objetivo de disponibilizar, gratuitamente, a partir do dia 14 de fevereiro, medicamentos indicados para o tratamento de hipertensão e diabetes nas farmácias e drogarias credenciadas no Programa “Aqui Tem Farmácia Popular”.

Em 2013 foi acrescentado à campanha “Saúde Não Tem Preço” medicamentos para o tratamento da Asma (brometo de ipratrópio, dipropionato de beclometasona e sulfato de salbutamol).

7.2 - SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)

É um serviço que procura chegar precocemente às pessoas acometidas por agravos de urgência de natureza clínica, cirúrgica, traumática e/ou psiquiátrica, que possam levar ao sofrimento, sequelas e até mesmo à morte, acessado pelo número nacional gratuito de urgências médicas:

192. Os pedidos de socorro são acolhidos, avaliados e priorizados pela central de regulação médica de urgências, que funciona 24 horas, todos os dias. Dependendo do nível de prioridade da urgência, o médico regulador pode determinar que se desloque até o local do evento uma ambulância com médico e enfermeiro ou uma ambulância com profissional técnico de enfermagem. Quando necessário, acionam-se outros meios de socorro e, nos casos de menor gravidade, pode-se simplesmente orientar o solicitante a procurar por seus próprios meios uma unidade de saúde ou dar uma orientação e, ainda, colocar-se à disposição para nova avaliação caso haja piora da queixa. O SAMU foi escolhido como componente estratégico na implementação da Política Nacional de Atenção às Urgências.

7.3 - UPA 24 Horas (Unidade de Pronto Atendimento)

As Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24h – são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgência hospitalares, onde em conjunto com estas compõe uma rede organizada de Atenção às Urgências. São integrantes do componente pré-hospitalar fixo e devem ser implantadas em locais/unidades estratégicos para a configuração das redes de atenção à urgência, com acolhimento e classificação de risco em todas as unidades, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.

A estratégia de atendimento está diretamente relacionada ao trabalho do Serviço Móvel de Urgência – SAMU, que organiza o fluxo de atendimento e encaminha o paciente ao serviço de saúde adequado à situação.

Segundo informações disponíveis no site do Ministério da Saúde, podemos dividir as UPAs conforme é mostrado na **Tabela 1** da página anterior.

7.4 - Saúde da Família

A Estratégia de Saúde da Família visa a reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do SUS. Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família deve: ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes de Saúde da Família atuam; atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população; desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco à família e à comunidade; buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e ser um espaço de construção de cidadania.

Maiores informações no próximo capítulo.

7.5 - Brasil Sorridente

A implementação da Política Nacional de Saúde Bucal – **Programa Brasil Sorridente** – significou um marco na mudança do foco da atenção em saúde bucal, visando avançar na melhoria da organização do sistema de saúde como um todo e propondo um modelo que dê conta da universalidade, integralidade e equidade, princípios tão caros a quem lutou pela implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil.

As principais linhas de ação do Brasil Sorridente são a reorganização da Atenção Básica em saúde bucal (principalmente por meio da estratégia Saúde da Família), a ampliação e qualificação da Atenção Especializada (através, principalmente, da 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 público.

Conforme você verá no capítulo 3 desta apostila, a saúde bucal foi incluída como uma das metas para o Pacto pela Vida para o ano de 2011.

7.6 - HumanizaSUS (Programa Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS)

Instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS) foi formulada a partir da sistematização de experiências do chamado “SUS que dá certo”. Ela reconhece que estados, municípios e serviços de saúde estão implantando práticas de humanização nas ações de atenção e gestão com bons resultados, o que contribui para a legitimação do SUS como política pública.

O HumanizaSUS tem o objetivo de efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde no cotidiano das práticas de atenção e de gestão, assim como estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e a produção de sujeitos. Queremos um SUS humanizado, comprometido com a defesa da vida e fortalecido em seu processo de pactuação democrática e coletiva.

O Ministério da Saúde entende o HumanizaSUS como:

- Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos;
- Aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;

- Mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde;
- Defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, etnia, origem, gênero e orientação sexual;
- Mudança nos modelos de atenção e gestão em 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;
- Proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo;
- Compromisso com a qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho e de atendimento;
- Compromisso com a articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde;
- Luta por um SUS mais humano, construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos e qualquer um.

Além disso, o próprio Ministério define quais são os princípios desse programa:

- ✓ **Inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde** – Refere-se a práticas interdependentes e complementares. A incorporação da humanização deve ocorrer considerando-se tal entendimento.
- ✓ **Transversalidade** – Trata-se de concepções e práticas que atravessam as diferentes ações e instâncias, que aumentam o grau de abertura da comunicação intra e intergrupos e ampliam as grupalidades, o que se reflete em mudanças nas práticas de saúde.
- ✓ **Autonomia e protagonismo dos sujeitos** – Têm relação com a corresponsabilidade entre gestores, usuários e a participação coletiva nos processos e na gestão.

Por último, o Ministério da Saúde define quais são os três principais objetivos desse programa:

- Ampliar as ofertas da Política Nacional de Humanização aos gestores e aos conselhos de saúde, priorizando a atenção básica/fundamental e hospitalar, com ênfase nos hospitais de urgência e universitários;
- Incentivar a inserção da valorização dos trabalhadores do SUS na agenda dos gestores, dos conselhos de saúde e das organizações da sociedade civil;
- Divulgar a Política Nacional de Humanização e ampliar os processos de formação e

produção de conhecimento em articulação com movimentos sociais e instituições.

Conceitos que orientam o trabalho da política de humanização:

- **Acolhimento:** é a garantia que todos sejam atendidos quando comparecem a um dos serviços do SUS, mas levando em consideração as prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco. Exemplo: um paciente que chega procurando consulta no posto de saúde às 10 horas da manhã não pode ser mandado embora com o motivo de não estar agendado ou a agenda estar cheia... Esse paciente vai ser acolhido por alguém do serviço que deve orientá-lo e, de acordo com a necessidade, ter a sua consulta marcada ou ser atendido naquele momento. Serve para facilitar o acesso dos usuários ao SUS.

- **Ambiência:** criação de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, para se adequar à necessidade dos usuários e dos trabalhadores.

- **Clínica ampliada e compartilhada:** é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a individualidade do paciente e a complexidade do processo saúde/doença. Em outras palavras, representa a discussão daquele caso/situação com uma equipe multiprofissional para melhorar do atendimento.

- **Projeto terapêutico singular:** é o tratamento (cuidado) de indivíduos ou populações, que foi programado por uma equipe multidisciplinar, para que agora seja posto em prática.

7.7 - Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

É o programa estratégico para Reforma Psiquiátrica Brasileira. Visam substituir os hospitais psiquiátricos. Tem como funções:

- Prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos;
- Promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações inter-setoriais;
- Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à saúde mental na rede básica.

Tipos:

- CAPS I – Serviço de atenção à saúde mental em municípios com população: de 20 mil até 70 mil habitantes;
- CAPS II – Serviço de atenção à saúde mental em municípios com população: 70 mil a 200 mil habitantes;

- CAPS III – Serviço de atenção à saúde mental em municípios com população: 200 mil habitantes. É um serviço ambulatorial de atenção contínua, que trabalha 24 horas por dia, inclusive feriados e finais de semana;

- CAPSad – Serviço especializado para usuários de álcool e drogas: de 70 mil a 200 mil habitantes;

- CAPSi – Serviço especializado para crianças, adolescentes e jovens (até 25 anos). Acima de 200 mil habitantes.

7.8 - S.O.S. Emergência

É um trabalho em conjunto do governo federal, estados, municípios e gestores hospitalares para enfrentar as principais necessidades dos hospitais de grande porte, que são referência regional e de grande demanda diária. Tem como objetivo melhorar a gestão, qualificar e ampliar o acesso aos usuários em situações de urgência, reduzir o tempo de espera, e garantir atendimento ágil, humanizado e com acolhimento.

A ação tem início em onze hospitais de grande porte. São eles:

- Fortaleza (CE) – Instituto Dr. José Frota;
- Recife (PE) – Hospital da Restauração;
- Salvador (BA) – Hospital Geral Roberto Santos;
- Goiânia (GO) – Hospital de Urgências de Goiânia;
- Brasília (DF) – Hospital de Base;
- Belo Horizonte (MG) – Hospital João XXIII;
- São Paulo (SP) – Santa Casa de São Paulo e Hospital Santa Marcelina;
- Rio de Janeiro (RJ) – Hospital Miguel Couto e Hospital Albert Schweitzer;
- Porto Alegre (RS) – Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

7.9 - Melhor em Casa (a Segurança do Hospital no Conforto do seu Lar)

Foi um programa recentemente criado pelo Ministério da Saúde com a função de promover o atendimento domiciliar de pessoas com necessidade de reabilitação motora, idosos, pacientes crônicos sem agravamento ou em situação pós-cirúrgica, por exemplo.

O atendimento será feito por equipes multidisciplinares, formadas prioritariamente por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e fisioterapeuta. Outros profissionais (fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo e farmacêutico) poderão compor as equipes. Cada equipe poderá atender, em média, sessenta pacientes, simultaneamente.

O programa também ajudará a reduzir as filas nos hospitais de emergência, já que a assistência, quando houver a indicação médica, passará a ser feita na própria residência do paciente, desde que haja o consentimento da família.

É um programa 100% financiado pelo Ministério da Saúde.

7.10 - Telessaúde

Representa um componente do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Tem como objetivo a ampliação da capacidade de resolução dos problemas da Atenção Básica, aumentando a capacidade clínica, a partir do desenvolvimento de ações de apoio e de educação permanente para as equipes. É uma ferramenta de articulação entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada.

Os núcleos de telessaúde podem ter abrangência municipal, intermunicipal ou estadual.

Oferece os seguintes serviços:

I - Teleconsultoria: consulta/pergunta e resposta registrada para esclarecer dúvidas sobre o manejo, condutas e procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho, baseadas em evidências científicas, mas adequadas às características loco-regionais. Funciona de duas maneiras:

a) Síncrona – teleconsultoria realizada em tempo real:

- por meio de *chat*, webconferência ou videoconferência;
- por serviço telefônico gratuito 0800. Funciona por meio de um *call center*, no qual, do outro lado da linha, estarão profissionais da Atenção Básica ou especialistas;

b) Assíncrona – teleconsultoria realizada por meio de mensagens *off-line*, que deverá ser respondida em até 72 horas pelos consultores do Núcleo Telessaúde.

II - Segunda Opinião Formativa: respostas sistematizadas às perguntas originadas de teleconsultorias, e selecionadas a partir de critérios de relevância e pertinência em relação às diretrizes do SUS. Tais respostas são construídas com base em revisão bibliográfica, nas melhores evidências científicas e clínicas.

III - Telediagnóstico: serviço de apoio ao diagnóstico, onde os exames são realizados em uma determinada localidade e enviados para emissão de laudo por meio de tecnologias da informação e comunicação. O laudo será emitido por um especialista vinculado ao Núcleo de Telessaúde.

IV - Tele-Educação: atividades educacionais ministradas à distância por meio de tecnologias de informação e comunicação. A tele-educação é uma atividade educacional que utiliza as ferramentas tecnológicas como meio para apoiar

a formação de trabalhadores do SUS, de acordo com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. São atividades de tele-educação: cursos, módulos educacionais, webaulas/palestras em modalidade à distância.

Profissionais:

I - Telerregulador: profissional de nível superior generalista com experiência em Atenção Básica, que coordena as solicitações de teleconsultoria com função de: receber, analisar, classificar e orientar o fluxo de solicitações de teleconsultoria, distribuindo-as aos teleconsultores de acordo com a área profissional de cada um. Também é sua função realizar auditoria interna sobre as respostas produzidas, de forma a garantir a qualidade das teleconsultorias respondidas;

II - Teleconsultor: profissional de nível superior na área da saúde generalista com experiência em Atenção Básica. Compõe a equipe mínima de teleconsultores: médico, enfermeiro e dentista. Deverá responder as teleconsultorias e selecionar as teleconsultorias com potencial para serem transformadas em Segunda Opinião Formativa;

III - Coordenador de Campo: tem a função de coordenar e auxiliar as atividades dos monitores de campo. Atua como articulador entre o Núcleo Telessaúde e gestores municipais;

IV - Monitor de Campo: acompanhar todos os serviços de saúde com pontos de Telessaúde sob a sua responsabilidade.

SAIBA MAIS...

O Ministério da Saúde “rebatizou” os seus grandes programas. Observe as novidades:

- Atenção Básica = Saúde Mais Perto de Você;
- Atenção às Urgências = Saúde Toda Hora;
- Atenção Saúde Mental = Saúde Conte com a Gente;
- Atenção à Mulher = Saúde da Mulher;
- Assistência Farmacêutica = Saúde Não Tem Preço.

Portanto, fique atento, pois esses sinônimos podem aparecer nas provas.

IV - COMENTÁRIOS FINAIS

Durante muitos anos a saúde foi definida como um estado físico e mental que indicava ausência de doença, ausência de sintoma. A transformação deste conceito veio com uma compreensão mais ampliada do processo saúde-doença, com a percepção de que múltiplos fatores determinavam o adoecer e que nem sempre estar doente significava apresentar sintomas.

Um fator inovador nesta trajetória foi a inclusão do social como um determinante a mais no processo saúde-doença, ou seja, para que qualquer indivíduo fosse considerado saudável deveria ter bem-estar físico, mental e social, o que incluía boa alimentação, moradia, renda, lazer, trabalho, educação etc.

O conceito de saúde, mais recentemente, sofreu novas mudanças. O aspecto social se mostrou tão relevante que acabou por registrar a importância dos sujeitos na condução e promoção da saúde. Um indivíduo só seria saudável se fosse capaz de cuidar e intervir em sua própria saúde.

Este é o conceito mais atual de saúde presente no debate mundial – a promoção da saúde, a compreensão de que todo sujeito é responsável pela sua saúde, pela participação na organização do sistema de atenção e pelo controle das ações desenvolvidas pelo Estado. Resumidamente, a proposta de promoção da saúde aponta:

- Que a saúde é um **conceito amplo** e não se restringe apenas a uma situação de ausência de doença;
- Que saúde significa desenvolver ações que permitam um **bem-estar geral** do indivíduo e da sociedade como um todo;
- Que promover saúde também significa possibilitar a **plena consciência** dos indivíduos no processo saúde-doença e sua capacidade de intervenção neste processo (participação popular);
- Que a saúde é um **direito** de todo cidadão;
- Que o **Estado é o principal agente** na promoção da saúde, cabendo aos cidadãos **controlar** e contribuir na organização do sistema.

Na lei está escrito que todos têm direito à saúde, independente de raça, gênero, idade, classe social etc. Na prática, percebemos que, mesmo com o SUS a caminho, há uma grande insatisfação com relação aos serviços de saúde prestados pelo Estado e à busca por atendimento nos serviços de saúde privados oferecidos pelo mercado.

Este fenômeno foi denominado por estudiosos (Faveret e Oliveira, 1992) como a “**universalização excludente**” – reconhecendo que um efeito da política de universalização foi a saída de parcelas sociais, antes usuárias do sistema público, para o sistema privado.

A Saúde Pública hoje não consegue atender a todos, e o setor privado, por sua vez, sem regras, estabelece seus próprios critérios de exclusão. Assim, deve-se compreender que a reforma do sistema de saúde brasileiro ainda está em curso e certamente só terá um final feliz se Estado e sociedade concordarem da necessidade urgente de uma política mais justa, solidária e redistributiva no Brasil.

Mas se por um lado estas contradições estão presentes, por outro, considerando as propostas da Reforma Sanitária, assistimos a inegáveis avanços durante os últimos quinze anos. Suas bases jurídicas estão asseguradas, com a Constituição Federal, as estaduais, as leis orgânicas de saúde e as complementares.

Os Conselhos de Saúde com a participação da população têm seu funcionamento garantido e

exigido pela lei. As experiências de modelos assistenciais alternativos – como o de Municípios Saudáveis, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família – têm recebido estímulos governamentais e mostram resultados bastante promissores.

As práticas de distritalização e de consórcios intermunicipais para a melhoria da organização do sistema, o Piso Assistencial Básico com a NOB 96, como uma forma de financiamento que prioriza as ações preventivas e promocionais – são algumas das conquistas que, apesar das dificuldades ainda existentes, a Reforma Sanitária conseguiu alcançar.

O compromisso com o social, com uma política de saúde coletiva, é dever de qualquer cidadão, mas principalmente daquele que pretende algum dia atuar na área de saúde. O direito à saúde é uma conquista do movimento social e o caminho agora é a busca para implementá-lo.

Em vinte anos de implantação do SUS, os principais avanços, de reconhecimento quase consensual, dizem respeito a:

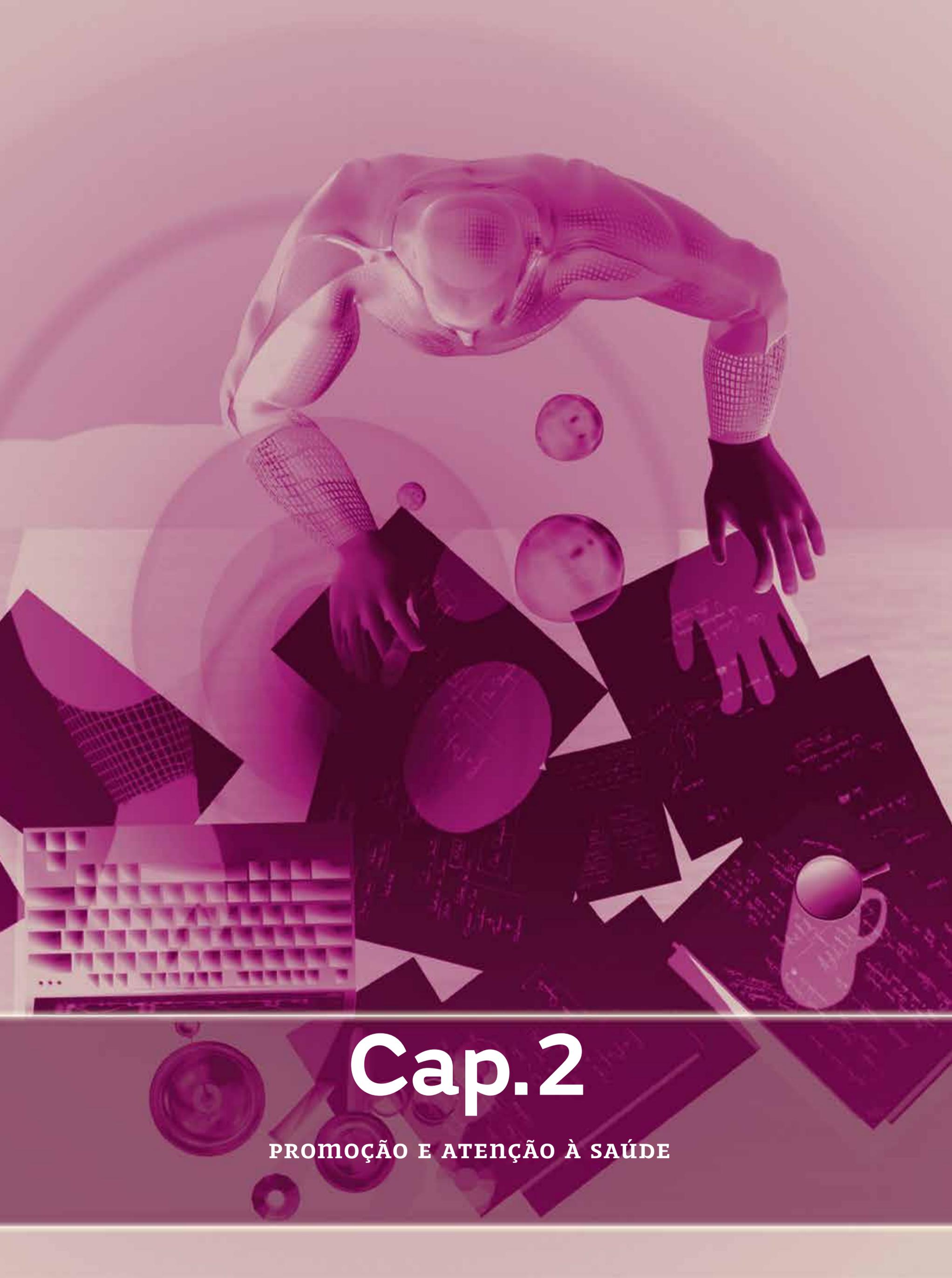
a) Ampla descentralização das ações e serviços de saúde para Estados e municípios, resultando no fato de que a quase totalidade dos municípios brasileiros tem responsabilidades definidas sobre a saúde de sua população, avanço considerável em relação à organização do Estado brasileiro – no que tange à saúde – impensável até o início da década de 1990. Os municípios tornaram-se novos e importantes atores, desenvolvendo modelos de gestão compatíveis com suas responsabilidades.

b) Estruturação do Conselho Nacional e dos conselhos estaduais e municipais de Saúde, em todos os Estados da federação e em mais de cinco mil municípios, permitindo a interlocução com a sociedade e a inclusão de inúmeros novos atores no processo. Este salto da participação popular é inquestionável, independentemente da análise da qualidade do controle social ora exercido.

c) Fortalecimento da rede pública de saúde em todos os níveis de complexidade.

d) Comprovada extensão de cobertura, incluindo grupos populacionais que não eram contemplados pelo antigo sistema previdenciário, com melhoria, inclusive, de importantes indicadores de saúde.

e) Ênfase na atenção básica, como porta de entrada preferencial do sistema, com desenvolvimento de novos modelos centrados na concepção da atenção familiar, concebida como estratégia reestruturante do modelo assistencial. Locais onde o Programa de Saúde da Família se apresenta desarticulado com os demais níveis de complexidade do sistema não refletem a concepção do modelo, uma vez que este não foi concebido para uma atenção meramente focal.



Cap.2

PROMOÇÃO E ATENÇÃO À SAÚDE

PROMOÇÃO E ATENÇÃO À SAÚDE

I - REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL

1 - O Paradigma da Promoção da Saúde

O modelo médico-assistencial hospitalocêntrico foi historicamente preponderante no Brasil. Fortalecido pelo antigo conceito de saúde como ausência de doença e pelo enriquecimento do complexo médico-tecnológico meramente mercantilista. Porém, esse modelo, sabidamente, tornou-se incapaz de cuidar da saúde com os fatores que influem na qualidade de vida das pessoas e das comunidades.

Em 1986 foi realizada a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá, que em sua Carta de Intenções estabeleceu: “a Promoção da Saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, tanto os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como o objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global”.

A 2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, conhecida como Conferência de Adelaide, realizada em 1988 naquela cidade australiana, traz uma importante contribuição à discussão de saúde, quando elege como tema central as Políticas Públicas Saudáveis, propondo, entre outras questões, a criação de ambientes favoráveis a uma vida saudável. Este tema torna-se o de eleição na 3ª Conferência, realizada em Sundsvall (Suécia) e pela primeira vez mostra diretamente a interdependência entre o ambiente, em todos os seus aspectos, e a saúde, num debate acalorado que antecede a

Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, a Rio-92.

A Conferência Internacional em Promoção da Saúde na Região das Américas, realizada em Bogotá, Colômbia, em novembro de 1992, reuniu representantes de todos os países do continente americano e, entre outros, reafirmou os princípios da Carta de Ottawa.

Na mesma linha da reunião de Bogotá, a 4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde ocorrida em Jakarta, Indonésia, recoloca as questões de Ottawa, mas, sobretudo, destaca a questão do reforço da ação comunitária. Chama atenção para fatores transnacionais entre os determinantes da saúde, como a globalização da economia, a continuada degradação ambiental e o acesso aos meios de comunicação.

Seja no campo individual ou coletivo, a **PROMOÇÃO DA SAÚDE** enfoca o conceito mais abrangente de saúde e de seus múltiplos determinantes, do homem ao ambiente e suas relações. É um contínuo identificar de determinantes do processo saúde-doença, visando sua transformação em direção à saúde. Mesmo indivíduos considerados saudáveis poderiam migrar para um estado ainda mais saudável ou menos propenso ao adoecimento.

PREVENÇÃO DE DOENÇAS é evitar doenças, sendo este o seu objetivo e, portanto, a ausência de doenças seria suficiente. Diferentemente, a promoção da saúde que busca um contínuo viver saudável e considera que sempre poderemos conquistar níveis melhores de saúde, considerando os múltiplos determinantes deste processo. Portanto, exige práticas variadas que vão muito além do setor saúde, como economia, política, saneamento, moradia, lazer...

A prevenção trabalha com a detecção precoce dos agravos, fatores de riscos e causas. O adoecimento ou a doença é a questão central, e a detecção dos fatores causadores desta e sua correção são o objeto de trabalho.

Observe a **Tabela** abaixo para você perceber as diferenças.

| Categorias | Promoção de saúde | Prevenção de doenças |
|----------------------------|---|---|
| Conceito de saúde | Positivo e multidimensional. | Ausência de doenças. |
| Modelo de intervenção | Participativo. | Médico. |
| Alvo | Toda a população no seu ambiente total. | Principalmente os grupos de alto risco da população. |
| Incumbência | Redes de temas da saúde. | Patologia específica. |
| Estratégias | Diversas e complementares. Facilitação e capacitação. | Geralmente única. |
| Direcionamento das medidas | Oferecidas à população. | Direcionadoras e persuasivas. |
| Objetivos dos programas | Mudanças na situação dos indivíduos e de seu ambiente. | Impostas a grupos-alvo. Focam principalmente em indivíduos e grupos de pessoas. |
| Executores dos programas | Organizações não profissionais, movimentos sociais, governos locais, municipais, regionais e nacionais etc. | Profissionais de saúde. |

Fonte: Stachtchenko e Jenicek (1990).

O Projeto de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde consiste em proporcionar à população as condições e requisitos necessários para melhorar e exercer controle sobre sua saúde, envolvendo: educação, moradia, alimentação, renda e um ecossistema estável, com justiça social e equidade, e está estruturado em quatro áreas de atuação:

- Estilos de vida saudáveis/relações pessoais.
- Reorganização das ações de saúde.
- Municípios saudáveis.
- Marketing social e apoio a projetos sociais.

2 - O Território como Espaço de Mudança e de Responsabilização

Como o território é o local de vida individual, familiar e comunitária e suas inter-relações, ele deve se constituir na base do sistema de saúde. Ele é o espaço concreto da vida de uma população, que interage a todo momento com determinantes do processo saúde-doença-cuidado, inclusive com as estruturas dos serviços de saúde.

Dessa forma, o estabelecimento dessa base territorial é fundamental para o real dimensionamento de uma população, seus problemas, inclusive os de saúde, e a proposição e intervenção visando a saúde e o bem-estar dessa comunidade, devendo o nível de detalhamento chegar às famílias, possibilitando o conhecimento da dinâmica familiar e as várias interações que permitem a manutenção ou não de determinados níveis de saúde.

Dessa forma é possível estabelecer uma porta de entrada única no sistema de saúde, o respeito à individualização das necessidades, a responsabilização pelo sistema de saúde para o atendimento integral nos diversos níveis de complexidade exigidos para cada caso, de maneira hierarquizada e a conformação de um sistema que deve ser regionalizado, de forma a permitir, ao mesmo tempo, uma economia de escala e o acesso mais fácil e mais próximo do local de moradia da população.

Algumas estratégias têm sido desenvolvidas e obtido sucesso na mudança do modelo de atenção à saúde, levando em consideração o espaço territorial local, na busca da promoção da saúde. A estratégia de políticas públicas saudáveis defendidas nas Conferências Internacionais sobre a Promoção da Saúde tem se revelado como importante instrumento dessa mudança. O movimento de Cidades Saudáveis vem ganhando força por sua capacidade mobilizadora, em que todos são levados a participar e decidir sobre um modo de vida mais saudável no seu território, a partir da constituição de uma rede formal e informal que articula múltiplos interesses a partir da própria comunidade.

Tendo claro que as cidades ou municípios, como têm sido tratados no caso brasileiro, podem desempenhar papel fundamental na manutenção da saúde de seus habitantes, a OMS vem estimulando as administrações municipais à reflexão sobre os problemas de

saúde e suas múltiplas determinações, visando à adoção de políticas públicas saudáveis, apontando que uma cidade saudável deve ter as seguintes características:

- meio físico limpo e seguro;
- necessidades básicas asseguradas para todos;
- comunidade forte, integrada, sem exploração e com apoio mútuo;

SAIBA MAIS...

*Aproveitando a prevenção e promoção da saúde, cabe aqui ressaltar alguns conceitos muito importantes sobre os **Níveis de Prevenção**:*

A Prevenção primária representa o conjunto de ações que visam evitar a doença na população, removendo os fatores causais. Visa a diminuição da incidência da doença. Atua no período pré-patogênico (é o período das relações entre o ambiente e o suscetível até que se chegue a uma condição favorável de instalação de doença – o indivíduo não está doente ainda). São exemplos: a vacinação, o tratamento de água para consumo humano, medidas de desinfecção e desinfestação, ou ações para prevenir a infecção por HIV (como ações de educação para a saúde e/ou distribuição gratuita de preservativos, ou de seringas descartáveis aos dependentes de drogas). Trabalha com a promoção da saúde e a proteção específica.

A Prevenção secundária representa o conjunto de ações que visam identificar e corrigir o mais precocemente possível qualquer desvio da normalidade, de forma a colocar o indivíduo de imediato na situação saudável, ou seja, tem como objetivo a diminuição da prevalência da doença (isso acontece nas doenças infecciosas e nas neoplasias, por exemplo, pois são doenças que curam. Porém, isso não vai ser possível na diabetes tipo 2, hipertensão arterial essencial, entre outras, por exemplo, pois são doenças que ainda não possuem cura. Portanto, nesses casos, a prevalência com o tratamento aumentará). Atua no período patogênico (é o período que se inicia com a interação entre hospedeiro-agente – é o começo das alterações fisiopatológicas no indivíduo). Um exemplo é a realização de inquéritos para descoberta precoce de pacientes com tuberculose na comunidade.

A Prevenção terciária representa o conjunto de ações que visam reduzir a incapacidade para permitir uma rápida e melhor reintegração do indivíduo na sociedade, aproveitando as capacidades remanescentes. Também atua no período patogênico. Como exemplo, podemos citar a reintegração daquele trabalhador na empresa, caso não pudesse continuar a exercer, por razões médicas, o mesmo tipo de atividade que exercia antes.

A Prevenção quaternária é um novo conceito de prevenção, tem como objetivo a prevenção da iatrogenia e a prevenção da prevenção inapropriada.

A Prevenção primordial representa o conjunto de ações que visam evitar o aparecimento e estabelecimento de padrões de vida social, econômica ou cultural que estão ligados a um elevado risco de doença. Trabalha com a promoção da saúde.

- alto grau de participação pública na administração local;
- acesso a diferentes experiências, à interação e à comunicação;
- promoção e celebração das tradições históricas e culturais.

Assim, faz-se necessário o rompimento de práticas setoriais isoladas e o fortalecimento da integralidade das ações de saúde. A intervenção do aparelho governamental deve contemplar políticas públicas em que a saúde interaja com a educação, a ação social, a proteção ao meio ambiente, a geração de renda, promovendo o desenvolvimento sustentável.

Entretanto, as políticas públicas vinham tratando todos como iguais, especialmente quando comandada pelo governo federal que ordenava as diretrizes para os estados e municípios, e com isso acentuava as desigualdades existentes, na medida que não ofereciam oportunidades de promoção da equidade. Mas, apesar da regionalização da saúde, em um mesmo município encontramos na sua população diferenças socioeconômicas, de escolaridade etc. A compreensão destas distintas realidades pode possibilitar estratégias de intervenção em suas desigualdades regionais, assim como permitir ao Município promover ações que reduzam a desigualdade entre seus diferentes territórios.

II - ATENÇÃO BÁSICA

1 - Atenção Básica: A Atenção Primária à Saúde no SUS

A relevância da Atenção Básica, apresentada na literatura internacional como Atenção Primária à Saúde (APS), para a conformação dos sistemas nacionais de saúde é uma tendência mundial, e esse comportamento é confirmado no Brasil com a estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A APS foi definida pela Organização Mundial da Saúde, em plena Declaração de Alma-Ata, em 1978 como:

“Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.”

A atenção primária é o mais importante componente do sistema de saúde, pois é a estratégia organizativa da atenção, definida pelos

princípios e diretrizes da atenção generalizada, sem restrição a grupos de idade, gênero ou problemas de saúde; atenção acessível, integrada e continuada; trabalho em equipe; atenção centrada na pessoa e não na enfermidade; atenção orientada à família e à comunidade; atenção coordenada, incluindo o acompanhamento do usuário nos outros níveis de atenção, e apoio constante aos usuários nos aspectos relacionados à saúde e bem-estar.

Vamos rever as principais características da Atenção Primária à Saúde (APS) são:

- **Constituir a porta de entrada** do serviço: espera-se da APS que seja mais acessível à população, em todos os sentidos, e que com isso seja o primeiro recurso a ser buscado. Dessa forma, a autora fala que a APS é o Primeiro Contato da medicina com o paciente.
- **Continuidade** do cuidado: a pessoa atendida mantém seu vínculo com o serviço ao longo do tempo, de forma que quando uma nova demanda surge, esta seja atendida de forma mais eficiente; essa característica também é chamada de *longitudinalidade*.
- **Integralidade**: o nível primário é responsável por todos os problemas de saúde; ainda que parte deles seja encaminhado a equipes de nível secundário ou terciário, o serviço de Atenção Primária continua corresponsável. Além do vínculo com outros serviços de saúde, os serviços do nível primário podem lançar mão de visitas domiciliares, reuniões com a comunidade e ações intersetoriais. Nessa característica, a Integralidade também significa a abrangência ou ampliação do conceito de saúde, não se limitando ao corpo puramente biológico.
- **Coordenação** do cuidado: mesmo quando parte substancial do cuidado à saúde de uma pessoa for realizado em outros níveis de atendimento, o nível primário tem a incumbência de organizar, coordenar e/ou integrar esses cuidados, já que frequentemente são realizados por profissionais de áreas diferentes ou terceiros, e que, portanto, têm pouco diálogo entre si.
- **Outros**: centralização na família, orientação na comunidade e valorização da cultura local. Existem também mais algumas características que não são exclusivas da atenção básica (primária), que são: o registro adequado, a continuidade do pessoal, a qualidade clínica etc.

As evidências internacionais destacam a importância de uma orientação dos sistemas nacionais de saúde nesse mesmo sentido. Percebiam bem, a atenção especializada é muito mais cara que a atenção básica, e as pessoas mais pobres, com certeza, têm menor acesso. Assim, um sistema de saúde centrado na especialização vai afetar, por exemplo, os princípios da equidade e da universalidade.

Essas discussões põem em xeque a cultura da procura direta ao especialista como símbolo de

qualidade da atenção, própria do modelo médico hospitalocêntrico. Países como Inglaterra, Holanda, Austrália, entre outros, permitem o acesso a especialistas somente mediante encaminhamento do médico da atenção primária. Esse fato já demonstrou ter repercussão direta nos custos e na eficiência do sistema.

No Brasil, a organização da atenção básica está delegada à gestão municipal e os repasses dos recursos federais são automáticos, por meio do Piso da Atenção Básica (PAB), fixo e variável. Alguns Estados instituíram repasses específicos para o PSF e para o PACS, sejam de recursos diretos fundo a fundo, sejam pela contratação de profissionais e cessão deles aos serviços instalados e geridos pelos municípios. É importante ressaltar que o crescimento e a consolidação do PSF estão intimamente ligados ao relevante papel dos municípios no processo de sua implantação. Também há que se destacar que todos os Estados da federação estabeleceram coordenações de PACS e PSF no início de sua implantação e, como no Ministério da Saúde, vários desses Estados evoluíram para a criação e organização de equipes não só voltadas ao PACS e PSF, mas também para todo o rol de ações próprias da atenção básica.

Por último, vamos rever os fundamentos da Atenção Básica?

- I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
- II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
- III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação;
- VI - estimular a participação popular e o controle social.

É um modelo que privilegia o SER HUMANO EM RELAÇÃO À DOENÇA, E A COMUNIDADE EM RELAÇÃO AO INDIVIDUAL. Utiliza tecnologia de ALTA COMPLEXIDADE (muito conhecimento) e BAIXA DENSIDADE (equipamentos reduzidos com máxima resolubilidade).

2 - O Histórico do PACS e do PSF

O Programa de Saúde da Família teve sua implantação iniciada em 1994, como um avanço do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Naquela época realizava-se o repasse de recursos do PSF por meio de convênio entre a Fundação Nacional de Saúde e as secretarias municipais de Saúde.

A falta de um financiamento fixo justificou a inclusão de códigos específicos para o PSF, com valores diferenciados, na tabela do SIA/SUS, para alguns procedimentos realizados pelas equipes do PSF, como consultas médicas e visitas dos agentes comunitários de saúde.

Em 1998, com a implantação da NOB/SUS 01/96 e do Piso de Atenção Básica, instituiu-se a lógica de financiamento *per capita* para o PACS e o PSF, por meio do PAB variável. Esses programas têm suas normas e diretrizes definidas pela portaria GM/MS nº. 1.886, que os reconhece como importante estratégia para o aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar. A publicação do “Manual para Organização da Atenção Básica”, em 1998, foi outro passo na demarcação da importância da atenção básica para a organização dos sistemas de saúde. Para além do arcabouço jurídico-legal, avançou-se na definição de responsabilidades e na estratégia organizativa.

Nesse documento, a Atenção Básica é destacada pela sua importância no processo de **REORGANIZAÇÃO** dos sistemas municipais de saúde, sendo definida como “**um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação**”. É importante destacar que o Manual contempla orientações sobre o repasse, aplicação, acompanhamento e controle dos recursos financeiros da Atenção Básica, repassados pelo Ministério da Saúde.

Com a criação do Departamento de Atenção Básica (DAB), reforçou-se a importância estratégica do Programa de Saúde da Família e buscou-se a integração de áreas técnicas e outros programas existentes relacionados à atenção básica. Algumas secretarias dos estados e municípios também reformularam seus organogramas, definindo para a Atenção Básica esse papel articulador das várias iniciativas que compõe o seu escopo.

3 - Saúde da Família: Uma Estratégia de Múltiplos Objetivos

O PSF é colocado como uma alternativa para a organização de sistemas de saúde, segundo os princípios do SUS. A estratégia de Saúde da Família como forma de territorialização permite a demarcação de um espaço concreto de atuação da equipe de Saúde, tendo o núcleo familiar

como base e unidade para o desenvolvimento de sua atuação. Permite, assim, compreender a dinâmica do núcleo familiar, suas relações na sociedade, inclusive o modo social de produção, e avaliar que determinantes sociais contribuem para um melhor ou pior desenvolvimento do processo de saúde nessa comunidade.

Por sua capacidade de conhecer a realidade epidemiológica, utilizar as ferramentas informatizadas já disponíveis e traduzir temas para uma linguagem acessível à sua comunidade, é possível a construção de metas e pactos visando uma vida saudável e com saúde para os seus membros, com avaliação dos impactos produzidos a tempos determinados.

Por sua possibilidade de garantia de acesso, se mostra estrategicamente importante como a **PORTA DE ENTRADA** (veja o quadro “Saiba Mais”) pela atenção básica no sistema de saúde, sendo capaz de acompanhar e garantir o acesso aos demais níveis de complexidade do sistema na medida que cada caso requerer, sem perder o vínculo original e a individualidade necessária.

Ao priorizar a atenção básica, o PSF não faz uma opção econômica pelo mais barato, nem técnica pela simplificação, nem política por qualquer forma de exclusão. A tecnologia, é bom que se reafirme, é uma conquista que o setor saúde entende como fundamental para o sistema, mas que vem sendo utilizada de forma excludente, deixando de fora boa parcela da população. O PSF não é uma peça isolada do sistema de saúde, mas um componente articulado com todos os níveis. Dessa forma, pelo melhor conhecimento da clientela e pelo acompanhamento detido dos casos, o programa permite ordenar os encaminhamentos e racionalizar o uso da tecnologia e dos recursos terapêuticos mais caros. O PSF não isola a alta complexidade, mas a coloca articuladamente a disposição de todos. Racionalizar o uso, nesse sentido, é democratizar o acesso.

Com base nessas premissas, o Programa Saúde da Família representa tanto uma estratégia para reverter a forma que existia de prestação de assistência à saúde como uma proposta de reorganização da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial, respondendo a uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco – pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais. Caracteriza-se pela sintonia com os princípios da universalidade, equidade da atenção e integralidade das ações. Estrutura-se, assim, na lógica básica de atenção à saúde, gerando novas práticas e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde.

Assim, ao encaminhar os pacientes com mais garantia de referência e menos desperdício, o Programa Saúde da Família amplia o acesso de todos aos benefícios tecnológicos. O modelo de atenção preconizado pelo Programa de Saúde da

Família já foi testado em vários países, com contextos culturais de diferentes dimensões e níveis diferenciados de desenvolvimento socioeconômico, como por exemplo, Canadá, Reino Unido e Cuba, resolvendo mais de 85% dos casos – o percentual restante destina-se a unidades mais complexas. Além do mais, o programa permite uma forte integração entre o Ministério, as secretarias estaduais, os municípios, a comunidade local e outros parceiros, em benefício de todos. Por seus princípios, o Programa Saúde da Família é, nos últimos anos, a mais importante mudança estrutural já realizada na saúde pública no Brasil. Junto ao Programa dos Agentes Comunitários de Saúde – com o qual se identifica cada vez mais – permite a inversão da lógica anterior, que sempre privilegiou o tratamento da doença nos hospitais. Ao contrário, promove a saúde da população por meio de ações básicas, para evitar que as pessoas fiquem doentes. Porém, se o programa restringir-se apenas à atenção básica, fracassará.

SAIBA MAIS...

De acordo com a Portaria nº 7.508 de 2011, são as Portas de Entrada do SUS (PRIMEIRO CONTATO – serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS) os seguintes serviços:

- I - de atenção primária;
- II - de atenção de urgência e emergência;
- III - de atenção psicossocial; e
- IV - especiais de acesso aberto.

Vale a pena lembrar que essa Portaria também determinou os seguintes conceitos:

Região de Saúde – espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Deve ser instituída pelo Estado, e deve conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, de urgência e emergência, de atenção psicossocial, de atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde;

Comissões Intergestores – instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS;

Mapa da Saúde – descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema;

Rede de Atenção à Saúde – conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde;

Serviços Especiais de Acesso Aberto – serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial;

Contrato Organizativo da Ação Pública

da Saúde – acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

A aposta do Brasil é no SUS, na atenção integral e em todos os níveis de complexidade. A estratégia do PSF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis e complexidade assistencial. Assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades – além disso, identifica os fatores de risco aos quais ela está exposta, neles intervindo de forma apropriada. Não apenas as unidades básicas, mas todo o sistema deverá estar estruturado segundo a lógica da estratégia em questão, pois a continuidade da atenção deve ser garantida pelo fluxo contínuo setorial, sem solução de continuidade nesse processo. A unidade básica de saúde, sob a estratégia da Saúde da Família, deve ser a porta de entrada do sistema local de saúde, mas a mudança no modelo tradicional exige a integração entre os vários níveis de atenção.

O PSF representa ações combinadas a partir da noção ampliada de saúde – que engloba tudo aquilo que possa levar a pessoa a ser mais feliz e produtiva – e se propõe a humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação do usuário pelo estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, estimulando-a ao reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, portanto, expressão e qualidade de vida.

Uma das principais estratégias do Programa de Saúde da Família é sua capacidade de propor alianças, seja no interior do próprio sistema de saúde, seja nas ações desenvolvidas com as áreas de saneamento, educação, cultura, transporte, entre outras. Por ser um projeto estruturante, deve provocar uma transformação interna do sistema, com vistas à reorganização das ações e serviços de saúde. Essa mudança implica a ruptura da dicotomia entre as ações de saúde pública e a atenção médica individual, bem como entre as práticas educativas e assistenciais.

Configura, também, uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe, diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso. Sob essa perspectiva, o papel

do profissional de saúde é aliar-se à família no cumprimento de sua missão, fortalecendo-a e proporcionando o apoio necessário ao desempenho de suas responsabilidades, jamais tentando substituí-la.

Um dos principais objetivos é gerar novas práticas de saúde, nas quais haja integração das ações clínicas e de saúde coletiva. Porém, não se pode conceber a organização de sistemas de saúde que conduzam à realização de novas práticas sem que, de forma concomitante, se invista em uma nova política de formação e num processo permanente de capacitação dos recursos humanos.

Para que essa nova prática se concretize, faz-se necessária a presença de um profissional com visão sistêmica e integral do indivíduo, família e comunidade, um profissional capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolve ações de promoção, de proteção específica, assistencial e de reabilitação. Um profissional capacitado para planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às reais necessidades da comunidade, articulando os diversos setores envolvidos na promoção da saúde. Para tanto, deve realizar uma permanente interação com a comunidade, no sentido de mobilizá-la, estimular sua participação e envolvê-la nas atividades – todas essas atribuições deverão ser desenvolvidas de forma dinâmica, com avaliação permanente, pelo acompanhamento de indicadores de saúde da área de abrangência.

As atribuições básicas de uma equipe de Saúde da Família são:

- 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;
- 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.

O modelo garante maior vínculo e humanização da atenção básica mesmo em cidades grandes, onde a relação dos hospitais com os pacientes

é fria e nem sempre resolve os problemas de quem os procura. A diversidade é a maior riqueza. Em algumas localidades existem propostas como o uso de terapias não convencionais – plantas medicinais, homeopatia etc.; em outras, organizam-se grupos de caminhada e apresentações teatrais, por exemplo, sempre buscando-se ações integrais e melhores soluções para a assistência.

Do ponto de vista político, ressalve-se que esse programa não é um projeto de um gestor, nem mesmo de um governo. Desenvolvido nos três níveis de gestão, sua importância é associada ao impacto identificado no desenvolvimento atual da proposta, pelos administradores setoriais e pela própria população, donde se constata a tendência de sua perenidade, garantindo o permanente avanço na melhoria do modelo de atenção à saúde dos brasileiros, já demonstrado na prática com a diminuição da mortalidade infantil, por exemplo.

4 - A Atenção Básica e a NOAS/SUS 01/2001

A publicação da NOAS/SUS 01/01 reafirmou a priorização da Atenção Básica pelos gestores das três esferas de governo como essencial à organização dos sistemas de saúde e ao processo de regionalização, englobando um conjunto de ações que devem ser ofertadas em todos os municípios do país, independente de seu porte.

A ampliação da Atenção Básica proposta pela NOAS/SUS 01/01 definiu responsabilidades e ações estratégicas mínimas, de forma amplamente negociada entre os atores políticos e institucionais envolvidos na discussão, quais sejam: controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão, controle do *diabetes mellitus*, ações de Saúde Bucal, ações de Saúde da Criança e ações de Saúde da Mulher. Atualmente, acrescenta-se a eliminação da desnutrição infantil, a saúde do idoso, e a promoção da saúde às ações estratégicas.

Esse elenco tem sido ampliado em alguns estados e municípios, baseado no perfil demográfico e epidemiológico e em suas prioridades políticas, a exemplo do Estado de São Paulo, que acrescentou a Saúde Mental como mais uma área estratégica da atenção básica. Estas ações deverão estar de acordo com as agendas de saúde, definidas por estados e municípios em consonância com a Agenda Nacional de Saúde.

Pretende-se inserir a Atenção Básica de forma articulada a toda rede de serviços de saúde dos municípios, e como parte indissociável dessa. Sabe-se que muitas vezes a conformação de uma rede de serviços com diversos níveis de hierarquia extrapola o território de um município, sendo necessária a articulação intermunicipal, independente da forma de gestão que o município se encontra. Para apoiar essa articulação, tanto para municípios em Gestão Plena da Atenção Básica como para municípios em Gestão Plena do Sistema Mu-

nicipal, existem instrumentos operacionais, a exemplo da Programação Pactuada e Integrada, onde poderá buscar a explicitação dos pactos intergestores que visam garantir o acesso da população aos níveis mais complexos do sistema. Ou seja, se o meu município não oferecer atendimento de alta complexidade como uma UTI neonatal, um outro município deve estar pactuado com o meu para receber esses pacientes. Afinal de contas, nem todas as cidades brasileiras precisam de UTI neonatal, devido à baixa demanda.

Também o Plano Diretor de Regionalização e o Plano Diretor de Investimentos, ao contemplarem a necessidade de instalação de serviços, poderão ser instrumentos na busca de maior equidade na distribuição dos recursos, apontando para a ampliação do acesso e para maior integralidade do sistema.

O impacto dessas ações deverá ser acompanhado por meio dos indicadores do Pacto da Atenção Básica e também pelas informações que poderão ser disponibilizadas pelos bancos de dados nacionais. A alimentação regular desses bancos de dados é uma das exigências para manutenção da habilitação dos municípios e todos os dados disponíveis são de responsabilidade dos municípios, fontes dos mesmos para o Ministério da Saúde.

5 - Evolução da Cobertura do PSF

Desde o início de sua implantação, em 1994, o PSF apresentou diferenças importantes de cobertura por região, entre Estados e em relação ao porte dos municípios.

Até 1996, as regiões Nordeste e Sul mantinham-se acima da média nacional em relação à cobertura populacional. Em julho 1998 a mudança nos valores dos incentivos ampliou em 53% o valor do repasse por equipe. Dessa forma, o crescimento se acentuou em todas as regiões a partir de 1999, estimulado, sobretudo, pelo financiamento diferenciado.

Nova mudança na lógica do financiamento ocorrida no final de 1999, valorizando a cobertura populacional e aumentando significativamente os valores, proporcionou uma grande expansão em 2000 e 2001.

Em junho de 2002, a cobertura chega a praticamente 30% do total da população do país, sendo superior a 50 milhões de pessoas. Dos 5.561 municípios, 4.995 (89,82%) possuem equipes do PSF e/ou do PACS. Nos municípios de pequeno porte, de até 10 mil habitantes, a cobertura populacional média do país ultrapassa 60%, enquanto naqueles com mais de 100 mil habitantes a cobertura está próxima a 15%. Isso demonstra a importância de investir-se na expansão do PSF nos grandes centros urbanos, que se mantém bem abaixo da média nacional.

Em junho de 2003 o PSF contava com 17.610 equipes atendendo a mais de 55 milhões de pessoas em 90% dos municípios do país.

Em dezembro de 2010 o PSF contava com 31.600 equipes atendendo cerca de 100,1 milhões de pessoas, ou seja, 52,2% da população brasileira.

Entre os entraves à expansão frequentemente apontados pelos gestores municipais, em especial de municípios de grande porte, estão as formas de incentivos e estratégias de financiamento para os grandes municípios, a capacitação dos profissionais de saúde, a integração das equipes do PSF à rede já instalada, a necessidade de mudanças no processo de produção de serviços diante das novas demandas e necessidades da população, em áreas marcadas pela violência urbana e finalmente a necessidade de caracterizar o PSF não como uma política focalizada para a pobreza, mas como uma estratégia para consolidação dos princípios de um SUS verdadeiramente universal.

Para tentar reverter isso, o Ministério da Saúde, entre outros, criou o PROESF (Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família) que significa uma iniciativa do Ministério da Saúde, apoiada pelo Banco Mundial – BIRD, voltada para a organização e o fortalecimento da Atenção Básica à Saúde no país. Visa contribuir para a implantação e consolidação da estratégia de Saúde da Família em municípios com população acima de 100 mil habitantes e a elevação da qualificação do processo de trabalho e desempenho dos serviços, otimizando e assegurando respostas efetivas para a população, em todos os municípios brasileiros. O grande desafio colocado para o fortalecimento da Atenção Básica no país é a expansão da estratégia da Saúde da Família para os grandes centros urbanos. Nas áreas de maior concentração populacional, a heterogeneidade das condições econômico-sociais reflete-se também no desigual acesso e utilização dos serviços de saúde. Nos grandes centros urbanos, em que pese a maior disponibilidade de oferta de serviços de saúde, particularmente os de média e alta complexidade, observam-se barreiras ao acesso e oferta de ações básicas.

Resultados alcançados em 2015

Equipes de Saúde da Família

Total de Equipes de Saúde da Família implantadas: 40.162.

Total de municípios: 5.463.

Cobertura populacional: cobrindo 66,6% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 123 milhões de pessoas.

6 - As Equipes

As equipes são multidisciplinares, compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar (ou técnico) de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. A jornada de trabalho deve ser de 40 horas para todos os integrantes. Exceto para os médicos que podem fazer entre 20-40 horas semanais e ainda podem atuar em duas equipes de saúde da família como carga horária máxima de 40 horas semanais.

Atenção! Antigamente, considerava-se um mínimo de seis agentes comunitários por equipe. A última portaria da Atenção Básica é quem retirou um número mínimo. Esse conceito ainda vai ser muito visto por aí.

Atenção!

Os profissionais médicos podem fazer entre 20-40 horas semanais, enquanto os demais profissionais devem fazer 40 horas semanais; O médico pode atuar em duas Equipes de Saúde da Família com carga horária total de 40 horas semanais.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, uma equipe de PSF deve ser, no máximo, responsável por 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes.

As atribuições dos profissionais das equipes de saúde da família são:

Atribuições Comuns a Todos os Profissionais:

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

II - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

III - realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

IV - realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

V - garantir da atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;

VI - participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VIII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

IX - praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade;

X - realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

XI - acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;

XII - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica;

XIII - realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

XIV - realizar ações de educação em saúde à população adscrita, conforme planejamento da equipe;

XV - participar das atividades de educação permanente;

SAIBA MAIS...

➤NASF:

•É o núcleo de apoio à Saúde da Família. Formado por equipes de profissionais de diferentes áreas de atuação, que devem agir em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família. O NASF é entendido como uma potente estratégia para ampliar a abrangência e a diversidade das ações das ESF (Equipes de Saúde da Família), bem como sua resolubilidade, uma vez que promove a criação de espaços para a produção de novos saberes e ampliação da clínica. Possui como grande objetivo, trabalhar em parceria com os profissionais das ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF no qual o NASF está cadastrado. Desta maneira, o NASF **NÃO SE CONSTITUI PORTA DE ENTRADA** do sistema para os usuários, mas apoio às equipes de saúde da família. Tem como princípios, a responsabilização, a gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende, pela saúde da família.

➤Tipos de NASF:

•**NASF 1** deverá estar vinculado a, no mínimo, 5 (cinco) e, no máximo, 9 (nove) Equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais);

•**NASF 2** deverá estar vinculado a, no mínimo, 3 (três), e a, no máximo, 4 (quatro) Equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais);

•**NASF 3** deverá estar vinculado a, no mínimo 1 (uma) e a no máximo 2 (duas) Equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada.

➤Carga Horária Obrigatória

•NASF 1:

I - a soma das Cargas Horárias Semanais (CHS) dos profissionais da equipe deve acumular no mínimo 200 (duzentas) horas semanais;

II - nenhum profissional, considerado isoladamente poderá ter CHS menor que 20 (vinte) horas semanais; e

III - cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 80 (oitenta) horas de CHS.

•NASF 2:

I - a soma das cargas horárias semanais dos profissionais da equipe deve acumular no mínimo 120 (cento e vinte) horas semanais;

II - nenhum profissional, considerado isoladamente poderá ter CHS menor que 20 (vinte) horas semanais; e

III - cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (quarenta) horas de CHS.

•NASF 3:

I - a soma das cargas horárias semanais dos profissionais da equipe deve acumular no mínimo 80 (oitenta) horas semanais;

II - nenhum profissional, considerado isoladamente poderá ter CHS menor que 20 (vinte horas); e

III - cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (quarenta) horas de carga horária semanal.

Os NASF 1, NASF 2 e NASF 3, deverão ter os seguintes profissionais, de acordo com a lista a seguir: 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, profissionais graduados na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduados diretamente em uma dessas áreas.

XVI - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

XVII - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; e

XVIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

Outras atribuições específicas dos profissionais da Atenção Básica poderão constar de normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas.

Atribuições Específicas dos Profissionais:

Do Agente Comunitário de Saúde:

I - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

II - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

III - orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IV - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

V - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de 1 (uma) visita/família/mês;

VI - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

VII - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, como por exemplo, combate à dengue, à malária, à leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e

VIII - estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo

governo federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe.

Do Enfermeiro:

I - realizar atenção a saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;

III - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

IV - planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;

V - contribuir, participar, e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e

VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Do Médico:

I - realizar atenção a saúde aos indivíduos sob sua responsabilidade;

II - realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);

III - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

IV - encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário;

V - indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;

VI - contribuir, realizar e participar das atividades de Educação Permanente de todos os membros da equipe; e

VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem:

I - participar das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);

II - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

III - realizar ações de educação em saúde a população adstrita, conforme planejamento da equipe;

IV - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS; e

V - contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente.

Do Cirurgião Dentista:

I - realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;

II - realizar a atenção à saúde em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade;

III - realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares;

IV - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

V - coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

VII - realizar supervisão técnica do Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB); e

VIII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

7 - Financiamento

As novas diretrizes do financiamento para Saúde da Família e Atenção Básica foram

determinadas pela PORTARIA MS/GM Nº. 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. Veja o que ela diz:

O financiamento Federal desta política é composto por:

A) Recursos *per capita* (PAB fixo):

Transferido mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e do Distrito Federal com base num valor multiplicado pela população do Município.

B) Recursos para projetos específicos, tais como os recursos da Compensação das Especificidades Regionais (CER), do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, Recurso de Investimento/Estruturação e Recursos de Estruturação na Implantação;

C) Recursos de investimento:

Recursos destinados à estruturação dos serviços e ações da atenção básica, que podem ser repassados aos municípios/estados fundo a fundo ou através de convênio.

D) Recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas prioritários, tais como os recursos específicos para os municípios que implantarem as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Saúde Bucal, de Agentes Comunitários de Saúde, dos Núcleos de apoio à Saúde da Família, dos Consultórios na Rua, de Saúde da Família Fluviais e Ribeirinhas, de Atenção Domiciliar, Programa Saúde na Escola (PSE), microscopistas e a Academia da Saúde;

E) Recursos condicionados a resultados e avaliação do acesso e da qualidade, tal como o do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ).

O PMAQ tem como objetivo ampliar o acesso e a qualidade do cuidado na atenção básica. Ele se dará através de monitoramento e avaliação da atenção básica, e está atrelado a um incentivo financeiro para as gestões municipais que aderirem ao programa. O incentivo de qualidade é variável e dependente dos resultados alcançados pelas equipes e pela gestão municipal. Este incentivo será transferido a cada mês, tendo como base o número de equipes cadastradas no programa e os critérios definidos em portaria específica do PMAQ.

Os requisitos mínimos para a manutenção da transferência do Bloco da Atenção Básica:

- O Plano de Saúde municipal ou do Distrito Federal, e a programação anual de saúde aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, deve especificar a proposta de organização da Atenção Básica e explicitar como serão utilizados os recursos do Bloco da Atenção Básica.

- O Relatório de Gestão deverá demonstrar como a aplicação dos recursos financeiros resultou em ações de saúde para a população,

incluindo quantitativos mensais e anuais de produção de serviços de Atenção Básica.

OBS.: embora a portaria não explique muito bem isso, vocês repararam que os recursos do item B ao E fazem parte do PAB variável? (lembra do primeiro capítulo, na parte de financiamento?).

Da suspensão do repasse de recursos do Bloco da Atenção Básica:

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos do Bloco da Atenção Básica aos municípios e ao Distrito Federal, quando:

I - não houver alimentação regular, por parte dos municípios e do Distrito Federal, dos bancos de dados nacionais de informação, relacionados na portaria nº 3462 de 11 de novembro de 2010 (portaria que estabelece os critérios corretos para alimentação dos Bancos de Dados); e

II - forem detectados, por meio de auditoria federal ou estadual, malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos. A suspensão será mantida até a adequação das irregularidades identificadas.

SAIBA MAIS...

O Ministério da Saúde elevou o repasse de recursos para a Atenção Básica. Com isso o PAB fixo passou a variar de R\$23,00 a R\$28,00.

III – INSTRUMENTOS DE ABORDAGEM FAMILIAR E SUAS ESPECIFICAÇÕES

Como esse capítulo se refere à Atenção Básica e ao seu carro-chefe, a Estratégia de Saúde

da Família, temos que ter em mente que o profissional de saúde tem que saber lidar com a família (pai, mãe, filho...), pois só assim entenderemos sua estrutura e funcionalidade para diagnóstico e tratamento corretos.

A abordagem familiar é baseada em três pontos fundamentais:

A – Anatomia familiar: nomes, datas, profissão, escolaridade etc;

B – O ciclo de vida: representa a fase da vida da família e;

C – Funcionamento: as regras de convivência familiar.

A – Anatomia Familiar:

É realizada pelo Genograma e pelo Ecomapa.

Genograma

É a representação gráfica das interações familiares. Mostra através de símbolos as relações entre os membros da família (proximidade, abuso, separação...). Para ser construído precisa de pelo menos três gerações. Deve incluir: nomes; datas de eventos traumáticos; idades; ocupações; estado marital; emoções de proximidade, distância ou conflito entre os membros; casamentos prévios; filhos; e outras informações relevantes.

Observe na **FIGURA 1** os símbolos utilizados.

Ecomapa

O ecomapa serve para nos mostrar a relação da família com o meio que ela vive (vizinhos, amigos, igreja...). É um genograma mais simples com essas relações. Observe a **FIGURA 2**.

PROGRAMA NACIONAL DE VALORIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Seguindo uma tendência de valorização da Atenção Básica e dos profissionais relacionados com essa prática, em setembro de 2011, o Ministério da Saúde publicou uma nova Portaria, nº 2087/2011, que institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, com o objetivo de estimular e valorizar o profissional de saúde que atue em equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família.

Segundo essa Portaria, serão contemplados os médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas que já concluíram suas graduações, além de municípios considerados de difícil acesso.

Além disso, visando melhorar o Programa Saúde da Família, será oferecido a todos os profissionais que trabalham com Atenção Primária há pelo menos dois anos, um curso de especialização em Saúde da Família, promovido pelas instituições de ensino que participaram da comissão organizadora desse Programa.

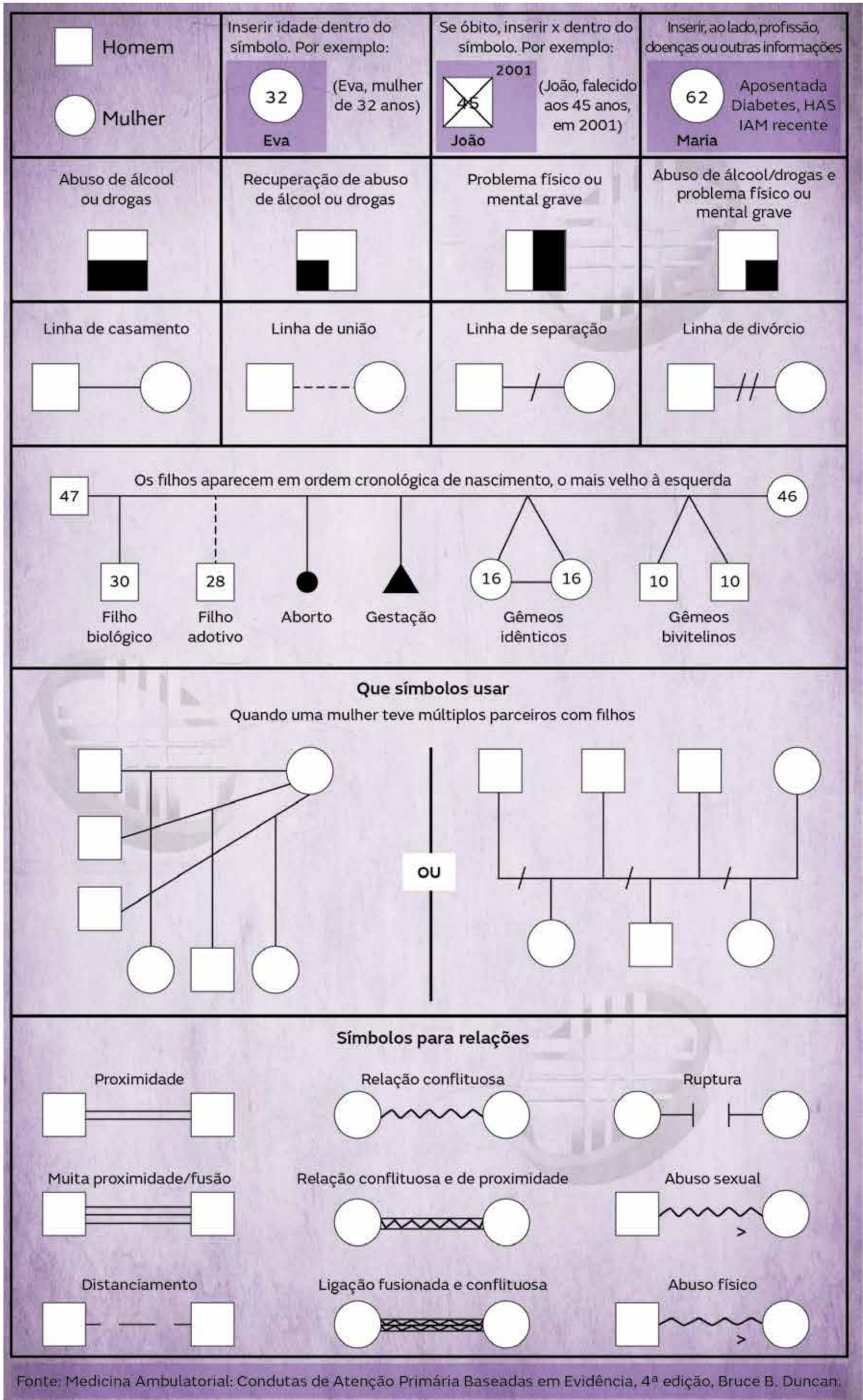
Com relação aos municípios que participarem desse Programa (em geral, os de difícil acesso), serão obrigados a contratar pelo menos doze profissionais, além de oferecer moradia para estes profissionais.

Além disso, foi definido que o profissional médico que participar desse programa será beneficiado com um bônus para ser usado nas provas de residência. Vamos ver o que diz a lei:

“Art. 10º. O profissional médico, após ser avaliado e desde que aprovado no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica e que pretender o ingresso em qualquer Programa de Residência Médica, fará jus a um bônus em sua pontuação no referido certame nos termos do disposto em Resolução da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).”

Além da especialização, a participação no programa poderá render bonificação de até 10% nos Concursos de Residência Médica em qualquer especialidade para os que ficarem um ano.

Fig. 1

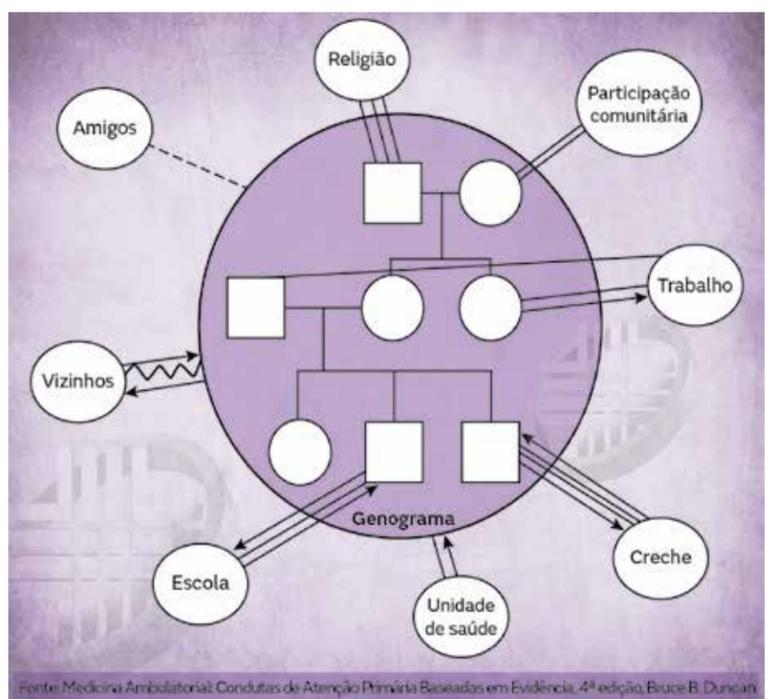


B – O Ciclo de Vida:

É o processo evolutivo que a família passa ao longo da vida. É compreendido pelas seguintes etapas:

- Adulto jovem independente: é o momento que o jovem começa a conseguir sua autonomia emocional e financeira;
- Casamento: é a união de dois adultos jovens e independentes;
- Nascimento do primeiro filho: é o início da transformação da vida do casal, com mudança no papel e no comportamento da família;

Fig. 2



- Família com filhos pequenos: começam os conflitos entre irmãos, a família se abre mais para o exterior (creche, escola...);
- Família com filhos adolescentes: os pais já estão na meia-idade, os filhos querem mais independência. Os filhos estão buscando a sua própria identidade;
- Ninho vazio: é a fase que os filhos estão saindo de casa, deixando os pais sozinhos.
- Aposentadoria: agora os pais tornam-se avós;
- Estágio tardio: velhice.

É importante salientar que as fases anteriormente citadas são chamadas de **Crises Evolutivas ou Previsíveis ou Normativas**, pois também existem as **Crises Imprevisíveis ou Paranormativas**, que são aquelas inesperadas ou adversas, como desemprego, morte precoce, separação, violência, mudança de domicílio...

C – O Funcionamento:

Aqui são avaliados a divisão de poder entre os casais, o padrão de comunicação, a autonomia, a intimidade... Para isso, podemos usar os seguintes instrumentos (vide **FIGURA 3**).

IV – O MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA

É um método que surge a partir das críticas do modelo centrado na doença. Aqui, a proposta é colocar a pessoa no centro da prática clínica.

Apresenta seis componentes:

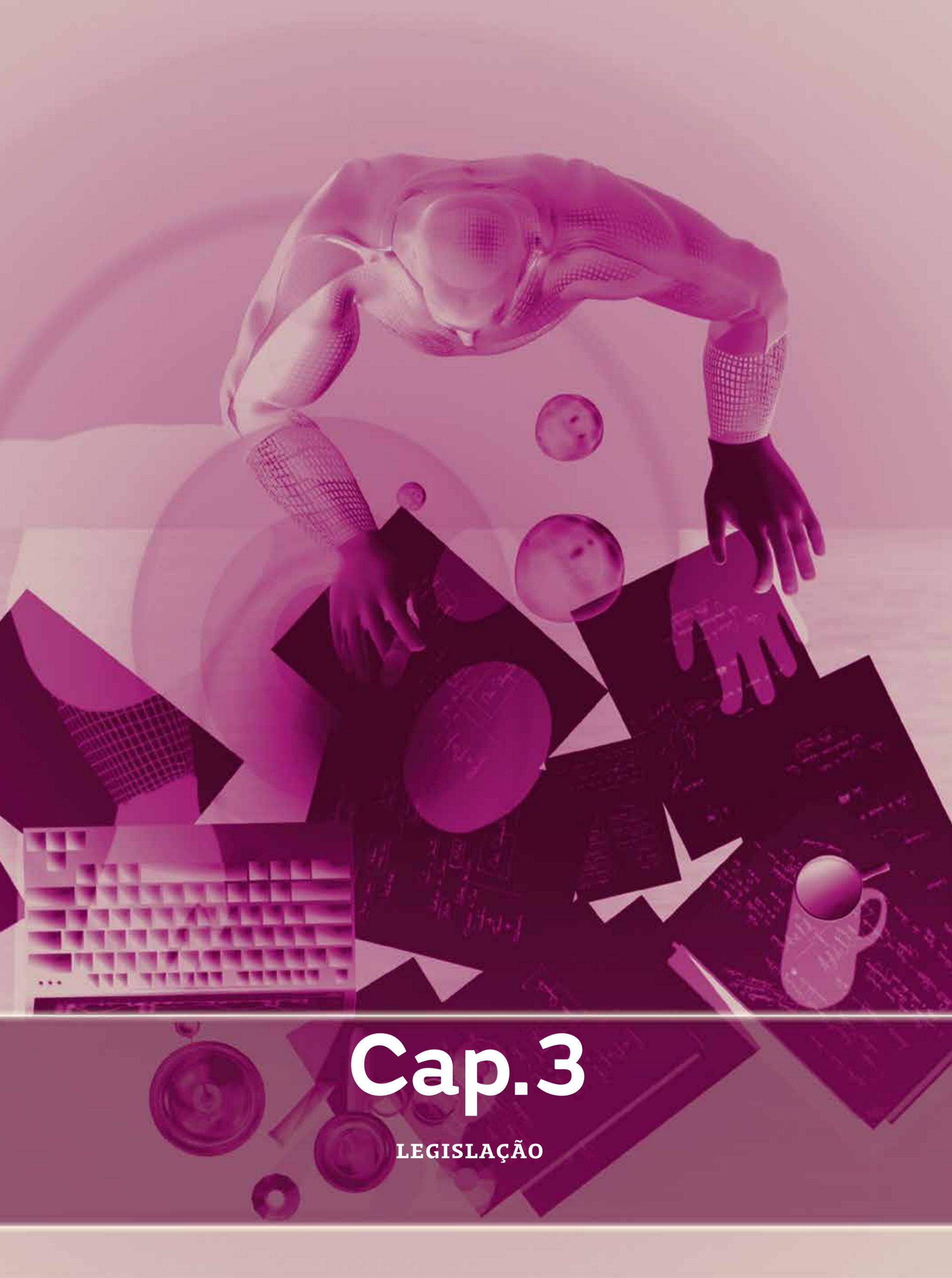
- 1 – Explorar da experiência pessoal com a doença (sentimentos em relação à doença, se a pessoa sabe o que está acontecendo com ela, como a doença está a afetando, expectativas em relação a médico, tratamento, consulta...);
- 2 – Entender a pessoa como um todo (conhecer a história da vida da pessoa);
- 3 – Elaboração de um plano em conjunto de manejo dos problemas (é considerado o ponto central do método centrado na pessoa, mostra a aplicabilidade da valorização do sujeito);
- 4 – Incorporação de prevenção e promoção da saúde;
- 5 – Intensificação do relacionamento entre pessoa e médico;
- 6 – Ser realista.

Resultados do método:

- As consultas não exigem mais tempo;
- Melhora do controle da hipertensão e da diabetes, bem como nos pacientes com sintomas inespecíficos;
- Diminuição das queixas de má prática médica;
- Redução dos sintomas em doenças mentais;
- Menor prescrição de neurolépticos;
- Menor solicitação de exames complementares;
- Médicos mais satisfeitos;
- Melhor relação médico paciente;
- Melhora na adesão ao tratamento;
- Melhora nos desfechos neonatais;
- Maior uso dos serviços preventivos;
- Melhora nos cuidados paliativos.

Fig. 3

| INSTRUMENTO | ESPECIFICAÇÕES | | | |
|---|--|---|-----------------------------|-------------------------------------|
| <p>A.P.G.A.R Familiar: Instrumento de avaliação destinado a refletir a satisfação de cada membro da família. A partir de um questionário predeterminado, as famílias são classificadas como funcionais, e moderadamente/ gravemente disfuncionais.</p> | <p>Adaptation (Adaptação) Partnership (Participação) Growth (Crescimento) Affection (Afeição) Resolve (Resolução)</p> | | | |
| <p>P.R.A.C.T.I.C.E.: Funciona como uma diretriz para avaliação do funcionamento das famílias. O instrumento é focado no problema, o que permite uma aproximação esquematizada para trabalhar com famílias.</p> | <p>Presenting problem (Problema apresentado) Roles and structure (Papéis e estrutura) Affect (Afeto) Comunication (Comunicação) Time of life cycle (Fase do ciclo de vida) Illness in family (Doença na família) Coping with stress (Enfrentamento do estresse) Ecology (Meio ambiente, rede de apoio)</p> | | | |
| <p>F.I.R.O.: Sigla de <i>Fundamental Interpersonal Relations Orientation</i> ou, em português, Orientações Fundamentais nas Relações Interpessoais, sendo categorizado como uma teoria de necessidades.</p> | | <p>INCLUSÃO (interação, associação)</p> | <p>CONTROLE (poder)</p> | <p>INTIMIDADE (amor, afeto)</p> |
| | <p>DEMANDA</p> | <p>Ser aceito, convidado</p> | <p>Ser guiado</p> | <p>Ser querido</p> |
| | <p>OFERECE</p> | <p>Interesse, busca da aceitação</p> | <p>Liderança</p> | <p>Ligação, aproximação</p> |



Cap.3

LEGISLAÇÃO

DA SAÚDE

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

Art. 197. São de relevância pública as áreas e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As áreas e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

p.1º O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recurso do orçamento da seguridade social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

p.2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento);

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e **p.3º**.

p.3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I - os percentuais de que tratam os incisos II e III do **p.2º**;

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios,

objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;

IV - (revogado).

p.4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação.

p.5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias.

p.6º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial.

p.7º Além das hipóteses previstas no **p.1º** do art. 41 e no **p.4º** do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

p.1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

p.2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

p.3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país, salvo nos casos previstos em lei.

p.4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo o tipo de comercialização.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da

execução das áreas de saneamento básico;

V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para o consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

LEI nº. 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1. 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.

TÍTULO I - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2. A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

p.1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às áreas e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

p.2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3. Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as áreas que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir as pessoas e a coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

TÍTULO II - DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 4. O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

p.1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

p.2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

CAPÍTULO I - Dos Objetivos e Atribuições

Art. 5. 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 p. 1º do art. 2 desta lei;
- III - a assistência às pessoas por intermédio de áreas de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das áreas assistenciais e das atividades preventivas.

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

I - a execução de áreas:

- 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 áreas 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;

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.

p.1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

p.2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

p.3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das áreas de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

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 a 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 as 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.

CAPÍTULO II - Dos Princípios e Diretrizes

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

CAPÍTULO III - Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8. As áreas e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9. A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo ministério da saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de saúde ou órgão equivalente.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as áreas e os serviços de saúde que lhes correspondam.

p.1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

p.2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das áreas de saúde.

Art. 11. (Vetado).

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

I - alimentação e nutrição;

II - saneamento e meio ambiente;

III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;

IV - recursos humanos;

V - ciência e tecnologia; e

VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e a cooperação técnica entre essas instituições.

Art. 14-A. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo:

I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde;

II - definir diretrizes de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados;

III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados.

Art. 14-B. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento.

p.1º O CONASS e o Conasems receberão recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Saúde, para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais, podendo ainda celebrar convênios com a União.

p.2º Os 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.

CAPÍTULO IV - Da Competência e das Atribuições

Seção I - Das Atribuições Comuns

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 áreas 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 áreas 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;

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, áreas 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.

Seção II - Da Competência

Art. 16. À direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;

II - participar na formulação e na implementação das políticas:

- a) de controle das agressões ao meio ambiente;
- b) de saneamento básico; e
- c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho.

III - definir e coordenar os sistemas:

- a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;
- b) de rede de laboratórios de saúde pública;
- c) de vigilância epidemiológica; e
- d) vigilância sanitária.

IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgãos afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

VI - coordenar e participar na execução das áreas de vigilância epidemiológica;

VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;

IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e áreas de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as áreas e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;

II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

- a) de vigilância epidemiológica;
- b) de vigilância sanitária;
- c) de alimentação e nutrição; e
- d) de saúde do trabalhador.

V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;

VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;

VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;

XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV - executar serviços:

- a) de vigilância epidemiológica;
- b) vigilância sanitária;
- c) de alimentação e nutrição;
- d) de saneamento básico; e
- e) de saúde do trabalhador.

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

CAPÍTULO V - Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei.

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração.

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País.

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações.

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional.

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado.

p.1º O Subsistema de que trata o caput deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

p.2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações.

p.3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso.

CAPÍTULO VI - Do Subsistema de Atendimento e Internação Domiciliar

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar.

p.1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.

p.2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.

p.3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família.

CAPÍTULO VII - Do Subsistema de Acompanhamento Durante o Trabalho de Parto, Parto e Pós-Parto Imediato

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

p.1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.

p.2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo.

p.3º Ficam os hospitais de todo o País obrigados a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito estabelecido no **caput** deste artigo.

Art. 19-L. (Vetado)

CAPÍTULO VIII - Da Assistência Terapêutica e da Incorporação de Tecnologia em Saúde

Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea *d* do inciso I do art. 6º consiste em:

I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P;

II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde – SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado.

Art. 19-N. Para os efeitos do disposto no art. 19-M, são adotadas as seguintes definições:

I - produtos de interesse para a saúde: órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos;

II - protocolo clínico e diretriz terapêutica: documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos

e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.

Art. 19-O. Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha.

Art. 19-P. Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada:

I - com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite;

II - no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite;

III - no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada no Conselho Municipal de Saúde.

Art. 19-Q. A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

p.1º A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento são definidos em regulamento, contará com a participação de 1 (um) representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina.

p.2º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente:

I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso;

II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível.

Art. 19-R. A incorporação, a exclusão e a alteração a que se refere o art. 19-Q serão efetuadas mediante a instauração de processo administrativo, a ser concluído em prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolado o pedido, admitida a sua prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem.

p.1º O processo de que trata o caput deste artigo observará, no que couber, o disposto na Lei no 9.784, de 29 de janeiro de 1999, e as seguintes determinações especiais:

I - apresentação pelo interessado dos documentos e, se cabível, das amostras de produtos, na forma do regulamento, com informações necessárias para o atendimento do disposto no § 2º do art. 19-Q;

II - (Vetado);

III - realização de consulta pública que inclua a divulgação do parecer emitido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS;

IV - realização de audiência pública, antes da tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento.

p.2º (Vetado).

Art. 19-S. (Vetado).

Art. 19-T. São vedados, em todas as esferas de gestão do SUS:

I - o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;

II - a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa.

Art. 19-U. A responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos de interesse para a saúde ou procedimentos de que trata este Capítulo será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite.

TÍTULO III - DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CAPÍTULO I - Do Funcionamento

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 prin-

cípios Éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos:

I - doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos;

II - pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar:

a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e

b) ações e pesquisas de planejamento familiar.

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

IV - demais casos previstos em legislação específica.

CAPÍTULO II - Da Participação Complementar

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.

p.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.

p.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.

p.3º (Vetado).

p.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).

TÍTULO IV - DOS RECURSOS HUMANOS

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;

II - (Vetado);

III - (Vetado);

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 exercidos em regime de tempo integral.

p.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).

p.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. 29. (Vetado).

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

TÍTULO V - DO FINANCIAMENTO

CAPÍTULO I - Dos Recursos

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

Previdência Social e da 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:

I - (Vetado);

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);

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

p.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.

p.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.

p.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).

p.4º (Vetado).

p.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.

p.6º (Vetado).

CAPÍTULO II - Da Gestão Financeira

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.

~~**p.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.~~

p.2º (Vetado).

p.3º (Vetado).

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

p.1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

p.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.

p.3º (Vetado).

p.4º (Vetado).

p.5º (Vetado).

p.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.

CAPÍTULO III - Do Planejamento e do Orçamento

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se às necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

p.1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

p.2º ...vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

CAPÍTULO IV - Das Disposições Finais e Transitórias

Art. 39. (Vetado).

p.1º (Vetado).

p.2º (Vetado).

p.3º (Vetado).

p.4º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do INAMPS para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

p.5º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros bens móveis e ficarão disponíveis para utilização pelo órgão de direção municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) ou, eventualmente, pelo estadual,

em cuja circunscrição administrativa se encontrem, mediante simples termo de recebimento.

p.7º (Vetado).

p.8º O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerência informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

Art. 40. (Vetado).

Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42. (Vetado).

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44. (Vetado).

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

p.1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

p.2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme se dispuser em

convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46. O Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e as empresas nacionais.

Art. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48. (Vetado).

Art. 49. (Vetado).

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 51. (Vetado).

Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, art. 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Art. 53. (Vetado).

Art. 53-A. Na qualidade de ações e serviços de saúde, as atividades de apoio à assistência à saúde são aquelas desenvolvidas pelos laboratórios de genética humana, produção e fornecimento de medicamentos e produtos para saúde, laboratórios de análises clínicas, anatomia patológica e de diagnóstico por imagem e são livres à participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros.

Art. 54. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. São revogadas a Lei nº. 2.312, de 3 de setembro de 1954, a Lei nº. 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

LEI nº. 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990

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.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º. O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

- I - a Conferência de Saúde;
- II - o Conselho de Saúde.

p.1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

p.2º O Conselho de Saúde, 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 homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

p.3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

p.4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

p.5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Art. 2º. Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º. Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma

regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

p.1º Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo.

p.2º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

p.3º Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei.

Art. 4º. Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - fundo de Saúde;

II - conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Art. 5º. É o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta lei.

Art. 6º. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º. Revogam-se as disposições em contrário.

PACTO PELA SAÚDE 2006 - Consolidação do SUS PORTARIA nº. 399/GM DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006

APRESENTAÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política pública que acaba de completar uma década e meia de existência. Nesses poucos anos, foi construído no Brasil, um sólido

sistema de saúde que presta bons serviços à população brasileira.

O SUS tem uma rede de mais de 63 mil unidades ambulatoriais e de cerca de 6 mil unidades hospitalares, com mais de 440 mil leitos. Sua

produção anual é aproximadamente de 12 milhões de internações hospitalares; 1 bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde; 150 milhões de consultas médicas; 2 milhões de partos; 300 milhões de exames laboratoriais; 132 milhões de atendimentos de alta complexidade e 12 mil transplantes de órgãos. Além de ser o 2º país do mundo em número de transplantes, é internacionalmente reconhecido pelo seu progresso no atendimento universal às DST/AIDS, na implementação do Programa Nacional de Imunização e no atendimento relativo à Atenção Básica. Tem uma avaliação positiva dos que o utilizam rotineiramente e está presente em todo território nacional.

Ao longo de sua história, houve muitos avanços e também desafios permanentes a superar. Isso tem exigido, dos gestores do SUS, um movimento constante de mudanças, pela via das reformas incrementais. Contudo, esse modelo parece ter se esgotado, de um lado, pela dificuldade de imporem-se normas gerais a um país tão grande e desigual; de outro, pela sua fixação em conteúdos normativos de caráter técnico-processual, tratados, em geral, com detalhamento excessivo e enorme complexidade.

Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas, os gestores do SUS assumem o compromisso público, da construção de um **PACTO PELA SAÚDE 2006**, anualmente revisado, que tenha como base os princípios constitucionais do SUS, com ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas sob a forma de três pactos: **Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS**.

Estas prioridades são expressas em objetivos e metas no Termo de Compromisso de Gestão e estão detalhadas no Documento Diretrizes Operacionais para os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

OS TRÊS PACTOS

I - O PACTO PELA VIDA

O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.

Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.

As prioridades do PACTO PELA VIDA e seus objetivos para 2006 são:

1. SAÚDE DO IDOSO:

- Implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral.

2. CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA:

- Contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama.

3. MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA:

- Reduzir a mortalidade materna, infantil neonatal, infantil por doença diarreica e por pneumonias.

4. DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENÍASE, TUBERCULOSE, MALÁRIA E INFLUENZA:

- Fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças emergentes e endemias.

5. PROMOÇÃO DA SAÚDE:

- Elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular alimentação saudável e combate ao tabagismo.

6. ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:

- Consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família (PSF) como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS.

II - O PACTO EM DEFESA DO SUS

O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal.

A concretização desse Pacto passa por um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade brasileira, extrapolando os limites do setor e vinculada ao processo de instituição da saúde como direito de cidadania, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais.

As prioridades do Pacto em Defesa do SUS são:

1. IMPLEMENTAR UM PROJETO PERMANENTE DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL COM A FINALIDADE DE:

- Mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos;
- Alcançar, no curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional nº. 29, pelo Congresso Nacional;
- Garantir, no longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde;
- Aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas.

2. ELABORAR E DIVULGAR A CARTA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DO SUS.

III - O PACTO DE GESTÃO DO SUS

O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

Esse Pacto parte de uma constatação indiscutível: o Brasil é um país continental e com muitas diferenças e iniquidades regionais. Mais do que definir diretrizes nacionais, temos que avançar na regionalização e descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios, e uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais.

Esse Pacto radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e, destes, para os municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional.

Reitera a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio a sua qualificação.

Explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite: busca critérios de

alocação equitativa dos recursos; reforça os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; integra em grandes blocos o financiamento federal e estabelece relações contratuais entre os entes federativos.

As prioridades do Pacto de Gestão são:

1) DEFINIR DE FORMA INEQUÍVOCA A RESPONSABILIDADE SANITÁRIA DE CADA INSTÂNCIA GESTORA DO SUS: federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação.

2) ESTABELECER AS DIRETRIZES PARA A GESTÃO DO SUS, com ênfase na Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Este **PACTO PELA SAÚDE 2006** pactuado pelos gestores federal, estaduais e municipais do SUS, na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006, é abaixo assinado pelo Ministro da Saúde, o Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e será operacionalizada por meio do documento de **DIRETRIZES OPERACIONAIS PARA O PACTO PELA SAÚDE 2006.**

SARAIVA FELIPE, *Ministro da Saúde*

MARCUS PESTANA, *Presidente do CONASS*

SÍLVIO FERNANDES, *Presidente do Conasems*

PACTO PELA VIDA 2008

Em fevereiro de 2008, o Ministério da Saúde liberou a portaria nº. 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008, que estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Veja os seus artigos:

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições previstas no inciso II, do parágrafo único do art. 87 da Constituição Federal;

Resolve:

Art. 1º. Estabelecer as seguintes prioridades do Pacto pela Vida para o ano de 2008:

I - atenção à saúde do idoso;

II - controle do câncer de colo de útero e de mama;

III - redução da mortalidade infantil e materna;

IV - fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase

na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e AIDS;

V - promoção da saúde;

VI - fortalecimento da atenção básica;

VII - saúde do trabalhador;

VIII - saúde mental;

IX - fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência;

X - atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; e

XI - saúde do homem.

Art. 2º. Publicar o Relatório de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, constante no Anexo a esta Portaria.

Art. 3º. Estabelecer as seguintes orientações e, excepcionalmente para o ano de 2008, prazos

para pactuação unificada das metas dos indicadores do Pacto pela Saúde entre União, Distrito Federal e Estados:

I - a formalização do processo de negociação e pactuação das metas será realizada no aplicativo SISPACTO, cujas orientações de uso estão disponíveis em manual operativo no endereço eletrônico: www.saude.gov.br/sispacto;

II - o Ministério da Saúde proporá, a partir da publicação desta Portaria, metas dos indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, para cada Estado;

III - as Secretarias Estaduais de Saúde, mediante pactuação bipartite, devem manifestar-se formalmente ao Ministério da Saúde sobre as metas propostas e este deve se posicionar formalmente frente às manifestações até 21 de março de 2008; e

IV - as metas estaduais e do Distrito Federal serão encaminhadas à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para homologação na reunião ordinária de abril de 2008.

Art. 4º. Estabelecer o prazo de 30 de maio de 2008 para pactuação unificada das metas dos indicadores do Pacto pela Saúde entre Estados e Municípios no ano de 2008.

Art. 5º. As metas estaduais e municipais devem ser pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Art. 6º. As metas pactuadas pelos Municípios, Estados, Distrito Federal e União deverão ser aprovadas nos respectivos Conselhos de Saúde.

Art. 7º. O processo de pactuação unificada dos indicadores deve ser orientado pelas seguintes diretrizes:

I - ser articulado com o Plano de Saúde e sua Programação Anual, promovendo a participação das várias áreas técnicas envolvidas no Pacto pela Saúde;

II - guardar coerência com os pactos firmados nos Termos de Compromisso de Gestão;

III - ser precedido da análise do Relatório de Gestão do ano anterior, identificando as atividades desenvolvidas e as dificuldades relacionadas à sua implantação;

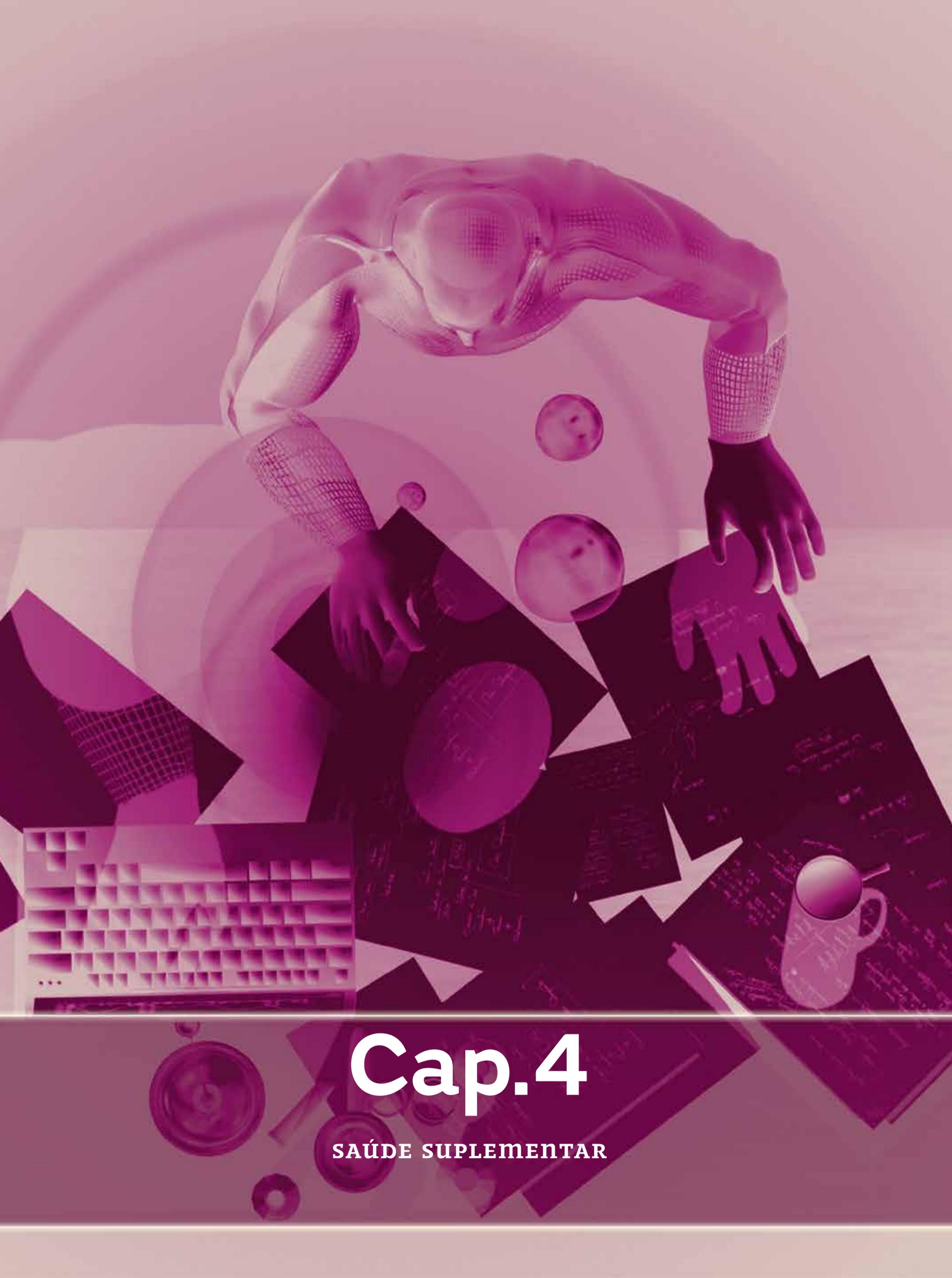
IV - ser fundamentado pela análise da situação de saúde, com a identificação de prioridades de importância sanitária locorregional e a avaliação dos indicadores e metas pactuados em 2007; e

V - desenvolver ações de apoio e cooperação técnica entre os entes para qualificação do processo de gestão.

SAIBA MAIS...

Em 7 de dezembro de 2010 foi publicada a Portaria nº. 3840 que inclui o Monitoramento da Saúde Bucal no Pacto pela Saúde para o ano de 2011.





Cap.4

SAÚDE SUPLEMENTAR

SAÚDE SUPLEMENTAR

Fonte: Publicações e Legislação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – Disponível em www.ans.gov.br

CATEGORIAS DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

Atualmente temos as seguintes categorias de saúde suplementar (principais): as medicinas de grupo (mais frequente), autogestão, seguradoras, cooperativa médica e filantropia.

Veja como elas funcionam:

- **Autogestão:** são os planos próprios patrocinados ou não pelas empresas empregadoras, constituindo um segmento não comercial do mercado de planos e seguro. Os planos próprios das empresas tanto podem administrar programas de assistência médica para seus funcionários (autogestão), como podem contratar terceiros para administrá-los (planos de administração); no primeiro caso, não existem intermediários entre o usuário (empregados e dependentes) e o prestador de serviços de saúde, e as empresas administram programas de assistência diretamente, ou via Caixas e Fundações. Estes planos adotam regimes de credenciamento (convênios) ou de livre escolha (reembolso). A empresa que implanta o sistema de autogestão, ou de planos administrados, estabelece o formato do plano, define o credenciamento dos médicos e dos hospitais, e estabelece as carências e as coberturas.

- **Cooperativas de trabalho médico – UNIMED'S:** são organizadas segundo as leis do cooperativismo. Nessas, os médicos (e outros profissionais da área da saúde) cooperados são, simultaneamente, sócios da cooperativa e prestadores de serviço. E recebem pagamento proporcional ao tipo e ao volume do atendimento, acrescido de um valor que procede do rateio do lucro final das unidades de um dado município. A vinculação dos usuários

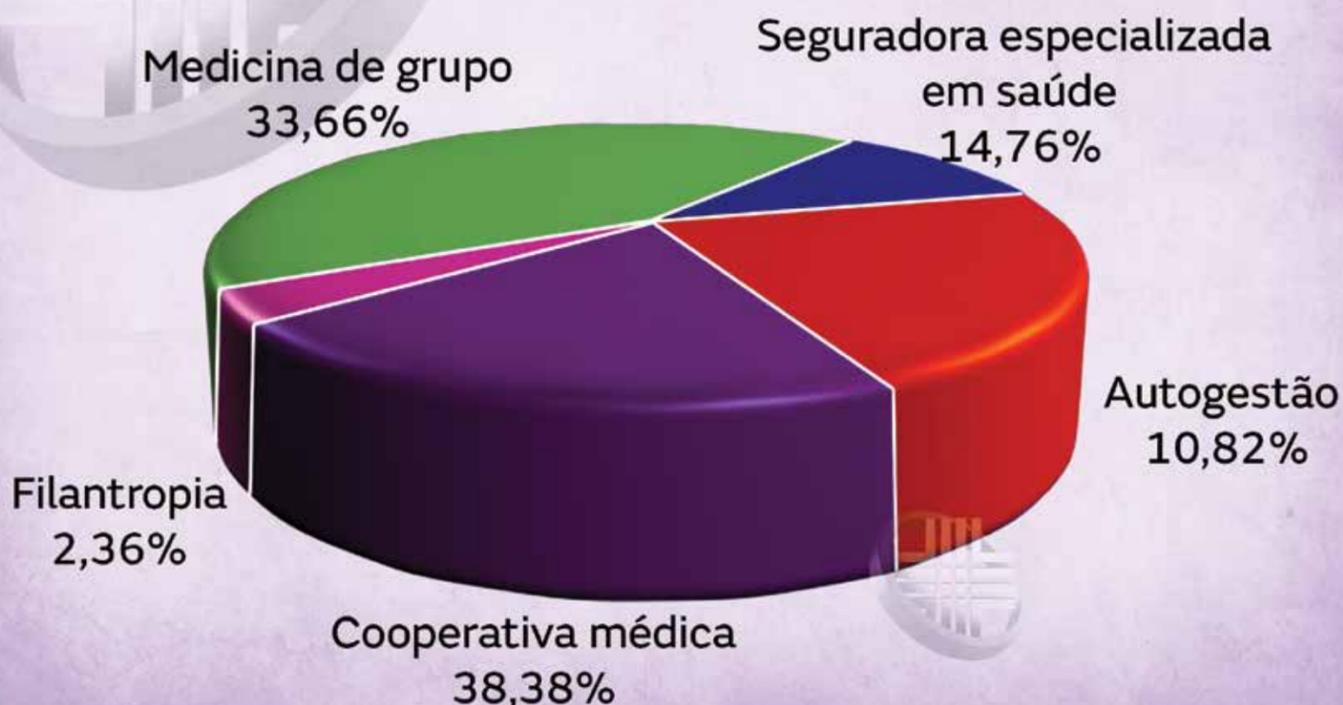
se faz mediante pré-pagamento a planos individuais, familiares e empresariais.

- **Seguradoras:** vinculadas ou não a bancos, representam a modalidade empresarial mais recente no mercado de assistência médica suplementar. Esse segmento utiliza-se do custo da saúde para o cálculo das prestações dos planos e realiza uma seleção de riscos mais rigorosa, dado que se referenciam na lógica securitária.

- **As medicinas de grupo:** essas empresas, em sua maioria, não dispõem de serviços próprios e, predominantemente, contratam serviços médicos de terceiros; sua estrutura inclui o credenciamento de médicos, de hospitais e de serviços auxiliares de diagnóstico e de terapêutica. O acesso dos segurados a estes serviços está vinculado ao pré-pagamento de planos de empresas, e de planos individuais e familiares, com diferentes níveis de cobertura e de qualidade de serviço. O contratante paga antecipadamente pelos serviços de assistência médica e tem direito à cobertura dos eventos previstos no contrato; a cobertura pode dar-se tanto por intermédio de serviços próprios do contratado quanto através de uma rede conveniada, caso em que o contratado remunera os serviços profissionais e hospitalares prestados ao segurado.

- **Filantropia:** aqui lidamos com entidades sem fins lucrativos, mas que operam planos privados de assistência à saúde. Para isso, têm que ser certificadas como entidades filantrópicas junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), e declaradas de utilidade pública junto ao Ministério da Justiça ou junto aos órgãos dos Governos Estaduais e Municipais.

Distribuição percentual dos beneficiários de planos de assistência médica, por modalidade da operadora (Brasil - Março/2015)



TIPOS DE COBERTURA ASSISTENCIAL

Ambulatorial

Engloba os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, incluindo exames. Este segmento **não cobre internação hospitalar**.

Hospitalar sem obstetrícia

Compreende os procedimentos realizados durante a internação hospitalar, **não tendo cobertura ambulatorial**.

Hospitalar com obstetrícia

Inclui os atendimentos realizados durante a internação hospitalar e os procedimentos obstétricos, como pré-natal e parto.

Odontológico

Engloba os procedimentos odontológicos realizados em consultório. Inclui exames clínicos, radiologia, prevenção, dentística (restaurações), endodontia (tratamento de canal), periodontia (tratamentos de gengiva) e cirurgia.

Plano Referência

É o tipo de plano que garante a assistência ambulatorial, hospitalar e obstétrica em todo o território brasileiro, com padrão de acomodação em enfermaria. É obrigatório para operadoras oferecerem o plano referência. As operadoras poderão oferecer combinações diferentes, como: plano com cobertura ambulatorial + cobertura hospitalar com obstetrícia ou o plano com cobertura hospitalar + cobertura odontológica. Cabe ao consumidor escolher o produto que oferecer mais vantagens.

A partir de quando o contrato com a operadora começa a vigorar?

O início da vigência do contrato será a partir da data da assinatura da proposta de adesão, ou da assinatura do contrato, ou da data de pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer em primeiro lugar.

- O Plano referência garante ao consumidor cobertura integral para urgência e emergência após 24 horas da vigência do contrato.

CARÊNCIA

É o período em que o consumidor não tem direito a algumas coberturas após a contratação do plano.

Tempo de carência

Os períodos de carência são contados a partir do início da vigência do contrato. Após cumprida a carência, o consumidor terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação. Os prazos máximos de carência estabelecidos na Lei 9.656/98 são:

- Urgência e emergência – 24 horas;
- Parto a partir da 38ª semana de gravidez – 300 dias;
- Demais casos (consultas, exames, internações, cirurgias) – 180 dias.

Obs.: Quando o parto ocorre antes é tratado como um procedimento de urgência.

ATENÇÃO:

Em 14 de janeiro de 2009, foi publicada a resolução normativa sobre a portabilidade de carências, ou seja, mudar de uma operadora para outra e não precisar mais aguardar meses ou anos para carências de doenças preexistentes. Veja abaixo os requisitos que devem ser seguidos simultaneamente para terem o direito:

- I – estar adimplente junto à operadora do plano de origem;*
- II – possuir prazo de permanência:*
 - a) na primeira portabilidade de carências, no mínimo dois anos no plano de origem ou no mínimo três anos na hipótese do beneficiário ter cumprido cobertura parcial temporária; ou*
 - b) nas posteriores, no mínimo dois anos de permanência no plano de origem.*

III – o plano de destino estar em tipo compatível com o do plano de origem, conforme disposto no Anexo desta Resolução;

IV – a faixa de preço do plano de destino ser igual ou inferior à que se enquadra o seu plano de origem, considerada a data da assinatura da proposta de adesão; e

V – o plano de destino não estar com registro em situação “ativo com comercialização suspensa”, ou “cancelado”.

| Segmento | Cobertura | | | | | |
|----------------------------|-----------|--------|--|-------------|--------|---------------------------|
| | Consultas | Exames | Tratamentos e outros procedimentos ambulatoriais | Internações | Partos | Tratamentos odontológicos |
| Ambulatorial | X | X | X | | | |
| Hospitalar sem obstetrícia | | | | X | | |
| Hospitalar com obstetrícia | | | | X | X | |
| Odontológico | | | | | | X |
| Referência | X | X | X | X | X | |

E mais:

A portabilidade de carências deve ser requerida pelo beneficiário no período compreendido entre o primeiro dia do mês de aniversário do contrato e o último dia útil do mês subsequente. Não poderá haver cobrança de custas adicionais em virtude do exercício do direito previsto nesta Resolução, seja pela operadora de plano de origem ou pela operadora de plano de destino.

Não poderá haver discriminação de preços de planos em virtude da utilização da regra de portabilidade de carências.

Em planos de contratação familiar, a portabilidade de carências poderá ser exercida individualmente por cada beneficiário ou por todo o grupo familiar.

Para a portabilidade de carências de todo o grupo familiar, é necessário o cumprimento dos requisitos desta Resolução por todos os beneficiários cobertos pelo contrato.

TIPOS DE CONTRATOS

Os contratos de plano de saúde podem ser individuais/familiares ou coletivos.

Contrato Individual ou Familiar – É aquele oferecido para a livre adesão das pessoas físicas, com ou sem seu grupo familiar. Caracteriza-se o plano como familiar quando abrange dependentes ou grupo familiar.

Contrato Coletivo – Os contratos coletivos são firmados por pessoas jurídicas com as operadoras e destinados a grupos determinados de pessoas. Poderá prever ou não a inclusão de dependentes. Além disso, há algumas regras diferenciadas dos contratos individuais/familiares, como por exemplo, a forma de aumento de mensalidade e de rescisão contratual. Há dois tipos de contratos coletivos:

- **Contrato Coletivo Empresarial** – É aquele em que a adesão do beneficiário ao plano é automática e obrigatória;

- **Contrato Coletivo por Adesão** – É aquele em que a adesão ao plano é opcional e espontânea.

DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Doenças e lesões preexistentes são aquelas que o consumidor ou seu responsável saiba ser portador, na época da contratação do plano de saúde. Para saber se o consumidor é portador de doenças ou lesões preexistentes, a operadora poderá exigir, no momento da contratação, o preenchimento de uma declaração de saúde. Esta consiste em um formulário, elaborado pela operadora, para registro de informações sobre as doenças ou lesões que o consumidor seja portador, e das quais tenha conhecimento no momento da contratação, com relação a si e a todos os dependentes integrantes de seu contrato.

ATENÇÃO:

- A declaração deverá fazer referência, exclusivamente, a doenças ou lesões das quais o consumidor saiba ser portador no momento da contratação.

- Não são permitidas perguntas sobre sintomas ou uso de medicamentos. Além disso, o formulário da declaração de saúde deve ser redigido em linguagem simples, sem o uso de termos técnicos ou científicos pouco conhecidos.

O consumidor, se desejar, poderá ser orientado no preenchimento da declaração de saúde, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou poderá optar por um profissional de sua livre escolha, arcando com os custos.

Como o paciente e as operadoras lidam com as doenças ou lesões preexistentes no contrato?

Constatada a doença ou lesão preexistente, a operadora é obrigada a oferecer as seguintes opções, no momento da contratação:

Agravo – É um acréscimo no valor da mensalidade do plano de saúde do portador de doença ou lesão preexistente. Esse acréscimo será proporcional à cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados à doença ou lesão preexistente. Para os consumidores que tenham feito a opção de agravo, sua cobertura médica será irrestrita, nos termos da legislação, após cumpridos os prazos de carência.

Cobertura parcial temporária – Caracteriza-se por um período de até 24 meses, estabelecido em contrato, durante o qual o consumidor não terá cobertura para aquelas doenças e lesões preexistentes declaradas. Neste período, pode haver exclusão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados diretamente às doenças ou lesões preexistentes. Os demais procedimentos para as doenças ou lesões preexistentes (consultas e diversos exames) serão cobertos pela operadora, de acordo com o tipo de plano contratado, após o cumprimento dos prazos de carência. Após os 24 meses, será integral a cobertura prevista na legislação e no contrato. Nos contratos celebrados a partir de 8/5/2001, quando constatada doença ou lesão preexistente e houver opção pela cobertura parcial temporária, devem constar no contrato ou em aditivo contratual, de forma clara, os procedimentos de alta complexidade suspensos por até 24 meses.

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A legislação de saúde suplementar determina que é obrigatório o atendimento nos casos de urgência e emergência, a partir de 24 horas da vigência do contrato, devendo ser observadas as regras de cobertura para cada tipo de plano. Atendimentos na urgência e emergência por tipo de plano.

A assistência médica para urgência e emergência por tipo de plano deve garantir a atenção e

atuar no sentido da preservação da vida, órgãos e funções. O atendimento varia de acordo com a segmentação de cobertura do plano contratado. Observe, a seguir, como se dá a assistência de acordo com cada segmento de plano.

Plano ambulatorial – Para os consumidores com plano ambulatorial, a cobertura para urgência e emergência é garantida exclusivamente para os procedimentos realizados em ambiente ambulatorial. Caso ainda esteja cumprindo carências, mas após 24 horas do início da vigência do contrato, o consumidor terá assistência ambulatorial limitada às primeiras doze horas, desde que o quadro não evolua para internação ou que seja necessária a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar. Após esse período, caberá à operadora o ônus e a responsabilidade pela remoção do consumidor para uma unidade do SUS que disponha de recursos necessários à continuidade do tratamento, só cessando sua responsabilidade quando efetuado o registro nessa unidade.

A remoção tem que ser realizada por ambulância com os recursos necessários para garantir a manutenção da vida e somente pode ser autorizada pelo médico assistente. Caso o consumidor opte pela permanência no hospital ou pela transferência para outro estabelecimento particular, as despesas passarão a ser de sua responsabilidade. Quando não puder ocorrer a remoção por risco de morte, o consumidor e o hospital deverão negociar entre si, desobrigando a operadora de qualquer ônus.

Plano hospitalar sem obstetrícia – Para as urgências decorrentes de complicações na gravidez (procedimento não coberto por esta segmentação de plano), o consumidor terá assegurado o atendimento ambulatorial por até doze horas ou em prazo menor se o quadro evoluir para internação ou se for necessária a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar com obstetrícia. Para os casos de urgência decorrentes de acidente pessoal, após 24 horas do início da vigência do contrato, o consumidor com plano hospitalar sem obstetrícia terá assistência integral, sem restrições. Para os casos de emergência, quando o consumidor ainda está cumprindo prazos de carência, mas já decorridas 24 horas do início da vigência do contrato, há garantia de atendimento em ambiente ambulatorial por doze horas, ou em prazo menor, se o quadro evoluir para internação ou se for necessária a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar. Os consumidores com plano hospitalar sem obstetrícia têm assegurada a assistência integral nos casos de urgência e emergência, após cumpridos os prazos de carência de 180 dias.

Plano hospitalar com obstetrícia – Para os casos de urgência decorrentes de acidente pessoal, após 24 horas do início da vigência do contrato, o consumidor com plano hospitalar com obstetrícia terá assistência integral, sem restrições. Para as urgências resultantes de complicações na gravidez e para as emergências, quando o consumidor ainda está cumprindo prazos de carência, mas já

decorridas 24 horas do início da vigência do contrato, está garantido o atendimento em ambiente ambulatorial por doze horas, ou em prazo menor, se o quadro evoluir para internação ou se for necessária a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar. Os consumidores com plano hospitalar com obstetrícia têm assegurada a assistência integral nos casos de urgência e emergência, após cumpridos os prazos de carência de 180 dias.

Plano odontológico – A assistência às urgências e emergências odontológicas está garantida para os consumidores de plano odontológico, após 24 horas do início da vigência do contrato. A legislação determina quais são os procedimentos odontológicos de urgência e emergência, entre elas hemorragia bucal, drenagens de abscessos, curativos em caso de dor, imobilização dentária, recimentação de prótese, tratamento de alveolite e colagem de fragmentos dentários.

Plano referência – Após as 24 horas do início da vigência do contrato, será garantida a cobertura integral (ambulatorial e hospitalar) para urgência e emergência aos consumidores de plano referência, sem qualquer tipo de limitação, a não ser para os casos de doenças ou lesões preexistentes.

Atendimento de emergência em psiquiatria – É obrigatório o atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem risco de vida ou danos físicos para o próprio ou para terceiros, incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão e, ainda, as situações que provoquem risco de danos morais e patrimoniais importantes. O atendimento de emergência em psiquiatria está submetido às mesmas regras dos demais casos de emergência, de acordo com o segmento de cobertura do plano contratado.

Atendimento de urgência/emergência decorrente de doença ou lesão preexistente quando em cobertura parcial temporária – Nos planos hospitalares e referência, o atendimento de urgência/emergência, quando decorrente de doença ou lesão preexistente, ainda em cumprimento de cobertura parcial temporária, será limitado as primeiras doze horas em ambulatório ou em prazo inferior, se o quadro evoluir para internação.

Atendimento de urgência e emergência fora da área de abrangência geográfica prevista em contrato – A operadora não será responsável pela cobertura de urgência e emergência e nem pelo reembolso dessas despesas, quando o atendimento se der fora da área de abrangência geográfica prevista em contrato.

Remoção do paciente por falta de recursos na unidade de saúde nos casos de urgência e emergência. – A operadora deverá garantir a cobertura de remoção, após realizados os atendimentos classificados como de urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pelo hospital para a continuidade do atendimento ao consumidor.

Reembolso de despesas de urgência e emergência – É garantido o reembolso de despesas efetuadas pelo consumidor em casos de urgência e emergência, quando não for possível a utilização dos serviços oferecidos pela operadora, nos limites das obrigações contratuais. O

reembolso deverá ser efetuado no prazo máximo de 30 dias após a entrega da documentação adequada. O valor a ser reembolsado ao consumidor deverá ser, no mínimo, aquele que a operadora pagaria para a rede credenciada se esta fosse utilizada.

PRINCIPAIS AVANÇOS DA COBERTURA COM O ADVENTO DA LEI 9.656/98

| Planos antigos | Planos novos ou adaptados |
|--|---|
| Limitações na quantidade de consultas e quanto a dias de internação e a número de procedimentos | |
| Muitos planos de saúde antigos limitam o atendimento para consultas médicas por ano e principalmente para internações, determinando um número fixo de dias para internação ou para sessões de fisioterapia. | Todos os procedimentos são ilimitados, inclusive consultas, dias de internação em CTI, exames, sessões de fisioterapia e outros, com exceção dos transtornos psiquiátricos. |
| Doenças preexistentes ou congênitas | |
| Alguns contratos antigos excluem totalmente a cobertura de doenças preexistentes ou congênitas. | As operadoras são obrigadas a tratar de consumidores com doenças preexistentes ou congênitas, em condições especiais. |
| AIDS e câncer | |
| Muitos planos de saúde antigos excluem o tratamento dessas doenças. | A cobertura para essas doenças é obrigatória nos limites do plano contratado (ambulatorial, hospitalar). Se o consumidor já era portador quando adquiriu o plano de saúde, essas doenças são consideradas preexistentes. |
| Doenças infectocontagiosas, como dengue, febre amarela e malária | |
| A maioria dos contratos antigos não cobrem doenças infectocontagiosas ou epidemias como dengue, febre amarela ou malária. | É obrigatória a cobertura assistencial para essas doenças, nos limites do plano contratado. |
| Órteses e próteses | |
| A maioria dos planos de saúde antigos exclui a cobertura de qualquer tipo de órteses e próteses. | É obrigatória a cobertura de órteses, próteses e seus acessórios, ligados ao ato cirúrgico, nos planos com cobertura para internação hospitalar, desde que não tenham finalidade estética. |
| Fisioterapia | |
| Tratamentos de fisioterapia são excluídos ou limitados a poucas sessões nos planos de saúde antigos. | Quando indicado pelo médico assistente do consumidor, o tratamento de fisioterapia é de cobertura obrigatória e em número ilimitado. |
| Distúrbios visuais (miopia, hipermetropia e astigmatismo) | |
| A maioria dos planos de saúde antigos exclui qualquer cirurgia para tratamento de distúrbios visuais. | É obrigatória a cobertura de cirurgias refrativas para pessoas com grau de miopia igual ou superior a 7, unilateral ou bilateral. |
| Obesidade mórbida | |
| Raramente os planos de saúde antigos cobrem cirurgias para o tratamento de obesidade mórbida. | Quando indicados pelo médico assistente do consumidor, é obrigatória a cobertura de cirurgias para tratamento de obesidade mórbida. |
| Acompanhante | |
| Não há regulamentação na matéria, ficando a critério de cada operadora a definição da cobertura. | A lei obriga as operadoras de planos de saúde a oferecerem cobertura para acompanhantes de pacientes menores de 18 anos. É facultado estender esta cobertura a acompanhante paciente maior de idade. |
| Pessoas portadoras de deficiência | |
| Os planos de saúde antigos não eram obrigados a oferecer cobertura para pessoas portadoras de deficiência. | A lei assegura que ninguém pode ser impedido de participar de um plano de saúde por ser portador de qualquer tipo de deficiência. |
| Transtornos psiquiátricos | |
| Poucos planos de saúde antigos cobrem procedimentos psiquiátricos. Os pacientes com transtornos mentais, inclusive os dependentes químicos (alcoólatras e viciados em drogas), não tinham acesso ao tratamento básico de saúde mental. | A lei prevê o atendimento a portadores de transtornos mentais, inclusive nos casos de intoxicação ou abstinência provocadas por alcoolismo ou outras formas de dependência química. As operadoras devem cobrir lesões decorrentes de tentativas de suicídio. |
| Transplantes de rim e córnea | |
| Os planos de saúde antigos excluem, em geral, qualquer tipo de transplante. | Os planos com cobertura para internação hospitalar cobrem transplantes de rim e córnea, incluindo despesas com doadores vivos, medicamentos usados na internação, acompanhamento clínico no pós-operatório, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos. |
| Quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e transfusão | |
| Poucos planos de saúde cobriam quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e transfusão, em geral com limitações de número de sessões. | A cobertura é obrigatória nos planos com cobertura ambulatorial, quando realizada em nível ambulatorial; nos planos com cobertura hospitalar, quando realizada durante a internação. |

É necessária a autorização prévia para os atendimentos de urgência e emergência?

A operadora não poderá utilizar nenhum mecanismo, como, por exemplo, autorização prévia, que impeça ou dificulte o atendimento em situações de urgência ou emergência.

A solicitação do cheque-caução é uma atitude correta?

É proibida a exigência de cheque-caução ou equivalente dos consumidores de planos de saúde, por parte dos prestadores de serviços credenciados, cooperados ou referenciados às operadoras. O prestador que condicionar o atendimento ao recebimento de cheque-caução poderá ser responsabilizado criminalmente pelo seu ato, e as denúncias recebidas pela ANS serão encaminhadas ao Ministério Público.

Inclusive, em maio de 2012 a Presidente Dilma Rousseff sancionou a lei que torna crime a exigência de cheque-caução, nota promissória ou mesmo o preenchimento de formulários administrativos como condição para atendimento de uma pessoa em situação de urgência-emergência em um pronto-socorro. A pena é de pagamento de multa e detenção de três me-

ses a um ano. A punição pode dobrar se, da falta de atendimento, a vítima tiver lesões corporais graves e, triplicar, em caso de morte.

O que as operadoras de planos de saúde não são obrigadas a cobrir?

- Tratamento em clínicas de emagrecimento (exceto para tratamento de obesidade mórbida);
- Tratamento em clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos, internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- Transplantes, à exceção de córnea e rim;
- Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos;
- Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico ou para fins estéticos;
- Fornecimento de medicamentos importados, não nacionalizados (fabricados e embalados no exterior);
- Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- Inseminação artificial;
- Tratamentos ilícitos, antiéticos ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- Casos de cataclismos, guerras e comoções internas declaradas pelas autoridades competentes.

SAIBA MAIS...

1 - A partir de janeiro de 2014 os beneficiários de planos de saúde individuais e coletivos tiveram direito a mais 87 procedimentos, incluindo 37 medicamentos orais para o tratamento domiciliar de diferentes tipos de câncer e 50 novos exames, consultas e cirurgias. Confira essa lista completa no seguinte endereço eletrônico: http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/20131021_ro2014_tabela%20procedimentos%20rol.pdf

2 - Em 28 de outubro de 2015, após consulta pública, a ANS acrescentou (sob forte polêmica) 21 procedimentos obrigatórios a coberturas dos planos de saúde. Esta medida passou a valer a partir de 1º de janeiro de 2016.

Vamos, portanto, lembrar quais são esses procedimentos, pois o assunto é “quente” para esse ano:

- PLÁSTICA DE CONJUNTIVA PARA PTERÍGIO, TUMORES OU TRAUMAS;
- IMPLANTE INTRAVÍTREO DE POLÍMERO FARMACOLÓGICO DE LIBERAÇÃO CONTROLADA;
- PANTOFOTOCOAGULAÇÃO A LASER NA RETINOPATIA DA PREMATURIDADE;
- TERMOTERAPIA TRANSPUPILAR A LASER (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO);
- PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA EM OSSO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO);
- IMPLANTE DE CARDIODEFIBRILADOR MULTISSÍTIO – TRC-D (GERADOR E ELETRODOS) – COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO;
- IMPLANTE DE MONITOR DE EVENTOS (LOOPER IMPLANTÁVEL) – COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO;

- FOCALIZAÇÃO ISOELÉTRICA DA TRANSFERRINA;
- VITAMINA E, PESQUISA E/OU DOSAGEM (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO);
- C4D FRAGMENTO;
- N-RAS (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO);
- LASERTERAPIA PARA O TRATAMENTO DA MUCOSITE ORAL/OROFARINGE;
- TRATAMENTO DA HIPERATIVIDADE VESICAL: INJEÇÃO INTRAVESICAL DE TOXINA BUTOLÍNICA;
- ORQUIDOPEXIA LAPAROSCÓPICA;
- ANTICORPOS ANTI PEPTÍDEO CÍCLICO CITRULINADO – IGG (ANTI CCP);
- ANTÍGENO NS1 DO VÍRUS DA DENGUE, PESQUISA;
- CHIKUNGUNYA, ANTICORPOS;
- DENGUE, ANTICORPOS IGG, SORO (TESTE RÁPIDO);
- DENGUE, ANTICORPOS IGM, SORO (TESTE RÁPIDO);
- ENTAMOEBIA HISTOLYTICA, ANTICORPOS IGM – PESQUISA E/OU DOSAGEM (AMEBÍASE);
- HLA B27, FENOTIPAGEM.

3 - Em 14 de janeiro de 2009, foi publicada a resolução normativa sobre a portabilidade de carências, ou seja, mudar de uma operadora para outra e não precisar mais aguardar meses ou anos para carências de doenças preexistentes. Veja abaixo os requisitos que devem ser seguidos simultaneamente para terem o direito de:

- I – estar adimplente junto à operadora do plano de origem;

SAIBA MAIS...

II – possuir prazo de permanência:

a) na primeira portabilidade de carências, no mínimo dois anos no plano de origem ou no mínimo três anos na hipótese do beneficiário ter cumprido cobertura parcial temporária; ou
b) nas posteriores, no mínimo dois anos de permanência no plano de origem.

III – o plano de destino estar em tipo compatível com o do plano de origem, conforme disposto no Anexo desta Resolução;

IV – a faixa de preço do plano de destino ser igual ou inferior à que se enquadra o seu plano de origem, considerada a data da assinatura da proposta de adesão; e

V – o plano de destino não estar com registro em situação “ativo com comercialização suspensa”, ou “cancelado”.

E MAIS:

- A portabilidade de carências deve ser requerida pelo beneficiário no período compreendido entre o primeiro dia do mês de aniversário do contrato e o último dia útil do mês subsequente.
- Não poderá haver cobrança de custas adi-

cionais em virtude do exercício do direito previsto nesta Resolução, seja pela operadora de plano de origem ou pela operadora de plano de destino.

- Não poderá haver discriminação de preços de planos em virtude da utilização da regra de portabilidade de carências.
- Em planos de contratação familiar, a portabilidade de carências poderá ser exercida individualmente por cada beneficiário ou por todo o grupo familiar.
- Para a portabilidade de carências de todo o grupo familiar, é necessário o cumprimento dos requisitos desta Resolução por todos os beneficiários cobertos pelo contrato.

4 - A partir do dia 19/12/2011 ficou determinado que as operadoras de planos de saúde devem garantir aos consumidores o atendimento às consultas, exames e cirurgias nos prazos máximos definidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que vão de três a 21 dias, dependendo do procedimento. Veja a tabela abaixo:

| SERVIÇO | Prazo Máximo (dias úteis) |
|---|--|
| Consulta básica – pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia. | 07 (sete). |
| Consulta nas demais especialidades médicas. | 14 (catorze). |
| Consulta/sessão com fonoaudiólogo. | 10 (dez). |
| Consulta/sessão com nutricionista. | 10 (dez). |
| Consulta/sessão com psicólogo. | 10 (dez). |
| Consulta/sessão com terapeuta ocupacional. | 10 (dez). |
| Consulta/sessão com fisioterapeuta. | 10 (dez). |
| Consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista. | 07 (sete). |
| Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial. | 03 (três). |
| Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial. | 10 (dez). |
| Procedimentos de Alta Complexidade – PAC. | 21 (vinte e um). |
| Atendimento em regime de hospital-dia. | 10 (dez). |
| Atendimento em regime de internação eletiva. | 21 (vinte e um). |
| Urgência e emergência. | Imediato. |
| Consulta de retorno. | A critério do profissional responsável pelo atendimento. |



Esta é uma Área de Treinamento onde todas as questões disponíveis, sobre os assuntos abordados, estão expostas e comentadas. Sugerimos que todos os comentários sejam lidos. Mesmo que você acerte a questão, leia o seu comentário. Eles foram elaborados para que você possa treinar também seu “raciocínio” pragmático e intuitivo, fundamental para um bom desempenho nos Concursos.

Acompanhe a opinião e os comentários dos nossos professores (que outrora participavam das Bancas e formulavam questões para os concursos), não somente sobre as doenças abordadas, mas também sobre o formato da própria questão: questões mal formuladas, erradas, com mais de uma (ou com nenhuma) resposta certa, serão devidamente criticadas, e os comentários justificados.

Além disso, diversas dicas foram inseridas nesta seção, com regras mnemônicas, tabelas e figuras, não necessariamente relacionadas ao gabarito. Esta é uma parte muito importante do nosso projeto. Aconselhamos fortemente que você não use os comentários somente para esclarecer as questões - utilize-os para Estudar !

Qualquer dúvida, sobre qualquer questão - envie-nos uma mensagem para o seguinte endereço: medgrupo@medgrupo.com.br que teremos a maior satisfação em ajudá-lo.

Equipe do MEDGRUPO.

SISTEMA DE GABARITOS



CLICANDO NO
BOTÃO **GABARITO**



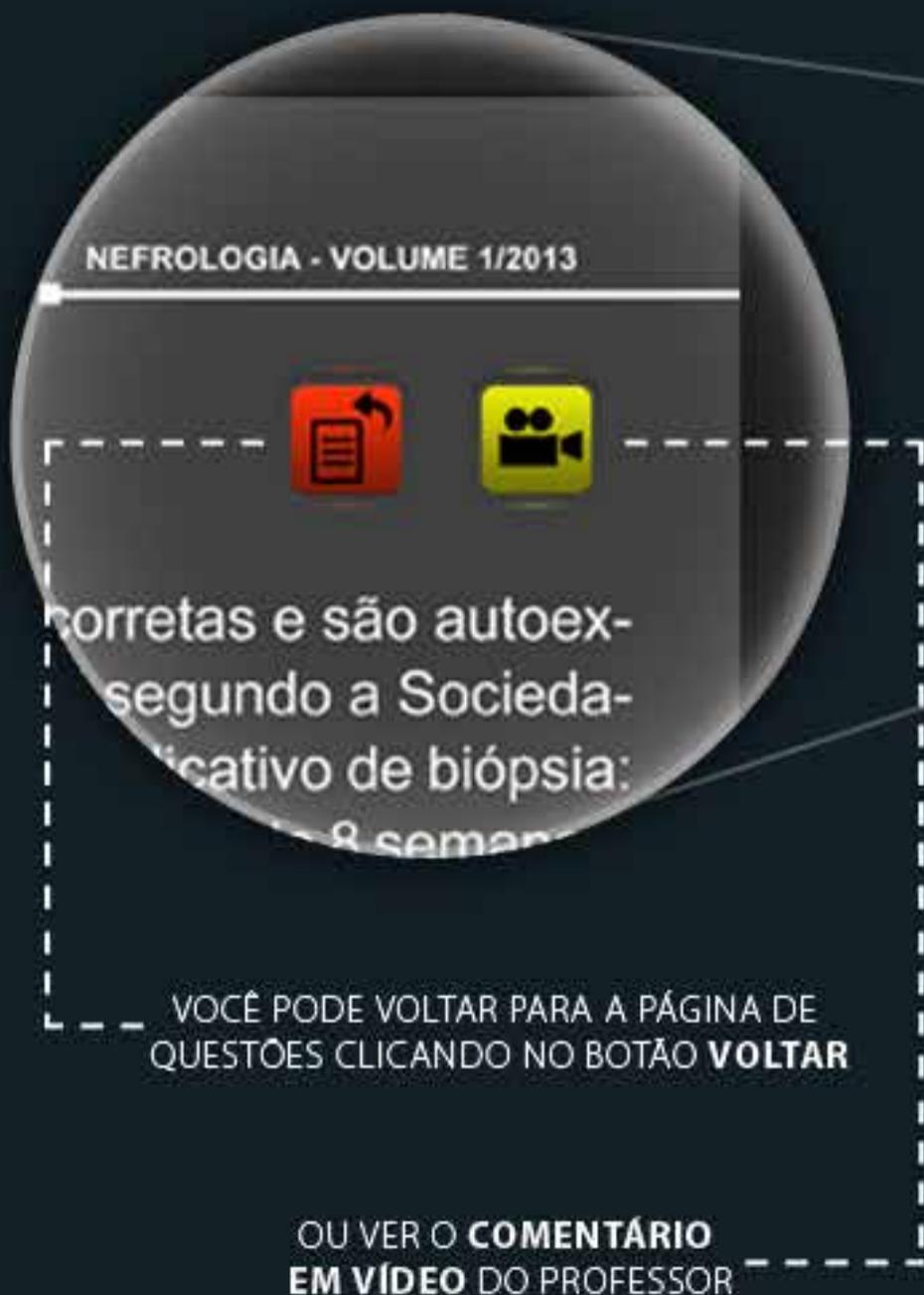
O **GABARITO** SERÁ
EXIBIDO DESTA FORMA



SISTEMA DE COMENTÁRIOS



CLICANDO NO BOTÃO **COMENTÁRIO**, VOCÊ SERÁ LEVADO AO COMENTÁRIO DA QUESTÃO SELECIONADA



RESIDÊNCIA MÉDICA 2016**(ACESSO DIRETO 1)****FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DA UNICAMP – SP**

1 – As Regiões de Saúde (RS) previstas na legislação do Sistema Único de Saúde são compostas por:

- Municípios com serviço de atenção básica.
- Municípios do mesmo e/ou de diferentes estados.
- Municípios com rede hospitalar secundária e terciária.
- Municípios de uma região metropolitana.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2016**(ACESSO DIRETO 1)****INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO
SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL – SP**

2 – Em relação à Atenção Primária (Básica) em saúde, assinale a alternativa CORRETA:

- É um nível de atenção independente, sem inter-relação com outros serviços de saúde.
- É utilizado pelas pessoas da comunidade apenas para receber assistência elementar.
- É unicamente responsabilidade do setor de saúde.
- É a soma dos conteúdos e habilidades das diferentes especialidades médicas.
- É um programa mais amplo, não restrito à prestação de serviços de pacotes básicos.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2016**(ACESSO DIRETO 1)****HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
PEDRO ERNESTO – RJ**

3 – A Estratégia Saúde da Família (ESF) alcançou em 17 anos a cobertura de mais de 50% da população brasileira, sendo reconhecida internacionalmente. O impacto positivo dessa mudança no modelo assistencial é observado através das taxas:

- De internações por condições sensíveis à atenção primária, que reduziram duas vezes mais que as outras causas com a implantação da ESF, entre 1998 e 2006.
- Maiores de internações por condições sensíveis à atenção primária por condições crônicas (circulatórias, diabetes e respiratórias) em municípios com grande cobertura pela ESF, ocorridas entre os homens.
- De mortalidade infantil calculada pela relação entre óbitos em menores de 1 ano e população de crianças menores de 5 anos, que reduziu 4,6% a cada incremento em 10% na cobertura pela ESF, independente de determinantes sociais e ambientais.
- De mortalidade infantil calculada pela relação entre óbitos em menores de 1 ano e o número de nascidos vivos, que reduziu 4,6% a cada incremento em 10% na cobertura pela ESF nos municípios com melhora em seus determinantes sociais e ambientais.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2016**(ACESSO DIRETO 1)****UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO – SP**

4 – Em relação às Conferências de Saúde, podemos afirmar que:

- Devem ser realizadas a cada dois anos.
- Devem ser convocadas pelo poder executivo.
- Foram regulamentadas pela Lei 8.080.
- Sua organização e normas devem ser aprovadas pelo CONASS.
- Têm caráter deliberativo.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2016**(ACESSO DIRETO 1)****HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DE TAUBATÉ – SP**

5 – Norma que procura restaurar o compromisso da implantação do SUS e estabelecer o princípio da municipalização, tal como havia sido desenhada. Institui níveis progressivos de gestão local do SUS e estabelece um conjunto de estratégias que consagra a descentralização político-administrativa na saúde. Também define diferentes níveis de responsabilidade e competência para a gestão do novo sistema de saúde (incipiente, parcial e semiplena, a depender das competências de cada gestor), e consagra ou ratifica os organismos colegiados com grau elevado de autonomia: as comissões intergestoras (tripartite e bipartite). Qual alternativa corresponde à essa Norma Operacional Básica (NOB)?

- NOB 01/91.
- NOB 01/92.
- NOB 01/93.
- NOB 01/96.
- NOAS 01/2002.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2016**(ACESSO DIRETO 1)****FACULDADE DE MEDICINA DO ABC – SP**

6 – Uma política de proteção social que visa atender aos segmentos mais pobres e necessitados da sociedade é denominada de:

- Equidade.
- Residual.
- Redistributiva.
- Universal.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2016**(ACESSO DIRETO 1)****HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUNDIAÍ – SP**

7 – Dona Célia, 67 anos, procura uma unidade de saúde da família querendo ser atendida e acompanhada, pois tem diabetes; a recepcionista a acolhe perguntando onde mora e qual Agente Comunitário de Saúde a visita. Responde com o endereço de um município vizinho e que não recebia visitas. Mesmo cuidadosamente orientada sobre as características do serviço e a procurar uma unidade de saúde do seu município, esbravejou dizendo que iria procurar seus direitos. A atitude da recepcionista pode ser considerada:

- Inadequada, pois fere o princípio da integralidade da assistência.
- Sem ética, considerando-se que dona Célia é idosa.
- Adequada, pois segue o princípio da adstrição do território.
- Illegal, pois fere princípios do Estatuto do Idoso.
- Equívoca, pois desconsidera o funcionamento em rede dos serviços.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2016**(ACESSO DIRETO 1)****PUC – SOROCABA – SP**

8 – A Estratégia de Saúde da Família introduzida como novo modelo de atenção básica no Brasil resultou em diversas mudanças no atendimento. Corresponde à ação mais específica e marcante que se tornou possível, a partir do trabalho dos agentes comunitários de saúde:

- Trabalho de grupo.
- Prevenção.
- Busca ativa de casos.
- Trabalho de equipe.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2016**(ACESSO DIRETO 1)****HOSPITAL NACIONAL DO CÂNCER - RJ**

9 - Marque a alternativa CORRETA:

- a) São três os princípios doutrinários que conferem legitimidade ao SUS: a universalidade, a coordenação e a equidade.
- b) A equidade significa tratar as diferenças em busca de igualdade. Assim, este princípio veio ao encontro da questão de acesso aos serviços, acesso muitas vezes prejudicado por conta da desigualdade social entre os indivíduos.
- c) São diretrizes organizativas do SUS: a centralização com comando único, a regionalização e hierarquização dos serviços e participação comunitária.
- d) Na hierarquização, o que se almeja é ordenar o sistema por níveis de atenção e estabelecer os fluxos assistenciais entre os serviços de modo que regule o acesso aos mais especializados, sendo esta regulação responsabilidade da união.

**RESIDÊNCIA MÉDICA 2016****(ACESSO DIRETO 1)****INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - RJ**

10 - Quanto às características do Sistema Único de Saúde (SUS), assinale a opção INCORRETA:

- a) Caracteriza-se pelo atendimento integral, com ênfase nas ações médico-hospitalares.
- b) A participação da comunidade - controle social - é imperativa.
- c) É descentralizado, com direção única em cada esfera de governo.
- d) O Conselho Nacional de Saúde (CNS) é sua instância máxima de deliberação. Tem caráter permanente com foco nas políticas públicas de saúde.

**RESIDÊNCIA MÉDICA 2016****(ACESSO DIRETO 1)****FUNDAÇÃO JOÃO GOULART****HOSPITAIS MUNICIPAIS - RJ**

11 - Para compor o Conselho Distrital de Saúde de uma determinada área programática do Município do Rio de Janeiro, são necessários 8 representantes. Considerando a orientação legal para sua composição, deve-se combinar, em termos de representação:

- a) Dois usuários, dois prestadores de serviços, quatro profissionais de saúde.
- b) Três usuários, três prestadores de serviços, dois profissionais de saúde.
- c) Dois usuários, três prestadores de serviços, três profissionais da saúde.
- d) Quatro usuários, dois prestadores de serviços, dois profissionais de saúde.

**RESIDÊNCIA MÉDICA 2016****(ACESSO DIRETO 1)****FACULDADE DE MEDICINA DE****PETRÓPOLIS - RJ**

12 - Marque a alternativa que melhor representa os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que fazem parte da atenção:



- a) Básica, constituindo-se como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, porém sem livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de atenção básica).
- b) Secundária, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de atenção básica).
- c) Básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de atenção básica).
- d) Secundária, constituindo-se como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, ofertando livre acesso para atendimento individual ou coletivo dentro do território de abrangência de uma unidade de saúde da família (estes não são regulados pelas equipes de atenção básica).

RESIDÊNCIA MÉDICA 2016**(ACESSO DIRETO DISCURSIVA)****SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS****BAHIA - BA**

13 - A Reforma Psiquiátrica pretende construir um novo estatuto social para o doente mental que lhe garanta cidadania, respeito a seus direitos e individualidade, promovendo sua contratualidade e sua cidadania, inclusive, aí, não só seus direitos como seus deveres como cidadão. As críticas feitas à incapacidade de Reforma Psiquiátrica em atender às necessidades dos pacientes psicóticos, após a implantação do SUS, geraram a modificação da estrutura organizacional do serviço. Cite a unidade de cuidados que foi modificada em 2001 e o que caracterizou sua modificação.



Questão discursiva

RESIDÊNCIA MÉDICA 2016**(ACESSO DIRETO 1)****HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUC - RS**

14 - Em relação ao Controle Social, no Sistema Único de Saúde, são apresentadas as seguintes afirmativas:

- I. A participação social no SUS acontece através de canais institucionalizados, criados por leis ou decretos, como as Conferências e os Conselhos de Saúde;
- II. A Constituição torna facultativa aos gestores do SUS a participação da população na formulação e no controle da execução das políticas de saúde;
- III. O Controle Social é um dos princípios éticos do SUS.
- Está/estão correta (s) a (s) afirmativa (s):
- a) I, apenas. d) I e II apenas.
- b) II, apenas. e) I, II e III.
- c) III, apenas.



RESIDÊNCIA MÉDICA 2016
(ACESSO DIRETO 1)



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO PARANÁ – PR

15 – Wilma, 82 anos, viúva, procura a Unidade Básica de Saúde (UBS), acompanhada de sua filha, com queixa de há 6 meses apresentar quadro de diarreia e emagrecimento. Já tinha passado em consulta prévia, ocasião em que foram solicitados exames laboratoriais e a paciente havia sido encaminhada para realização de colonoscopia. A paciente não havia realizado os exames solicitados e ainda aguardava para realizar a colonoscopia. Com relação aos atributos da atenção primária em saúde, é CORRETO afirmar que:

- A acessibilidade e a longitudinalidade do cuidado foram garantidas para essa paciente, uma vez que ela foi atendida pela UBS e teve seu caso encaminhado para um outro nível de atenção.
- A acessibilidade foi garantida na APS, faltando uma maior articulação entre os níveis de atenção para que o caso fosse resolvido da melhor maneira possível (coordenação do cuidado).
- A acessibilidade e a coordenação do cuidado foram garantidas, uma vez que a paciente foi atendida e o problema de não chamá-la está no outro nível de atenção.
- Nenhum dos atributos da APS foram satisfeitos, uma vez que a paciente não teve sua queixa principal resolvida.
- A acessibilidade foi garantida pela APS, porém a abrangência desta UBS está reduzida, pois deveria dispor de dispositivos para resolver casos como este.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2016
(ACESSO DIRETO 1)



ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO PARANÁ – PR

16 – A Carta de Ottawa de 1986 teve como foco principal a:

- Prevenção de doenças.
- Promoção da saúde.
- Universalidade do sistema.
- Estatização da saúde.
- Atenção primária à saúde.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2016
(ACESSO DIRETO 1)



ALIANÇA SAÚDE – PR

17 – A atenção primária à saúde no Brasil foi oficialmente implementada com a criação do Programa Saúde da Família. Em 2006, esse programa assumiu o status de estratégia de governo devido a sua relevância e impacto na saúde pública do país. A respeito dessa estratégia, assinale a alternativa CORRETA:

- A Estratégia Saúde da Família trabalha com o modelo da vigilância social, fundamentada na condução das pessoas menos favorecidas para uma ação mais controlada de saúde.

- A Estratégia Saúde da Família remunera por produtividade os profissionais das equipes de saúde, estimulando uma atenção de qualidade centrada nos resultados obtidos.
- A Estratégia Saúde da Família está focada diretamente na prevenção das doenças, triando os casos que necessitam de tratamento específico para os outros níveis de atenção.
- A Estratégia Saúde da Família atende aos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde – SUS por promover acesso aos usuários, integrar as ações de assistência, vigilância e cuidados, além de priorizar as áreas de risco social.
- A Estratégia saúde da Família está centrada no trabalho em equipe, em que todas as funções são compartilhadas pela equipe, não havendo separação específica de funções entre os membros.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2016
(ACESSO DIRETO 1)



FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS – AL

18 – Uma equipe de saúde da família deve atender uma população cadastrada de:

- Até 1.500 famílias.
- No mínimo 2.000 habitantes.
- No máximo 5.000 habitantes.
- 3.000 famílias em média.
- 3.000 habitantes em média.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2016
(ACESSO DIRETO 1)



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ – AL

19 – Analise os itens elencados a seguir:

- A Lei Eloy Chaves marca o surgimento da Previdência Social no Brasil;
- O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) foi criado em 1966, resultando da unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP);
- A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, apresenta, entre seus destaques, o fato de ter a sociedade civil representada, pela primeira vez, na proporção de 50% dos participantes;
- O PREV-SAÚDE (Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde), elaborado no início dos anos 1980, durante o Governo Figueiredo, tinha como objetivo incentivar a privatização da atenção à saúde;
- O Piso de Atenção Básica (PAB) é o recurso financeiro, repassado pelo Ministério da Saúde, para os municípios, cujo valor é definido pela quantidade de procedimentos realizados nas Unidades Básicas de Saúde.

É correto o que consta, APENAS, nos itens:

- I, II e V.
- I, II e III.
- I, IV e V.
- II e IV.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2016
(ACESSO DIRETO 1)



SELEÇÃO UNIFICADA PARA RESIDÊNCIA MÉDICA DO ESTADO DO CEARÁ – CE

20 – A territorialização em saúde representa um importante instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, no âmbito da Atenção Básica. É o momento onde a Equipe de Saúde da Família (re)conhece processual e sistematicamente os determinantes e condicionantes presentes na sua área de abrangência sanitária, responsáveis por influenciar no perfil de morbimortalidade da sua população adscrita. Como organizar o processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família com base na territorialização em saúde:

- Priorizando as ações programáticas em saúde para grupos específicos como hipertensos, diabéticos e gestantes.
- Priorizando a organização do processo de trabalho da equipe com base no planejamento das ações orientadas pela Vigilância Epidemiológica.
- Priorizando a organização do processo de trabalho da equipe com base na identificação das necessidades de saúde das coletividades.
- Priorizando a demanda espontânea, tendo em vista a diversidade e complexidade das necessidades de saúde presentes nos territórios.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2016
(ACESSO DIRETO 1)



**SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
DISTRITO FEDERAL – DF**

21 – Julgue o próximo item, referente às políticas de saúde no Brasil: a hierarquização dos serviços é um princípio organizacional do Sistema Único de Saúde, a qual diz respeito à possibilidade de organização das unidades de acordo com o grau de complexidade tecnológica dos serviços, o que garante todos os níveis de complexidade necessários à assistência por meio das redes de atenção.

- CERTO.
- ERRADO.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2016
(ACESSO DIRETO 1)



**HOSPITAL EVANGÉLICO DE
VILA VELHA – ES**

22 – O Pacto pela Saúde é um esforço do Sistema Único de Saúde efetivado pelas três esferas de gestão, em 2006, e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde. As três dimensões do Pacto pela Saúde são:

- Pacto da Atenção Básica, Pacto da Promoção da Saúde e Pacto de Financiamento.
- Pacto pela vida, Pacto da Promoção da Saúde e Pacto em Defesa do SUS.

c) Pacto da Atenção Básica, Pacto de Financiamento e Pacto de Gestão.

d) Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

e) Pacto da Promoção da Saúde, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2016
(ACESSO DIRETO 1)



INSTITUTO DE OLHOS DE GOIÂNIA – GO

23 – Barbara Starfield (1932-2011), pesquisadora da Universidade Johns Hopkins, desenvolveu uma abordagem para caracterizar a atenção primária abrangente nos países industrializados. Segundo essa autora, é CORRETO afirmar que:

- Os serviços de atenção primária devem estar centrados no indivíduo para assim conhecer as suas necessidades.
- O 1º atributo da atenção primária é constituir-se como serviço de triagem, selecionando os problemas que necessitam de atenção secundária e terciária.
- Os sistemas integrados de saúde em que o clínico geral atua como porta de entrada obrigatória são reconhecidos como menos onerosos e mais aptos para conter a progressão dos gastos ambulatoriais.
- A atenção primária à saúde deve constituir-se como barreira de acesso aos serviços especializados com o objetivo de racionalização dos custos.
- Na atenção primária à saúde, a adscrição de clientela implica atender usuários residentes fora do território da unidade de saúde.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2016
(ACESSO DIRETO 1)



**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE
DUTRA – MA**

24 – Sobre o sistema de saúde no Brasil, assinale a alternativa INCORRETA:

- O controle social é uma diretriz que cabe exclusivamente à comunidade e aos movimentos sociais.
- A universalidade é a garantia de que todos os cidadãos devem ter acesso aos serviços de saúde públicos e privados conveniados, em todos os níveis do sistema de saúde.
- Apesar de a integralidade ser uma das diretrizes do SUS, a prática de muitos profissionais que atuam na estratégia de saúde da família ainda tem o enfoque do atendimento central na doença.
- Os cidadãos que buscam atendimento são parte das ações de saúde, às quais têm direito constitucionais e humanizados.
- A equidade significa que o acesso aos serviços de saúde deve ser garantido a toda população em condições de igualdade e que a prioridade deve ser dada a quem tem mais necessidade.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2016**(ACESSO DIRETO 1)****HOSPITAL SÃO JULIÃO – MS**

25 – Em relação à estratégia de saúde da família, assinale a alternativa CORRETA:

- a) Tem como finalidade principal a descentralização dos procedimentos de alta complexidade.
- b) Garante que o médico da equipe atenda aos seus pacientes no domicílio, independente do tipo de patologia.
- c) Promove o vínculo entre profissionais e comunidade e preconiza a longitudinalidade do cuidado.
- d) Pode ser praticada em qualquer tipo de unidade de saúde, preferencialmente as de pronto atendimento.



- c) II, III e IV, apenas.
- d) I, II, III, IV e V.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2016**(ACESSO DIRETO 1)****CLÍNICA DE CAMPO GRANDE – MS**

26 – São características da Lei 8.080/1990, EXCETO:

- a) É chamada a Lei Orgânica da Saúde.
- b) Foi regulamentada pelo Decreto 7.508 de 2011.
- c) Sofreu vários vetos no Governo Collor.
- d) Tem apenas jurisdição federal.

**RESIDÊNCIA MÉDICA 2016****(ACESSO DIRETO 1)****HOSPITAL UNIVERSITÁRIO****JÚLIO MÜLLER – MT**

27 – Sobre o tema ferramentas de abordagem familiar, analise as assertivas:

I - O FIRO corresponde a uma diretriz ou “roteiro”, para uma conferência (reunião) familiar a fim de discutir um problema;

II - O genograma trata-se de um heredograma, que se pode disponibilizar os integrantes da família, quem reside junto, doenças, relações interpessoais, entre outros;

III - Pode-se lançar mão das ferramentas de abordagem familiar principalmente nos pacientes hiperutilizadores de serviço, com toxicomania, crise familiar, crianças com problemas, famílias que possuem pacientes com doença mental, pacientes com sinais e sintomas mal definidos, pacientes que não seguem prescrições;

IV - O APGAR Familiar é uma ferramenta autoadministrada, com percepção pessoal, na qual é respondido um questionário com 05 questões, cada uma valendo de 0 a 2 pontos;

V - O modelo P.R.A.C.T.I.C.E. avalia apenas as relações interpessoais, como inclusão, controle e intimidade.

Estão CORRETAS as assertivas:

- a) II, III, IV e V, apenas.
- b) I e V, apenas.

**RESIDÊNCIA MÉDICA 2016****(ACESSO DIRETO 1)****UNIVERSIDADE FEDERAL DE****CAMPINA GRANDE – PB**

29 – A regionalização é uma diretriz do sistema único de saúde e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. Os instrumentos de planejamento da regionalização são o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da atenção à saúde (PPI) e foram instituídos por:

- a) Norma Operacional Básica – NOB/93.
- b) Norma Operacional Básica – NOB/96.
- c) Pacto pela saúde – 2006.
- d) Norma Operacional da Assistência à Saúde / SUS – NOAS-SUS 01/02.
- e) Norma Operacional Básica – NOB 91.

**RESIDÊNCIA MÉDICA 2016****(ACESSO DIRETO 1)****UNIVERSIDADE DO ESTADO DO****PARÁ – BELÉM – PA**

28 – A Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Baseado nesta portaria é CORRETO afirmar que:

- a) As ações da ESF obedecem ao princípio da universalidade e portanto não têm território definido.
- b) Considerando-se a dinâmica populacional de um território exige-se comprovante de residência em período mínimo de 12 (doze) meses para o cadastro de uma nova família na ESF.
- c) Estabelece o número máximo de 4.500 pessoas por cada ESF e 850 pessoas por cada ACS (Agente Comunitário de Saúde).
- d) Demandas espontâneas que antes eram de responsabilidades das ESF, passam a ser de competências das UPAS (Unidades de Pronto Atendimento).
- e) Adscrever os usuários e garantir relações de vínculo e responsabilização entre as equipes da ESF e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.



RESIDÊNCIA MÉDICA 2016
(ACESSO DIRETO 1)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - PI

30 – A Atenção Primária à Saúde (APS) possui particularidades que a interpõem como núcleo de coordenação de toda a rede de serviços. Dentre os valores coerentes e compatíveis com o contexto normativo e estratégico do Sistema Único de Saúde (SUS), NÃO se pode citar:

- Universalidade.
- Equidade.
- Integralidade.
- Participação e controle social.
- Territorialização.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2015
(ACESSO DIRETO 1)



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RP DA USP - SP

31 – A Atenção Primária à Saúde (APS) representa um complexo conjunto de conhecimentos e procedimentos, e demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população. Como parte das ações para apoiar a inserção da estratégia de saúde da família, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Quais dos seguintes aspectos podem ser descritos como parte da missão dos NASF?

- O NASF é uma porta de entrada adicional para o nível secundário do sistema de saúde, prestando apoio para um número específico de equipes de Saúde da Família em territórios definidos, conforme sua classificação.
- O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoia as equipes de Saúde da Família, embora não esteja vinculado a um número específico de equipes de Saúde da Família em territórios definidos, conforme sua classificação.
- O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoia as equipes de Saúde da Família, estando vinculado a um número específico de equipes de Saúde da Família em territórios definidos, conforme sua classificação.
- O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoia as equipes de Saúde da Família, estando vinculado a um número específico de equipes de Saúde da Família independentemente dos seus territórios, conforme sua classificação.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2015
(ACESSO DIRETO 2)



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO - RJ

32 – A Norma Operacional Básica 96 (NOB) estimulou a ocorrência de mudanças a partir do fortalecimento de um novo modelo de Atenção à Saúde com a instituição do Piso da Atenção Básica (PAB). Essa norma determina que o (a):

- PAB variável desacelerou o ritmo de expansão da Atenção Básica/Primária no país.
- PAB fixo é calculado pelo número de equipes de saúde da família implantadas no município.

- PAB fixo garantiu os repasses automáticos do nível federal para o municipal com base no número de habitantes.
- PAB variável é dependente da capacidade dos municípios realizarem procedimentos de diagnóstico e tratamento pelas unidades básicas.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2015
(ACESSO DIRETO 1)



UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO - SP

33 – O Princípio do SUS, que rompeu com o modelo de saúde excludente, em que somente os contribuintes da previdência social tinham direito a assistência à saúde, foi o da:

- Universalidade.
- Equidade.
- Integralidade.
- Resolubilidade.
- Hierarquização.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2015
(ACESSO DIRETO 1)



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE TAUBATÉ - SP

34 – Qual Norma Operacional Básica (NOB) define o Piso da Atenção Básica - fixo e variável -, assim como a possibilidade de habilitação dos municípios brasileiros à Gestão Plena do Sistema Municipal:

- NOB 01/91.
- NOB 01/92.
- NOB 01/93.
- NOB 01/96.
- NOB 01/2002.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2015
(ACESSO DIRETO 1)



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUNDIAÍ - SP

35 – Dênis e seu primo Luiz estavam viajando havia cinco horas, sem interrupção. Cansado, Dênis não enxergou um pequeno animal que atravessava a estrada e, com o impacto do atropelamento, perdeu o controle do carro batendo em uma árvore. Os dois foram atendidos em hospital público de um município próximo. Dênis quebrou a perna e ficou em observação por ter perdido a consciência; suas necessidades foram atendidas, saindo no dia seguinte com a perna engessada, encaminhado com uma referência ao serviço de ortopedia de sua cidade. Luiz, no entanto, teve traumatismo craniano com sangramento pequeno, passou por cirurgia de drenagem, ficou numa unidade de terapia intensiva por cinco dias, tendo alta hospitalar depois de uma semana. Não apresentando sequelas, foi encaminhado para acompanhamento clínico em sua cidade. Ambos saíram satisfeitos em suas necessidades com o atendimento oferecido pelo hospital. Com relação aos primos, o princípio do Sistema Único de Saúde apresentado é o da:

- Equidade.
- Integralidade da assistência.
- Hierarquização.
- Municipalização.
- Universalidade.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2015
(ACESSO DIRETO 1)



FACULDADE DE MEDICINA DO ABC – SP

36 – As seguintes características são mundialmente aceitas para descrever a atenção primária à saúde, EXCETO:

a) Responsabilidade pela saúde dos indivíduos ao longo do tempo, independentemente da presença de doença.
b) Integralidade na atenção à saúde.
c) Capacidade de coordenar os cuidados às necessidades dos indivíduos, famílias e comunidade.
d) Centralizada no conhecimento médico, pois tem como atribuição levar as diretrizes clínicas no controle da saúde dos indivíduos.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2015
(ACESSO DIRETO 1)



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO – SP

37 – A Constituição de 1988 definiu os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que podem ser divididos em duas ordens distintas: princípios éticos/doutrinários e organizacionais/operacionais. Fazem parte dos princípios éticos/doutrinários do SUS, EXCETO:

a) Equidade. c) Universalidade.
b) Integralidade. d) Descentralização.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2015
(ACESSO DIRETO 1)



HOSPITAL MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS – SP

38 – Num determinado município, a rede municipal de serviços de saúde é composta por: 1 Hospital Geral com serviço de pronto-socorro, 1 Ambulatório de Especialidades e 6 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Entre estas, uma incorpora equipe completa do Programa de Saúde da Família (PSF) e outra tem atendimento odontológico, fonoaudiológico, psicológico e outras especialidades médicas além de pediatria, clínica geral e ginecologia/obstetrícia e serviço de radiologia. No município, existe ainda 1 Santa Casa de Misericórdia. Nesse município, são serviços predominantemente de atenção secundária à saúde:

a) O ambulatório de especialidades.
b) O pronto-socorro.
c) O ambulatório de especialidades e a UBS com equipe do PSF.
d) A Santa Casa.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2015
(ACESSO DIRETO 1)



FUNDAÇÃO JOÃO GOULART HOSPITAIS MUNICIPAIS – RJ

39 – A Lei 8.080/90 lista os itens a serem considerados para que se estabeleçam os valores a serem repassados a Estados e Municípios. Entre esses itens, inclui-se:

a) A existência de Fundo de Saúde na área.
b) O perfil epidemiológico da região.
c) A elaboração de Plano de Saúde na região.
d) A divulgação de relatórios de gestão.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2015
(ACESSO DIRETO 1)



HOSPITAL SANTA TERESA – RJ

40 – São instâncias colegiadas do SUS, EXCETO:

- a) Conselho Municipal de Saúde.
b) Fundo Municipal de Saúde.
c) Conferência Municipal de Saúde.
d) Conselho dos Secretários Municipais da Saúde.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2015
(ACESSO DIRETO 1)



HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS – MG

41 – A Lei 8.142/90 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. Sobre esta lei, marque a resposta CORRETA:

a) O Conselho de Saúde atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.
b) As Conferências de Saúde são espaços deliberativos de participação comunitária e ocorrem de 4 em 4 anos em cada esfera de governo.
c) As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas pela NOB 96.
d) Todas acima estão corretas.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2015
(ACESSO DIRETO 1)



HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUC – RS

42 – Qual atributo da Atenção Primária à Saúde (APS) é inviabilizado quando um paciente recebe cuidados em diferentes pontos de atenção do sistema de saúde, e as informações a respeito dos problemas e das ações realizadas não são disponibilizadas para a equipe de atenção básica:

a) Integralidade.
b) Longitudinalidade.
c) Primeiro contato.
e) Coordenação do cuidado.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2015
(ACESSO DIRETO 1)



ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE PORTO ALEGRE – RS

43 – Assinale a alternativa que, de acordo com Mendes (2012), não constitui um atributo da Atenção Primária à Saúde nas redes de atenção à saúde:

a) Primeiro contato.
b) Eficiência.
c) Coordenação.
d) Competência cultural.
e) Longitudinalidade.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2015
(ACESSO DIRETO 1)



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO PARANÁ – PR

44 – Qual é a ferramenta da medicina de família que, para ser utilizada, exige a realização de uma conferência familiar:

a) Firo.
b) Ecomapa.
c) Ciclo de vida familiar.
d) *Practice*.
e) Genograma.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2015**(ACESSO DIRETO 1)****ALIANÇA SAÚDE - PR**

45 – Assinale a alternativa que corresponda à sequência da correta associação entre as colunas de exemplos vivenciados em uma unidade de saúde e os números correspondentes aos princípios/diretrizes do SUS que melhor norteiam cada prática:

- (1) Equidade;
 (2) Integralidade;
 (3) Universalidade;
 (4) Controle social.
- () Atender a todos os pacientes que necessitarem, independentemente de sua classe social ou vínculo empregatício;
 () Priorizar o atendimento de um paciente de 47 anos com dor precordial em relação a outro com dor crônica;
 () Participação do Seu Eugênio no conselho local de saúde, visto que quer ajudar a conseguir que a rua de sua casa seja asfaltada;
 () Dona Maria conseguir agendar uma consulta com o especialista, visto que precisará de transplante hepático causado por uma cirrose em consequência de uma esteatose hepática severa. Além disso, ter acesso a todos os exames e internamento que necessitar;
 () Dona Irma, 54 anos, ser encaminhada com urgência ao oncologista, visto que hoje traz sua mamografia demonstrando BI-RADS IV.

A sequência CORRETA é:

- a) 3 - 1 - 4 - 2 - 1. d) 3 - 2 - 4 - 1 - 1.
 b) 3 - 1 - 4 - 1 - 2. e) 4 - 1 - 3 - 2 - 1.
 c) 1 - 2 - 4 - 2 - 3.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2015**(ACESSO DIRETO 1)****HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UEL - PR**

- 46 – O Sistema Único de Saúde (SUS) não se resume a um sistema de prestação de serviços assistenciais. A partir dessa afirmação, assinale a alternativa CORRETA:
- a) Para atender às necessidades do SUS, foram criadas várias leis que garantem a forma de organização do sistema, como a Lei Eloy Chaves, a Lei de Responsabilidade Fiscal e as Normas Regulamentadoras.
 b) A abrangência das ações do SUS exclui a assistência terapêutica especializada a toda a população coberta por planos de saúde desde a atenção básica até os tratamentos especializados, como a terapia renal substitutiva e os tratamentos quimioterápicos para o câncer.
 c) A assistência ambulatorial especializada é o nível de atenção que deve organizar e racionalizar o uso de todos os demais recursos, tanto básico como hospitalar, assim como os direcionados para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.
 d) A instituição do SUS permitiu reforçar a oferta estratificada de serviços, diferenciando os indivíduos contribuintes dos não contribuintes, e trouxe a oportunidade de intensificar a diferença de atendimento aos moradores do campo, da periferia e da cidade.

- e) Ao instituir a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, ancorada na concepção de Seguridade Social, a Constituição operou uma ruptura com o padrão anterior de política social, marcado pela exclusão de milhões de brasileiros do usufruto público de bens de consumo coletivo.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2015**(ACESSO DIRETO 1)****HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS - AM**

- 47 – A participação social faz parte da trajetória de construção do sistema de saúde brasileiro. Referente aos Conselhos de Saúde (CS), assinale a alternativa CORRETA:
- a) O CS é uma instância colegiada, consultiva e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo.
 b) Na composição do CS, o segmento de usuários não necessariamente precisa ser paritário em relação ao conjunto dos demais segmentos representados.
 c) Referente ao seu funcionamento, o CS deverá acompanhar e controlar a atuação do setor privado credenciado mediante contrato ou convênio na área de saúde.
 d) Nos CS os trabalhadores da área da saúde terão representatividade de 30%.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2015**(ACESSO DIRETO 1)****HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO DE MORAES - ES**

- 48 – A Lei 8.080, de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. É, portanto, um marco legal fundamental para a organização de todo o Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, marque a alternativa CORRETA sobre os dispositivos legais contidos nesta lei:
- a) É princípio do SUS a descentralização político-administrativa, com direção bipartite em cada esfera de governo e ênfase na descentralização dos serviços para os estados.
 b) O SUS não está autorizado a recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada, mesmo quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população.
 c) É atribuição dos estados coordenar e executar ações e serviços de vigilância epidemiológica e sanitária, restando aos municípios ações de assistência à saúde em todos os níveis de complexidade.
 d) O processo de planejamento e orçamento do SUS é descendente do nível federal até o local, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos.
 e) 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.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2015
(ACESSO DIRETO 1)



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE GOIÁS - GO

49 - As conferências de saúde constituem instâncias de participação da comunidade na gestão do SUS. Aquela que aprovou o conceito da saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do SUS foi a:

- Quinta Conferência Nacional de Saúde, em 1980.
- Sexta Conferência Nacional de Saúde, em 1982.
- Sétima Conferência Nacional de Saúde, em 1984.
- Oitava Conferência Nacional de Saúde, em 1986.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2015
(ACESSO DIRETO 1)



CENTRO DE REABILITAÇÃO E READAPTAÇÃO - GO

50 - Sobre a chamada Atenção Primária à Saúde podemos afirmar que:

- É uma estratégia de Atenção à Saúde destinada a populações pobres.
- Deve constituir-se em porta de entrada preferencial do sistema de saúde, preocupando-se com a integralidade, com a longitudinalidade e com a integração dos cuidados.
- Preocupa-se em fazer funcionar bem os postos e centros de saúde.
- É uma estratégia que se subordina aos cuidados hospitalares, complementando-os.
- É uma estratégia na qual a Atenção à Saúde descarta a necessidade do atendimento médico.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2015
(ACESSO DIRETO 1)



UDI HOSPITAL - MA

51 - Em relação ao Sistema de Saúde brasileiro (SUS), é CORRETO afirmar que:

- O SUS tem o objetivo de prover apenas a atenção primária, por meio da gestão e prestação descentralizadas de serviços de saúde, promovendo a participação da comunidade em todos os níveis de governo.
- A implementação do SUS foi complicada pelo apoio estatal ao setor privado, pela concentração de serviços de saúde nas regiões mais desenvolvidas e pelo subfinanciamento crônico.
- Os princípios doutrinários dos SUS são: universalidade, integralidade e igualdade.
- A integralidade baseia-se no princípio da discriminação positiva para com os grupos sociais mais vulneráveis.
- A integralidade assegura o direito à saúde a todos os cidadãos e o acesso sem discriminação ao conjunto de ações e serviços de saúde ofertados pelo sistema.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2015
(ACESSO DIRETO 1)



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE DUTRA - MA

52 - Assinale a alternativa CORRETA que diz respeito ao documento que apresentou grande repercussão para a educação médica ao propor, entre outras medidas, a introdução de ensino laboratorial, a expansão do ensino clínico (especialmente em hospitais), a ênfase na pesquisa biológica, o estímulo à especialização médica e o controle

do exercício da medicina pelas entidades representativas da categoria profissional:

- Relatório Flexner.
- Carta de Ottawa.
- Relatório Dawson.
- Declaração de Alma-Ata.
- Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2015
(ACESSO DIRETO 1)



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER - MT

53 - Considerada um modelo de ação programática em saúde, focada na unidade familiar e construída operacionalmente na esfera comunitária, a Estratégia Saúde da Família:

- Foi criada essencialmente para expandir o acesso à atenção terciária para a população brasileira.
- É coerente com o princípio da descentralização político-administrativa, dado que garante a dicotomia entre ações preventivas e assistenciais.
- Foi implantada como uma estratégia de consolidação dos princípios do SUS.
- É um modelo hegemônico tecnicista hospitalocêntrico que responde efetivamente às demandas individuais e coletivas.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2015
(ACESSO DIRETO 1)



H.U. BETTINA FERRO DE SOUZA/JOÃO BARROS BARRETO - PA

54 - Sobre o SUS, é CORRETO afirmar que:

- O CONASS é composto por secretários municipais de saúde.
- As leis 8.080 e 8.142 de 1990 compõem a Lei Orgânica da Saúde.
- A Comissão Intergestora Tripartite é composta pelo secretário estadual de saúde e por representantes dos secretários estaduais e municipais de saúde.
- Normas Operacionais Básicas são coletâneas de decretos presidenciais e portarias ministeriais e interministeriais.
- No Brasil, o Conselho Nacional de Saúde é tradicionalmente escolhido pelo chefe de gabinete do Ministério da Saúde.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2015
(ACESSO DIRETO 1)



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA - PB

55 - É atribuição do médico da Estratégia Saúde da Família:

- Atender a todos os usuários adscritos, exceto em consultas de pré-natal e puericultura.
- Realizar procedimentos cirúrgicos como sutura, cantoplastia e drenagem de abscessos.
- Atender a todos os usuários adscritos, exceto os que já são acompanhados em serviços especializados.
- Atender a todos usuários adscritos, salvo em situações de urgência, em que devem ser encaminhados para as Unidades de Pronto Atendimento (imediatamente UPAs).
- Visitar todos os usuários em seu domicílio, pelo menos uma vez por ano.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2015
(ACESSO DIRETO 1)



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PARAÍBA – PB

56 – Analisando os princípios do SUS e correlacionando-os com o contexto de saúde atual, é possível afirmar que:

- A participação da comunidade é um princípio constitucional devendo se dar através da eleição dos vereadores, deputados e senadores, apesar da insistência do governo na Política Nacional de Participação Social.
- A universalização é um princípio do SUS, e iniciativas de provimento como o programa Mais Médicos, que amplia o acesso da população aos serviços de cuidados primários, é coerente com este princípio.
- A integralidade é negligenciada pelo governo quando coloca o filtro do médico generalista ou médico de família e comunidade, *gatekeeper*, e o impede de ir livremente para as especialidades.
- A equidade é tratar todos da mesma forma, pela meritocracia, permitindo que todas as pessoas, independente de sua classe social, sejam tratadas do mesmo modo, independente de suas necessidades singulares.
- A hierarquização é um princípio citado na constituição federal e que traduz a relação crescente de importância no sistema, ficando na base a atenção básica e as doenças simples, e no topo os hospitais universitários.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2015
(ACESSO DIRETO 1)



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO
GRANDE DO NORTE – RN

57 – O Sistema Único de Saúde (SUS) definiu em seu texto legal (Lei nº 8.080/90) como “um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos” a:

- Saúde da família.
- Saúde coletiva.
- Vigilância epidemiológica.
- Ações básicas de saúde.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2015
(ACESSO DIRETO 1)



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL
DE CIRURGIA – SE

58 – A adscrição da clientela da ESF é feita através da definição da área de abrangência da unidade e do cadastramento da população. Para delimitação desta área de abrangência, considera-se:

- Área com limite máximo de 1.000 famílias, a acessibilidade, densidade populacional e um espaço geográfico composto de 4 a 6 microáreas contíguas.
- Área com limite máximo de 4.500 famílias, acesso restrito a população da área, densidade populacional e um espaço geográfico composto de 4 a 6 microáreas contíguas.
- Área com limite máximo de 4.500 famílias, acesso restrito a população da área, densidade populacional e um espaço geográfico composto de 2 a 4 microáreas contíguas.
- Área com limite máximo de 500 a 1.000 famílias, acessibilidade a portadores de deficiência física, densidade populacional e um espaço geográfico composto de 12 microáreas contíguas.

e) Área com limite de 500 a 1.000 famílias, acessibilidade, densidade populacional e um espaço geográfico composto de 2 a 4 microáreas contíguas.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2015
(ACESSO DIRETO 1)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE – SE

59 – Sobre o Sistema Único de Saúde, assinale a alternativa CORRETA:

- A atenção básica deve ser a única porta de entrada na rede de cuidados progressivos do SUS.
- Na hierarquização do SUS, os municípios se responsabilizam pela atenção primária, os estados pela atenção secundária, e o governo federal pela atenção terciária.
- É papel do SUS ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde.
- As instâncias de controle social têm caráter consultivo para o SUS.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2014
(ACESSO DIRETO 1)



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
RIO DE JANEIRO – RJ

60 – A Estratégia Saúde da Família é um modelo de organização dos serviços de atenção primária à saúde, peculiar do SUS, sobre a qual pode-se afirmar que:

- Para implantação das equipes de saúde da família é necessária a existência de equipe multiprofissional composta por, no mínimo, um técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde.
- Dentre as atribuições comuns a todos os profissionais das equipes de saúde da família, pode-se citar a coordenação, participação e/ou organização de grupos de educação para a saúde.
- O modelo de atuação realizado pelas equipes de saúde da família baseia-se no conceito de saúde como ausência de doença, centrado em ações de caráter curativo.
- Cada equipe de saúde da família ficará responsável pela atenção integral e contínua à saúde de cerca de 3.000 famílias, residentes em um território rural ou urbano.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2014
(ACESSO DIRETO 1)



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
SÃO PAULO – SP

61 – Com relação à atuação das três esferas de governo no âmbito do SUS, é CORRETO afirmar que:

- Os medicamentos incluídos no componente especializado da assistência farmacêutica no SUS são financiados pelo Ministério da Saúde, estados e municípios.
- A responsabilidade pelas ações de vigilância epidemiológica e ambiental foi transferida aos estados em 2010 que, para tanto, passaram a receber recursos federais via o Piso da Atenção Básica em Vigilância Sanitária (PAB Visa).
- O Pacto pela Saúde redefiniu as responsabilidades pelo custeio da assistência médica, cabendo aos municípios a atenção básica, aos estados a média complexidade e ao Governo Federal a alta complexidade.
- A lei que regulamenta o planejamento familiar no Brasil estabeleceu as atribuições específicas de cada esfera para garantir o acesso de homens e mulheres aos métodos contraceptivos.
- Os gestores municipal e estadual são autônomos para credenciar estabelecimento de saúde para a realização de qualquer procedimento constante nas tabelas do SUS.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2014
(ACESSO DIRETO 1)
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS
SÃO PAULO – SP



62 – Em relação aos modelos assistenciais ou modelos de atenção, é CORRETO afirmar que:

- O modelo médico-assistencial privatista é aplicado exclusivamente no setor privado.
- O modelo sanitaria é predominantemente curativo e hospitalar.
- No modelo médico-assistencial privatista é a pressão espontânea e desordenada da demanda que condiciona a organização de recursos para a oferta.
- O modelo sanitaria propõe enfrentar os problemas de saúde da população mediante atenção universal sem a inclusão de campanhas e programas especiais.
- O modelo sanitaria inclui como sujeitos a equipe de saúde e a própria população.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2014
(ACESSO DIRETO 1)
CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS – SP



63 – Assinale a principal competência do SUS (Sistema Único de Saúde):

- Oferecer atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibida a cobrança em dinheiro sob qualquer pretexto, salvo exames e tratamento em hospitais particulares que serão reembolsados por meio do REFORSUS aos usuários conveniados.
- Oferecer aos cidadãos, direito e acesso a consultas, exames, internações e tratamento nas unidades de saúde vinculadas, sejam públicas ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde.
- Oferecer condições para a extensão e universalização da proteção social aos brasileiros através da política de assistência social e para a organização, responsabilidade e funcionamento de seus serviços e benefícios nas três instâncias de gestão governamental.
- Investir na assistência e pesquisa, buscando prover qualquer cidadão dos recursos mais modernos na área da saúde e educação.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2014
(ACESSO DIRETO 1)
REDE D'OR – RJ



64 – Os serviços de atendimento inicial à saúde do usuário do SUS são definidos no decreto 7.508 de 28/05/2011 como portas de entrada nas redes de atenção à saúde. Dentre as alternativas abaixo listadas, indique o tipo de serviço que NÃO integra a porta de entrada do usuário nas redes de atenção à saúde do SUS.

- Atenção psicossocial.
- Atenção de urgência e emergência.
- Atenção hospitalar e ambulatorial especializada.
- Atenção primária.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2014
(ACESSO DIRETO 1)
FUNDAÇÃO JOÃO GOULART – HOSPITAIS
MUNICIPAIS – RJ



65 – A Lei 8.080/90 estabelece critérios para a definição de valores a serem repassados, através de transferências regulares e automáticas, aos Estados e Municípios. Um desses critérios é:

- O perfil demográfico da região.
- A existência do Fundo de Saúde.
- A elaboração do Plano de Saúde.
- O estabelecimento do Conselho de Saúde.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2014
(ACESSO DIRETO 1)
HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA
DE VOLTA REDONDA – RJ



66 – O Brasil apresenta condições de acesso à saúde bem diferentes nas diversas regiões do país. Sabemos que esse acesso é melhor nas regiões Sul e Sudeste, e é mais precário nas regiões Norte e Nordeste. Isto reflete um grave problema no princípio da (o):

- Equidade.
- Complementaridade do setor público.
- Controle social.
- Hierarquização.
- Integralidade.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2014
(ACESSO DIRETO 1)
PROCESSO SELETIVO UNIFICADO – MG



67 – P.B.S., presidente da associação de moradores de seu bairro, procurou a gerente da unidade básica de saúde local para reivindicar que o horário de atendimento aos usuários fosse estendido até as 20 horas, considerando que o fato da unidade fechar às 17 horas dificulta o acesso dos trabalhadores que vivem na região. A gerente informou à P.B.S. que não tinha autonomia para mudar o horário, mas, reconhecendo a legitimidade da demanda, sugeriu que ele apresentasse a proposta às instâncias de participação da comunidade na gestão do SUS municipal. No que diz respeito a essas instâncias, é CORRETO afirmar que:

- A Conferência Municipal de Saúde reunir-se-á a cada ano para avaliar a situação de saúde do município.
- O Conselho Municipal de Saúde tem caráter permanente e deliberativo e é composto por três segmentos: prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários.
- O Conselho Municipal de Saúde atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.
- A representação dos usuários na Conferência Municipal de Saúde se faz por meio dos vereadores do município.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2014
(ACESSO DIRETO 1)
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA
DE JESUS – MG



68 – O SUS, nascido na Constituição Federal de 1988, tem princípios doutrinários e organizativos que servem para nortear as práticas na saúde brasileira. Assim também, a Medicina de Família e Comunidade (MFC) procura trabalhar com princípios organizativos, criando uma uniformidade nas ações, sem a banalização dos conceitos. Um desses princípios é a “adscrição de clientela”, que significa:

- A inserção da população em programas de prevenção orientados pelo Ministério da Saúde.
- O cadastramento da população da área de abrangência no SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica).
- A definição dos limites geográficos onde deverá acontecer o trabalho da equipe.
- A organização das agendas dos profissionais para acolher e assistir a população que busca o serviço.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2014
(ACESSO DIRETO 2) HOSPITAL
DAS CLÍNICAS DA UFU – MG



69 – Rose, 62 anos, foi encaminhada ao nefrologista pelo médico da unidade básica de saúde para avaliação de uma lesão renal e o especialista informou que ela, a partir de agora, seria acompanhada por ele. Ela retorna à unidade básica e, indignada, afirma que não quer deixar de ser acompanhada pelo médico da unidade básica, que ela adora e que a conhece há tanto tempo, sabe de todos os seus problemas. Nesta situação, qual característica da atenção primária é reconhecida?

- a) Longitudinalidade. d) Universalidade.
b) Acessibilidade. e) Cordialidade.
c) Integralidade.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2014
(ACESSO DIRETO 1)
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
SÃO FRANCISCO DE PAULA – RS



70 – Imunizações, reabilitação de um paciente com sequelas de AVC, realização de citopatológico de colo uterino e evitar realizar procedimentos invasivos desnecessários são, respectivamente, exemplos de níveis de prevenção:

- a) Secundária, terciária, primária e quaternária.
b) Primordial, primária, terciária e secundária.
c) Primária, terciária, secundária e quaternária.
d) Primária, secundária, terciária e quaternária.
e) Primordial, terciária, secundária e quaternária.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2014
(ACESSO DIRETO 1)
HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUC – RS



71 – Em relação à Estratégia de Saúde da Família, são feitas as assertivas seguintes:

- I. A territorialização e a adscrição da clientela são características do processo de trabalho;
II. Tem como característica principal do processo de trabalho o atendimento à demanda espontânea e o controle das doenças infecciosas;
III. O diagnóstico da situação de saúde da população é feito através do cadastramento das famílias e dos indivíduos, gerando dados que possibilitem a análise da situação de saúde do território.

Está/Estão CORRETA (S) a (s) afirmativa (s):

- a) I, apenas. d) II e III, apenas.
b) II, apenas. e) I, II e III.
c) I e III, apenas.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2014
(ACESSO DIRETO 1)
ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO PARANÁ – PR



72 – Pesquisas realizadas no Brasil demonstram que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem atributos mais fortes da atenção primária à saúde do que outras formas de organização da atenção básica. Isso se deve, principalmente:

- a) À abordagem familiar sistêmica, além da individual.
b) À equipe multidisciplinar, além da multiprofissional.
c) Ao médico generalista, além do especialista focal.
d) À integralidade, além da coordenação do cuidado.
e) À atenção por episódios, além dos específicos.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2014
(ACESSO DIRETO 1)
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
DE CURITIBA – PR



73 – Com relação aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), pode-se afirmar que:

- a) A participação popular é a garantia de que a população, por intermédio de suas entidades representativas, possa fiscalizar, avaliar e auxiliar na formulação das políticas de saúde.
b) Na Universalidade é previsto atendimento em saúde à população brasileira, para atendimentos de baixa complexidade e baixo custo.
c) A equidade relaciona-se à igualdade de atendimento para todos os cidadãos, sem diferenças e independentemente das necessidades individuais.
d) A hierarquização da rede de serviços de saúde garante que os serviços especializados sejam a porta de entrada do sistema de saúde.
e) O atendimento integral significa que todas as pessoas sejam atendidas pelo SUS, independente de seu problema.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2014
(ACESSO DIRETO 1)
COMISSÃO ESTADUAL DE RESIDÊNCIA
MÉDICA DO AMAZONAS – AM



74 – O SUS incorpora o referencial do controle social em seus princípios. Marque a alternativa que corresponde à sua aplicabilidade:

- a) Realização obrigatória de conferências de saúde municipais a cada ano eleitoral.
b) Realização não obrigatória da reunião dos conselheiros de saúde estaduais.
c) Somente o conselho nacional de saúde tem composição com garantia de 50% de representantes da população.
d) Composição dos conselhos estaduais e municipais de saúde com garantia de 50% de representantes da população.
e) Composição dos conselhos estaduais e municipais com garantia de 50% de representantes dos gestores da saúde.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2014
(ACESSO DIRETO 1)
SELEÇÃO UNIFICADA PARA RESIDÊNCIA
MÉDICA DO ESTADO DO CEARÁ – CE



75 – A Secretaria Municipal de Saúde de um determinado município deseja ampliar o horário de funcionamento de suas Unidades de Saúde da Família (USF) para melhorar o acesso da população aos serviços de saúde da atenção primária. Foi solicitado às equipes de saúde que elaborassem uma proposta de escala de trabalho para que a unidade funcione das 07 às 19 horas, de segunda-feira a sexta-feira. O conselho local de saúde da USF realizou reunião para aprovar o novo horário de funcionamento proposto pelas equipes. Qual princípio organizativo do Sistema Único de Saúde está sendo aplicado nessa situação?

- a) Hierarquização.
b) Regionalização.
c) Descentralização.
d) Participação popular.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2014**(ACESSO DIRETO 1)****HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO****ANTÔNIO DE MORAES - ES**

76 - Marque a alternativa CORRETA no que diz respeito à organização dos processos de trabalho de uma Equipe de Saúde da Família:

- a) Para facilitar o planejamento das ações, recomenda-se organizar a agenda de atendimento segundo os critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias.
- b) Recomenda-se que a atenção domiciliar seja destinada apenas a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde.
- c) É função do enfermeiro o desenvolvimento de ações educativas que interferem no processo de saúde-doença, restringindo ao médico o atendimento clínico individual.
- d) A definição do território e da população sob responsabilidade da equipe deve obedecer a um critério estritamente geográfico, com demarcação objetiva de seus limites.
- e) Deve-se realizar o acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, tendo em vista a assistência à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências.

**RESIDÊNCIA MÉDICA 2014****(ACESSO DIRETO 1)****SANTA CASA DE MISERICÓRDIA****DE GOIÂNIA - GO**

77 - A Constituição de 1988 foi o marco histórico da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e da normatização das ações públicas no âmbito da saúde. Na Constituição de 1988 fica determinado que:

- a) A saúde é um direito de todos e dever dos municípios.
- b) O cidadão deve receber atendimento integral, com prioridade para as atividades curativas.
- c) É permitida a participação ampla e integral de empresas ou capital estrangeiro na assistência à saúde.
- d) A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

**RESIDÊNCIA MÉDICA 2014****(ACESSO DIRETO 2)****HOSPITAL UNIVERSITÁRIO****PRESIDENTE DUTRA - MA**

78 - A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia de organização de sistemas nacionais de saúde que:

- a) É recomendada pela Organização Mundial de Saúde desde o famoso relatório Dawson, de 1946.
- b) Provê a reorganização do cuidado médico em sistemas nacionais de saúde universais, havendo evidências de que países ricos com forte atenção primária têm melhores índices de saúde - doença do que os que não têm.
- c) Foi proposta para viabilizar o provimento de cuidado à população pobre e dos estratos sociais desfavorecidos dos países pobres e em desenvolvimento, não sendo cogitada para os países ricos.
- d) Não tem relação com equidade e justiça social quanto à distribuição dos recursos de cuidado em saúde, não afetando a famosa Lei dos Cuidados Inversos (cuida-se mais de quem menos precisa, quem mais precisa é menos cuidado).
- e) É um modelo que difere essencialmente da estratégia da Saúde da Família adotada pelo governo brasileiro já há alguns anos.

**RESIDÊNCIA MÉDICA 2014****(ACESSO DIRETO 2) HOSPITAL****UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE DUTRA - MA**

79 - O Pacto pela Saúde 2006 é um compromisso que foi assumido pelos gestores brasileiros de saúde das 3 esferas de Governo visando a qualificação da gestão do SUS e a implementação definitiva de seus princípios e diretrizes. É composto por três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. Este último mudou ou reafirmou algumas diretrizes e regras que vigoram desde a norma operacional básica de 1996. Com base nessas informações e em seus conhecimentos, identifique, entre as seguintes afirmativas, as características do Pacto de Gestão:

- I - Propõe maior autonomia para o Ministério da Saúde;
 - II - Representa um choque de descentralização;
 - III - Toma a regionalização como premissa básica;
 - IV - Desloca a responsabilidade sobre a saúde para a esfera estadual;
 - V - Reorganiza a transferência orçamentária fundo a fundo.
- Assinale a alternativa CORRETA:

- a) Somente a afirmativa II é verdadeira.
- b) Somente as afirmativas II, IV e V são verdadeiras.
- c) Somente as afirmativas II, III e V são verdadeiras.
- d) Somente as afirmativas I e IV são verdadeiras.
- e) Somente as afirmativas I, III e V são verdadeiras.

**RESIDÊNCIA MÉDICA 2014****(ACESSO DIRETO 1)****HOSPITAL UNIVERSITÁRIO****JÚLIO MÜLLER - MT**

80 - Em relação aos Princípios Doutrinários e Diretrizes Organizativas, marque a afirmativa CORRETA:

- a) A Integralidade prioriza a oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais com maior vulnerabilidade.
- b) A Participação comunitária ocorre mediante a participação dos segmentos sociais organizados nas Conferências e nos Conselhos de Saúde, mas ainda não é assegurada por lei.
- c) A Hierarquização é sinônimo de Municipalização da gestão.
- d) Na Descentralização, é imperativa a direção única em cada esfera de governo.

**RESIDÊNCIA MÉDICA 2014****(ACESSO DIRETO 1)****UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - PA**

81 - Com relação aos atributos e funções essenciais da Atenção Primária à Saúde, é CORRETO afirmar que:

- a) A longitudinalidade da atenção determina a formação de vínculo da equipe com a comunidade e com a rede hospitalar hierarquizada.
- b) A coordenação do cuidado em sua essência é atribuição da Secretaria Municipal de Saúde e deve ser baseada na rede de urgência.
- c) A rede ambulatorial de especialidades tem papel principal na resolubilidade do sistema.
- d) A integralidade pressupõe o atendimento a toda população como dever do Estado.
- e) O foco na família e a orientação comunitária são as bases para o planejamento e a ação em saúde do território.



RESIDÊNCIA MÉDICA 2014
(ACESSO DIRETO 1)



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - PA

82 - Para uma adequada abordagem integral da família na atenção primária, algumas ferramentas são essenciais. Sobre essas ferramentas, é CORRETO afirmar que:

- O método clínico centrado na pessoa inclui como componentes: ser realista e entender a pessoa como um todo.
- O registro clínico deve ser baseado na doença diagnosticada na consulta.
- A agenda do médico de uma unidade de saúde da família deve ser organizada diariamente por programas e ciclos de vida.
- O SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano) é um método de classificação centrado na doença.
- O Ecomapa é um instrumento de avaliação individual do campo psicológico em uma consulta.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2014
(ACESSO DIRETO 1)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - PB

83 - São atribuições das equipes de Estratégia de Saúde da Família:

- Identificar a realidade epidemiológica e sociodemográfica das famílias adscritas.
- Atender somente às demandas espontâneas.
- Realizar territorialização, no intuito de estratificar as classes sociais e direcionar as ações educativas aos menos favorecidos.
- Encaminhar os indivíduos para a rede privada sempre que o serviço público não estiver em condições de atendê-los.
- Atender somente a demanda programada para que o serviço tenha organização e encaminhar a demanda espontânea para as UPAs e hospitais de emergência.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2014
(ACESSO DIRETO 1)



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO - PE

84 - A Lei Orgânica da Saúde, a Lei 8.080/90, no capítulo II, dispõe sobre princípios e diretrizes. Qual dos seguintes itens não corresponde a princípios estabelecidos na Lei 8.080/90:

- Preservação da autonomia.
- Igualdade da assistência à saúde.
- Participação da comunidade.
- Integralidade de assistência.
- Equidade da assistência à saúde.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2014
(ACESSO DIRETO 1)



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA - SC

85 - Leia as seguintes afirmativas, marcando V para verdadeiro ou F para falso.

- () Um sistema de saúde cuja porta de entrada é composta

por serviços de atenção primária é mais eficiente e traz maior satisfação à população, além de, em comparação com outros, apresentar menores custos;

() A porta de entrada está associada a diversas vantagens: menos consultas por um mesmo problema; menos exames complementares; menos hospitalizações ou hospitalizações mais curtas; menos cirurgias; mais ações preventivas e adequadas; maior qualidade das ações e maiores chances de que ocorram no tempo certo;

() No Brasil, o SUS tem como valores a universalidade, a equidade e a integralidade, e como princípios a participação e o controle social, a descentralização, a regionalização com hierarquização, o enfoque nas pessoas/famílias e a orientação para a qualidade;

() A longitudinalidade, a continuidade do cuidado e o estabelecimento do vínculo pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e a recorrência a ela ao longo do tempo, o que implica a adscrição da população pelas equipes de saúde.

A ordem de preenchimento dos parênteses, de cima para baixo, é:

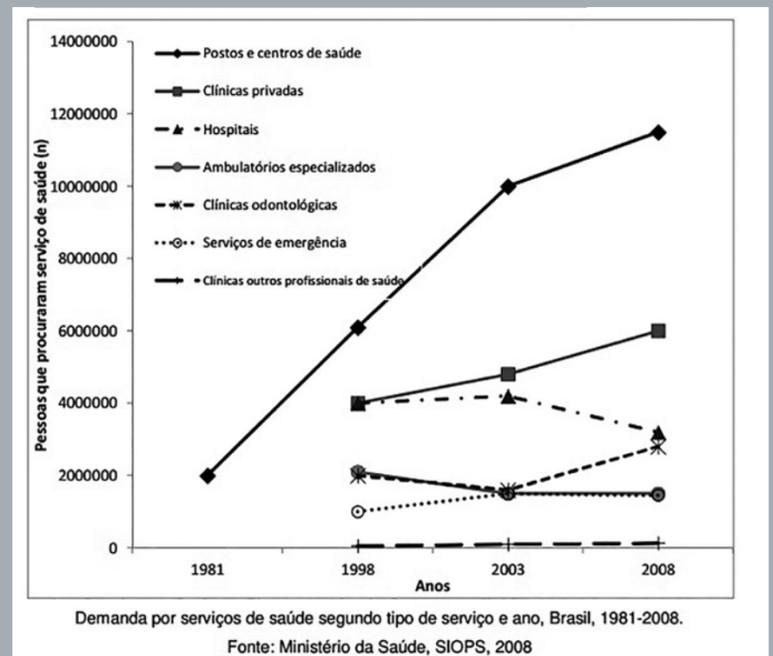
- V - F - V - F.
- V - V - V - V.
- F - F - V - V.
- F - V - F - F.
- V - V - V - F.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2013
(ACESSO DIRETO 1)



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP - SP

86 - Analise a figura e assinale a alternativa CORRETA:



a) Com a implantação do Sistema Único de Saúde houve uma grande expansão dos serviços na atenção primária, secundária e terciária.

b) O aumento da cobertura populacional pelas unidades básicas de saúde provocou a diminuição da necessidade de leitos de internação.

c) A incorporação de novas tecnologias nos serviços de saúde melhorou o nível de resolutividade e diminuiu a necessidade de leitos de internação e de serviços especializados.

d) O Sistema Único de Saúde significou ampliação expressiva da universalidade, sem ainda garantir a equidade e a integralidade do cuidado na mesma proporção.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2013**(ACESSO DIRETO 1)****HOSPITAL UNIVERSITÁRIO****PEDRO ERNESTO – RJ**

87 – Em relação à territorialização no contexto da Atenção Primária à Saúde e do SUS, pode-se afirmar que:

- a) Não afeta o planejamento das ações dos profissionais de saúde, sendo importante para a intervenção de outros setores sociais.
- b) É uma ação de Abordagem Comunitária, devendo ser feita por profissionais da área de Geografia, Engenharia e Meio Ambiente.
- c) É importante, pois permite identificar aspectos ambientais, sociais e históricos que afetam a saúde das pessoas de uma determinada região.
- d) Considerando o princípio da universalização, a territorialização não deve ser utilizada em áreas carentes, pela exclusão assistencial que provoca.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2013**(ACESSO DIRETO 1)****UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – RJ**

88 – A competência tecnológica que o (a) profissional médico (a) precisa desenvolver, tendo como perspectiva a Clínica Ampliada e a construção do Projeto Terapêutico, está centrada:

- a) Na ação essencialmente do domínio da tecnologia leve-dura.
- b) No foco da Medicina baseada em alta densidade tecnológica.
- c) No privilégio da produção de evidência científica e no domínio da Epidemiologia Clínica.
- d) No favorecimento de uma prática na qual haja interlocuções devidas entre tecnologias leves, duras e leve-duras.
- e) Na ausência de utilização das diferentes densidades tecnológicas aplicadas a esse tipo de clínica.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2013**(ACESSO DIRETO 1)****SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO – SP**

89 – Uma mulher de 52 anos, em uma consulta médica de rotina relata: – “Dr., eu sei que o Sr. vai me dar bronca. Ando muito descuidada, me desculpa, sei que preciso me cuidar melhor, mas é difícil. Ando nervosa ultimamente, as crianças cresceram, ficou um vazio. A minha vizinha tinha a minha idade e morreu há alguns dias. Fiquei apavorada, não vou ao médico há cinco anos”. O médico da equipe de saúde família não evidencia na história clínica nenhum fator de risco ou antecedentes de câncer ou doença cardiovascular na família. Qual dos atributos principais da

atenção primária à saúde foi empregado na abordagem do caso pelo médico assistente ao realizar o rastreamento na consulta médica individual?

- a) Integralidade.
- b) Longitudinalidade.
- c) Regionalização.
- d) Universalidade.
- e) Equidade.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2013**(ACESSO DIRETO 1)****SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS – SÃO PAULO – SP**

90 – O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado pelo governo federal brasileiro há mais de 12 anos. Sobre o seu funcionamento, é CORRETO afirmar que:

- a) A figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS) é importante na equipe do PSF, embora sua profissão ainda não seja regulamentada por lei.
- b) As equipes de saúde multiprofissionais são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em determinada área geográfica, trabalhando independentemente das Unidades Básicas de Saúde (UBS).
- c) O PSF inclui ações de promoção e prevenção de saúde, enquanto as ações ligadas à recuperação e reabilitação de doenças e agravos frequentes na comunidade são direcionadas a outras instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS).
- d) Uma portaria do governo federal, de 2006, estabeleceu que o PSF é a estratégia do Ministério da Saúde prioritária para organizar a Atenção Básica de saúde à população brasileira.
- e) Dentre as diversas atribuições dos membros de uma Equipe da Saúde da Família (ESF), não se inclui a de realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2013**(ACESSO DIRETO 2)****PROCESSO SELETIVO UNIFICADO – MG**

91 – São atribuições que cabem a uma Equipe de Saúde da Família, EXCETO:

- a) Cadastro das famílias pelas quais é responsável e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas.
- b) Identificação dos problemas de saúde prevalentes e situações de risco comuns à comunidade.
- c) Desenvolver ações educativas e alocar recursos financeiros para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados.
- d) Prestar assistência integral à demanda organizada ou espontânea na unidade de saúde, na comunidade e no domicílio.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2013
(ACESSO DIRETO 1)



ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO PARANÁ – PR

92 – Quando da criação do Sistema Único de Saúde o seu financiamento ficou ligado às fontes de financiamento da seguridade social. Dessas fontes listadas abaixo, anote a alternativa que contém a fonte que, a partir de 1993, ficou vinculada à previdência social, deixando os seus recursos de serem utilizados pela área de saúde:

- Impostos gerais da união.
- Contribuição Sobre o Lucro Líquido (CSLL).
- Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS).
- Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF).
- Contribuição sobre folha de salários.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2013
(REVALIDA)



REVALIDA NACIONAL – INEP – DF

93 – Em uma pequena cidade, de oito mil habitantes, foi iniciada uma nova gestão Municipal, que buscou implementar o modelo de Estratégia de Saúde da Família. A população, entendendo que o atendimento poderia piorar, reagiu negativamente. A fim de sensibilizar a população em prol da consolidação do modelo, uma equipe da Secretaria Estadual de Saúde foi mobilizada. Para alcançar este objetivo, durante uma reunião com a comunidade, a equipe explicitou os princípios do novo modelo. Entre os argumentos apresentados abaixo, qual seria o CORRETO para a equipe utilizar?

- A realização da territorialização possibilitará a identificação das fortalezas e fragilidades dos equipamentos da comunidade.
- No processo de adscrição da clientela, as famílias que não forem previamente cadastradas não serão atendidas pela equipe de saúde.
- A mudança de um modelo assistencial preventivo para um curativo será positiva, pois beneficiará as pessoas com doenças crônicas.
- Com a implementação desta estratégia, o atendimento será hierarquizado, isto é, antes da consulta médica haverá a consulta de enfermagem.
- O novo modelo terá como objetivo realizar promoção e prevenção à saúde, o que praticamente elimina a necessidade de atendimentos individuais.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2013
(ACESSO DIRETO 1)



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ONOFRE LOPES UFRN – RN

94 – A Constituição Brasileira de 1988 garante a participação de representantes dos usuários nos Conselhos de Saúde. NÃO participam desse Conselho, representantes:

- De entidades indígenas.
- De associações de portadores de patologias.
- De entidades religiosas.
- De Câmara Municipal.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2013
(ACESSO DIRETO 1)



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFSC – SC

95 – Sobre a Organização do Cuidado Médico no Brasil, assinale a alternativa CORRETA:

- Os hospitais filantrópicos (as Santas Casas de Misericórdia) foram o principal tipo de serviço hospitalar de cuidado à saúde da população brasileira até a fundação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão.
- Os Centros de Saúde foram implantados no Brasil a partir da 8ª Conferência Nacional da Saúde dentro do modelo da atenção primária à saúde divulgado pela Conferência de Alma-Ata.
- A luta pela redemocratização do país durante a ditadura militar no pós 1966 congregou movimentos sociais e estudantes, partidos de esquerda, intelectuais (das universidades) e movimentos populares de saúde (apoiados pelas comunidades eclesiais de base) no chamado Movimento de Reforma Sanitária Brasileira.
- A medicina brasileira durante a década de 1950 e as seguintes sofreu grande influência da medicina norte-americana, que dava grande ênfase à medicina geral e comunitária e à medicina preventiva, o que facilitou a formação do SUS.
- Os primeiros Centros de Saúde Brasileiros foram inspirados nas experiências russas de 1917 de socialização da medicina e ofertavam aos cidadãos cuidado curativo e preventivo em geral.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2013
(ACESSO DIRETO 1)



UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA DA REGIÃO
DE CHAPECÓ – SC

96 – Assinale a alternativa que completa CORRETAMENTE a frase a seguir. Na Reforma Sanitária Brasileira e na Assembleia Nacional Constituinte de 1988:

- A constituição do Sistema Único de Saúde universal e integral significou um retrocesso na luta social pela desmercantilização da medicina brasileira e na construção de um estado de bem-estar social e de cidadania.
- Importantes instituições médicas, como a Associação Médica Brasileira (AMB), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRANGE), foram líderes na formação do Sistema Único de Saúde.
- O Sistema Único de Saúde, nascido em 1988, é financiado por impostos gerais e está impedido por lei de comprar serviços de instituições de saúde privadas com fins lucrativos.
- O direito à saúde como direito de cidadania e dever do Estado foi aprovado, instituindo juridicamente o dever do Estado na promoção e recuperação da saúde no Brasil, através do Sistema Único de Saúde e de políticas públicas.
- As propostas da reforma sanitária iam na direção da manutenção e da intensificação do fluxo de recursos públicos para o setor privado na saúde, sabidamente mais custo-efetivo na gestão dos recursos.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2012
(ACESSO DIRETO 1)
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO – RJ



97 – A respeito da repartição de responsabilidade do SUS, podemos dizer que a coordenação da Programação Pactuada e Integrada (PPI) cabe ao nível:

- a) Estadual.
- b) Regional.
- c) Federal.
- d) Municipal.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2012
(ACESSO DIRETO 1)
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO – RJ



98 – A Resolução Normativa nº 259/2011 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) busca garantir ao beneficiário de plano de saúde o atendimento, com previsão de prazos, aos serviços e procedimentos por ele contratados. Identifique o conjunto serviço/prazo em dias úteis incluído nessa resolução.

- a) Consulta de retorno / prazo a critério do profissional responsável pelo atendimento.
- b) Clínica Médica / prazo máximo de quinze dias.
- c) Pediatria / prazo máximo de quatro dias.
- d) Cardiologia / prazo mínimo de quinze dias.
- e) Diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime de ambulatório / prazo máximo de sete dias.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2012
(ACESSO DIRETO 1)
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE TAUBATÉ – SP



99 – Leia com atenção as afirmações abaixo, relativas à Estratégia de Saúde da Família, e assinale a alternativa INCORRETA:

- a) A Estratégia de Saúde da Família pode ser definida como um modelo de atenção primária, por meio do qual é possível

prevenir um importante universo de patologias de relevância epidemiológica. Sua resolutividade direta é significativa somente nos Municípios em que se integra aos serviços de saúde ambulatoriais especializados e hospitalares.

b) A construção da Estratégia de Saúde da Família faz parte da busca de modelos assistenciais que superem a incapacidade do modelo tecnicista e hospitalocêntrico de responder efetivamente às demandas individuais e coletivas em saúde.

c) A opção pela adoção da Estratégia de Saúde da Família, na década de 1990, deu-se em um contexto epidemiológico no qual o sistema de saúde brasileiro apresentava indicadores desfavoráveis de acesso e de resultados sanitários, profunda desigualdade na oferta de serviços de saúde e nos investimentos de saúde.

d) A Atenção Primária em Saúde pode ser compreendida como uma tendência de inverter a priorização das ações de saúde, substituindo-se a abordagem curativa e fragmentada por uma proposta de responsabilização longitudinal pela população adscrita no território.

e) Com a implantação da Estratégia de Saúde da Família, ocorreu uma delegação de novas responsabilidades e ganho de autonomia no processo decisório de saúde pelas equipes locais, de forma associada a uma transferência de autoridade de gestão administrativa e orçamentária para os Municípios.

RESIDÊNCIA MÉDICA 2012
(ACESSO DIRETO 1)
FACULDADE DE MEDICINA DE PETRÓPOLIS – RJ



100 – Ações de prevenção voltadas à fase final do processo da doença estacionária, que visam a desenvolver a capacidade residual do indivíduo, cujo potencial funcional foi reduzido pela doença, são denominadas de ações de prevenção:

- a) Primária.
- b) Secundária.
- c) Terciária.
- d) Residual.



1 COMENTÁRIO Questão bem direta. Vejamos: A) INCORRETA. É a cada 4 anos. B) INCORRETA. A composição está errada. Vejam: com relação à composição dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, devemos seguir a seguinte distribuição: 50% usuários dos

serviços de saúde; 25% trabalhadores da saúde; 25% gestores e prestadores de serviço. Ou seja, falta incluir os gestores de saúde. C) CORRETA. D) INCORRETA. Não é por meio de vereadores, mas sim pela própria população. Melhor resposta: item C.



2 COMENTÁRIO Vamos analisar as assertivas em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS) e marcar a incorreta: D) Correta. Os Conselhos de Saúde possuem caráter permanente e DELIBERATIVO. Se reúnem 1 vez por mês e 50% dos membros são usuários. C) Correta. Trata-se de um dos princípios organizacionais/operativos do SUS, descrito na Lei 8.080/1990, que dispõe sobre a organização e funcionamento do SUS. B) Correta. A participação social é imperativa ao SUS, sendo um dos seus princípios fundamentais, alcançada através da participação dos usuários nos Conselhos e Conferências de Saúde. A) Incorreta. A primeira parte da afirmativa até começa bem (“caracteriza-se pelo atendimento integral”), pois a integralidade é um princípio do SUS, mas

o problema está na segunda parte: COM ÊNFASE NAS AÇÕES MÉDICO-HOSPITALARES. Vejamos o que diz a Lei 8.080/1990 sobre a integralidade da assistência: é entendida como o “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”. A integralidade pressupõe uma integração entre as diferentes ações, tanto as preventivas como as curativas. Além disso, a reorientação do modelo assistencial brasileiro foi alcançada através da atenção básica, que possui um caráter essencialmente preventivo (além de ter ações curativas também). Dessa forma, percebemos que a alternativa incorreta é a letra A, resposta da questão.



3 COMENTÁRIO Qual dos conceitos acima não é um dos princípios do SUS? A territorialização. Esse conceito faz parte dos fundamentos e diretrizes da política nacional de atenção básica. Essa política discrimina as normas para o funcionamento da atenção básica, da ESF e do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde). As outras

alternativas abrangem os princípios ético-doutrinários do SUS (universalidade, equidade e integralidade) e um dos princípios organizacionais/operativos (regionalização, descentralização, hierarquização, participação social, resolubilidade e complementaridade do setor privado). Resposta CORRETA: letra E.



4 COMENTÁRIO Vamos rever os modelos de atenção à saúde: • Modelo assistencial sanitaria (República Velha / década de 20): trata os problemas de saúde da população através de grandes campanhas e de programas especiais. Não é um modelo de integralidade. Não atua em prevenção. Atua, pontualmente, em determinadas situações. • Modelo médico-assistencial privatista (Ditadura / década de 80 e 70): trata-se de um modelo de demanda espontânea, ou seja, os próprios indivíduos procuram os serviços médicos por iniciativa própria. Também não atuam em prevenção! O foco desse modelo é a doença e não o indivíduo. Teve sua origem na assistência filantrópica e na medi-

cina liberal. Não altera o nível de saúde da população. • Modelos assistenciais alternativos (SUS década 80/90): o principal exemplo é o próprio SUS. Busca a INTEGRALIDADE das ações (medidas de prevenção, cura, reabilitação e educação em saúde). Representa a vigilância em saúde. É capaz de alterar o nível de saúde da população. Vamos às opções: A) INCORRETA. Não é exclusivo; o setor público também pode ser. B) INCORRETA. Como vimos acima, é um modelo de grandes campanhas! C) CORRETA. D) INCORRETA. É exatamente o contrário. E) INCORRETA. Esse é um modelo exclusivamente de grandes campanhas! Não interessa o sujeito. Melhor resposta: letra C.



5 COMENTÁRIO Vamos pelas alternativas: Letra A: CORRETA. Isso é uma função primordial para o seu funcionamento. Letra B: INCORRETA, pois tem que atender às demandas programáticas também. Letra C: INCORRETA, pois todas as pessoas cadastradas têm que sofrer ações educativas. Letra D: INCORRETA,

pois a atenção à saúde, mesmo no âmbito da atenção básica, tem que ser integral, e se a atenção básica não conseguir resolver, deverá encaminhar para outros níveis do próprio SUS. Letra E: INCORRETA, pois tem que atender à demanda programática e espontânea. Portanto, resposta: letra A.



6 COMENTÁRIO Vamos analisar as alternativas, aproveitando para rever os conceitos dos NÍVEIS DE PREVENÇÃO À SAÚDE. Alternativa A: INCORRETA. A Prevenção Primária tem por objetivo evitar ou remover os fatores de risco ou etiológicos antes da instalação de um quadro patológico. Dessa forma, impede que o processo da doença se estabeleça, ao eliminar as causas da doença ou aumentar a resistência contra a mesma. A Promoção da saúde (ex.: encorajar mudanças saudáveis no estilo de vida, na nutrição e no meio ambiente) e a Proteção Específica (recomendar suplementos nutricionais, imunizações e medidas de segurança ocupacional e em veículos automotores) pertencem ao nível primário de prevenção. Alternativa B: INCORRETA. A Prevenção Secundária interrompe o processo de doença quando o indivíduo já está sob a ação do agente patogênico, porém, antes da manifestação dos sintomas. Fazem parte deste nível de prevenção o rastreamento de populações, com o objetivo de detectar precocemente a doença já instalada por meio de inquéritos específicos para a descoberta de casos na população, como também a busca de casos entre indivíduos sob assistência médica (por exemplo, ao realizar *check-up*). O tratamento instituído após a detecção da doença já instalada também é considerado parte da prevenção secundária, pois, apesar de não prevenir a causa que deu início ao processo de doença, pode prevenir a

progressão desta para o estágio sintomático por meio de seu controle. Alternativa C: CORRETA. A Prevenção Terciária busca limitar as consequências físicas e sociais de doenças sintomáticas. Esse nível de prevenção visa à limitação da incapacidade, por meio de tratamento médico ou cirúrgico, para limitar o dano causado pela doença. A reabilitação, como aquela proporcionada, por exemplo, por tratamento fisioterápico, também faz parte deste nível de prevenção. Por exemplo, a reabilitação de um paciente com acidente vascular encefálico inicia com a mobilização precoce das articulações durante o período de imobilidade máxima, o que permite recuperar o uso dos membros, prevenindo que as articulações permaneçam rígidas e contraídas. A seguir, a terapia física auxilia o paciente no reforço à função dos músculos remanescentes, e também no uso dessa função residual, maximizando o seu efeito para as atividades da vida cotidiana. Em suma, na Prevenção Terciária, busca-se: atenuar a invalidez; minimizar as complicações; melhorar a qualidade de vida, promovendo o ajustamento do paciente às condições irremediáveis e evitar mortes precoces nos indivíduos já doentes. Veja que esse nível de prevenção é o apresentado no enunciado da questão, portanto, esta é a alternativa correta. Alternativa D: INCORRETA. O termo Prevenção Residual não é utilizado para caracterizar os níveis de prevenção. Resposta certa: letra C.



7 COMENTÁRIO Pelas alternativas: Letra A: INCORRETA, pois ele acelerou o ritmo de expansão no momento que as prefeituras ganharam mais dinheiro com incentivos a programas específicos, como o PSF. Letra B: INCORRETA, pois é calculado pela população. É uma fonte de financiamento *per capita*. Letra C: CORRETA. Letra D: INCORRETA, pois o PAB variável correspondia

a incentivos destinados às seguintes ações e programas: (a) Programa de Agentes Comunitários de Saúde; (b) Programa de Saúde da Família; (c) Programa de Combate às Carências Nutricionais; (d) Ações Básicas de Vigilância Sanitária; (e) Assistência Farmacêutica Básica; (f) Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental; Portanto, resposta: letra C.



8 COMENTÁRIO

- Atender a todos os pacientes que necessitarem, independentemente de sua classe social ou vínculo empregatício. Ou seja, atender todo mundo = Princípio da UNIVERSALIDADE.
- Priorizar o atendimento de um paciente de 47 anos com dor precordial em relação a outro com dor crônica. Ou seja, atender cada indivíduo conforme a sua necessidade = EQUIDADE.
- Participação do Seu Eugênio no conselho local de saúde, visto que quer ajudar a conseguir que a rua de sua casa seja asfaltada. Ou seja, a população participando nas Diretrizes da Saúde = PARTICIPAÇÃO POPULAR (CONTROLE SOCIAL).
- Dona Maria conseguir agendar uma consulta com o especialista, visto que precisará de transplante hepático causado por uma cirrose em consequência de uma esteatose hepática severa. Além disso, ter acesso a todos os exames e internamentos que necessitar. Ou seja, Dona Maria está sendo atendida na íntegra conforme suas necessidades = INTEGRALIDADE.
- Dona Irma, 54 anos, ser encaminhada com urgência para o oncologista, visto que hoje traz sua mamografia demonstrando BI-RADS IV. Ou seja, encaminhada com urgência, tem que “furar a fila”, pois o problema é grave = EQUIDADE.

Portanto, resposta: letra A.



9 COMENTÁRIO Pelas alternativas: Letra A: INCORRETA, pois, a participação da comunidade deve se dar através dos conselhos e conferências de saúde; Letra B: CORRETA, pois, o programa oferece saúde onde não tinha quem oferecesse; Letra C: INCORRETA, pois, as especialidades continuam a funcionar e devem ser utilizadas, desde que sejam necessárias, e quem vai avaliar isso é o médico generalista, visto que esse

é capaz de resolver cerca de 85% dos problemas de saúde de uma comunidade; Letra D: INCORRETA, pois, equidade significa que situações diferentes merecem abordagens diferentes; Letra E: INCORRETA, pois, na atenção básica não se resolvem só os problemas simples, mas todos os problemas. A atenção terciária é utilizada no momento em que a primária e secundária não conseguem resolver. Portanto, resposta: letra B.



10 COMENTÁRIO Em relação aos agentes comunitários, qual a ação mais específica e marcante que se tornou possível a partir do seu trabalho junto à equipe de saúde da família? Com certeza, a busca ativa! Os agentes de saúde e comunidade, ou ACS, funcionam como um elo entre a unidade de saúde básica e a comunidade. Eles fazem visitas domiciliares nos pacientes, havendo alguns grupos de maior atenção como: crianças, gestantes, hipertensos, diabéticos e pacientes em tratamento para tuber-

culose, entre outros. Caso algum paciente que esteja em maior vigilância de saúde pela equipe se afaste do seu tratamento, falte consultas e precise ser resgatado, o ACS vai até sua casa para saber o que está acontecendo e trazer de volta essa pessoa para o cuidado de sua saúde! Isso é busca ativa, pessoal! Além disso, ele pode trazer novas suspeitas de casos de algumas doenças, o que também seria uma busca ativa por casos novos! Logo, resposta correta: letra C.



11 COMENTÁRIO Vamos pelas alternativas: Letra A: INCORRETA, pois a longitudinalidade visa ao acompanhamento pela atenção básica e não pela rede hospitalar. Letra B: INCORRETA, pois a coordenação é um dos princípios da atenção básica. Ela é um fator fundamental para o sucesso das outras características. O profissional da atenção primária deve saber de todos os problemas de saúde dos indivíduos. É para acabar

com aquela velha frase dos pacientes: “Doutor, já fui a tantos médicos, preciso de um que junte tudo”. Como se baseia fundamentalmente nas informações disponíveis dos pacientes, é fundamental que os prontuários sejam bem feitos. Letra C: INCORRETA, pois quem deve ter o papel principal é a atenção básica. Letra D: INCORRETA, pois esse é o conceito da universalidade. Letra E: CORRETA. Portanto, resposta: letra E.



12 COMENTÁRIO Pelas alternativas: Letra A: INCORRETA. O médico deve realizar consultas de pré-natal de baixo risco e puericultura; Letra B: CORRETA. Pequenos procedimentos cirúrgicos estão entre as suas atribuições; Letra C: INCORRETA. Os médicos devem atender toda a população adscrita, inclusive pessoas que estão em

acompanhamento especializado em outra unidade; Letra D: INCORRETA. O médico deve atender urgência e emergência com posterior encaminhamento, conforme a necessidade; Letra E: INCORRETA. Não existe essa obrigatoriedade. A visita domiciliar deve ser realizada em caso de necessidade. Portanto, resposta: letra B.



13 COMENTÁRIO Questão bastante histórica sobre o sistema de saúde brasileiro. Vamos analisar as afirmativas: Letra A – ERRADA. O único erro desta afirmativa é que os hospitais filantrópicos foram os principais tipos de serviços hospitalares de cuidado à saúde até a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), e não dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs). Os IAPs foram criados somente no período da Ditadura Vargas (1930-1945), enquanto que as CAPs foram criadas antes, na década de 20. Letra B – ERRADA. Entre o final da década de 70 e 80, ocorreram diversos marcos que iriam preceder a implantação do SUS. Primeiro, o Movimento da Reforma Sanitária, com os seus princípios de universalização do direito à saúde, integralidade das ações de cunho preventivo e curativo, descentralização da gestão etc. A Declaração de Alma-Ata, realizada em 1978 teve papel importante na ampliação do conceito de saúde, para uma visão mais abrangente e social, e também no estabelecimento dos princípios da atenção primária em saúde. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, contribuiu para a consolidação dos princípios discutidos no

Movimento da Reforma Sanitária e permitiu a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que iria preceder o SUS. Não houve a implantação de centros de saúde após a 8ª CNS, na realidade, os centros de saúde foram implantados bem antes, na década de 20. Letra C – CERTA. Esta alternativa descreve o contexto em que surgiu o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Letra D – ERRADA. A medicina norte-americana é do tipo mercantilista, que privilegia os sistemas privados de saúde. E não foi essa a influência para a criação do SUS. A sua criação foi incentivada pelo Movimento da Reforma Sanitária e pela 8ª Conferência Nacional de Saúde. Letra E – ERRADA. A implantação dos primeiros centros de saúde no Brasil ocorreu em 1925 apenas. Eram unidades mais complexas que vieram a se tornar, por cerca de sete décadas, nas unidades consagradas à atuação da atenção primária à saúde no Brasil. Em 1917, foram criados postos de profilaxia rural na periferia da cidade do Rio de Janeiro, que priorizava o combate a doenças como a malária, a ancilostomose e a doença de Chagas. Resposta certa: letra C.



14 COMENTÁRIO Vamos relembrar os níveis de prevenção existentes: • Prevenção primordial: é o conjunto de ações que visam evitar o aparecimento e estabelecimento de padrões de vida social, econômica ou cultural que estão ligados a um elevado risco de doença; • Prevenção primária: evitar a doença na população, removendo fatores causais. DIMINUIR A INCIDÊNCIA DA DOENÇA; • Prevenção secundária: identificar e corrigir o mais precocemente possível

qualquer desvio da normalidade; • Prevenção terciária: reduzir a incapacidade para permitir uma rápida e melhor reintegração do indivíduo na sociedade; • Prevenção quaternária: prevenção da iatrogenia. Ou seja, não fazer, por exemplo, um procedimento médico desnecessário; o que pode acarretar risco ao paciente. Portanto, imunização é primária; reabilitação é terciária; diagnóstico precoce é secundária e evitar iatrogenia é quaternária. Resposta: item C.



15 COMENTÁRIO Vamos analisar as alternativas: Alternativa “A”: INCORRETA. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a estratégia para a organização da ATENÇÃO BÁSICA no SUS (portanto, a integração com serviços especializados e hospitais, embora possa ocorrer, não determina sua resolutividade). O objetivo da ESF refere-se à reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas. Alternativa “B”: CORRETA. A ESF busca superar as práticas baseadas em um modelo biomédico e reparativo, centrado na doença e em seus efeitos, com ênfase em procedimentos tecnicistas e individuais, que evidentemente não responde de forma eficiente aos problemas de saúde da população. O Programa Saúde da Família (PSF) surgiu no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS. Assim, o PSF se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção, e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde, na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois

age preventivamente sobre ela. Alternativa “C”: está CORRETA, pois o PSF teve início quando o Ministério da Saúde formulou, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com a finalidade de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas. Alternativa “D”: também CORRETA. Ao tomarmos a atenção primária da saúde como uma proposta para se repensar o modo como o sistema de saúde está organizado, pensamos na possibilidade de que outras formas de organização do atendimento sejam desenvolvidas, diferenciadas da atenção por consulta, de curta duração, característica da atenção secundária, ou do manejo da enfermidade no longo prazo, típico da atenção terciária. Esta pode ser compreendida como uma tendência, relativamente recente, de se inverter a priorização das ações de saúde, de uma abordagem curativa, desintegrada e centrada no papel hegemônico do médico, para uma abordagem preventiva e promocional, integrada com outros profissionais da saúde e dirigida às populações de territórios delimitados pelos quais assumem responsabilidade. Alternativa “E”: também está CORRETA. Responsabilização e vínculo implicam em que as equipes assumam como sua responsabilidade contribuir para melhoria da saúde e da qualidade de vida das famílias na sua área de abrangência. Sendo assim, melhor resposta, letra A.



16 COMENTÁRIO Vamos por cada afirmativa.

1 - Um sistema de saúde cuja porta de entrada é composta por serviços de atenção primária é mais eficiente e traz maior satisfação à população, além de, em comparação com outros, apresentar menores custos. VERDADEIRA. Vamos lembrar que a atenção primária consegue resolver cerca de 85% dos problemas de saúde da população, está mais “perto” do paciente, o acompanha e o acolhe de maneira correta.

2 - A porta de entrada está associada a diversas vantagens: menos consultas por um mesmo problema; menos exames complementares; menos hospitalizações ou hospitalizações mais curtas; menos cirurgias; mais ações preventivas e adequadas; maior qualidade das ações e maiores chances de que ocorram no tempo certo. VERDADEIRA. É um complemento da afirmativa anterior. E cabe lembrar que apesar de ter que

fornecer atenção integral, o objetivo primordial são as ações preventivas. *3 - No Brasil, o SUS tem como valores a universalidade, a equidade e a integralidade, e como princípios a participação e o controle social, a descentralização, a regionalização com hierarquização, o enfoque nas pessoas/famílias e a orientação para a qualidade.* VERDADEIRA. Repare como as afirmativas da questão são positivas, são boas, cheias de elogios às intenções do SUS. E é isso mesmo, no papel o SUS é o melhor sistema do mundo, pena que a realidade. *4 – A longitudinalidade, a continuidade do cuidado e o estabelecimento do vínculo pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e a recorrência a ela ao longo do tempo, o que implica a adscrição da população pelas equipes de saúde.* VERDADEIRA. E vamos lembrar que os conceitos citados na afirmativa fazem parte dos princípios da atenção básica. Resposta: letra B.



17 COMENTÁRIO Vamos analisar cada letra, observando os erros e acertos em cada uma: Letra A: em 1978 a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) realizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, e propuseram um acordo e uma meta entre seus países membros para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, através da APS. INCORRETA. Letra B: a ideia de atenção primária à saúde, através, principalmente, da Estratégia de Saúde da Família, chegou com ideia de reorganizar o sistema de saúde, saindo de

um modelo curativo para um modelo preventivo, seguindo o caminho de inúmeros países desenvolvidos. CORRETA. Letra C: é um dos modelos mais difundidos de assistência à saúde nos países ricos. Afinal, como já foi provado, apresenta resolubilidade altíssima, da ordem de 90%. INCORRETA. Letra D: tem total relação com a equidade. Afinal, casos desiguais continuam sendo tratados como desiguais, necessitando, em alguns casos, de encaminhamentos aos níveis secundário e terciário de atenção. INCORRETA. Letra E: a estratégia de saúde da família é o “carro-chefe” do modelo de atenção primária à saúde defendido em nosso país. INCORRETA.



18 COMENTÁRIO Em relação às alternativas: Alternativa “A”: INCORRETA, pois a constituição do Sistema Único de Saúde, universal e integral, significou um AVANÇO, e não retrocesso, na luta social pela desmercantilização da medicina e a construção de um estado de bem-estar social e de cidadania no Brasil. O advento do estado de bem-estar social significa a desmercantilização da saúde, com a elevação de seu estatuto a direito universal e nuclear para a cidadania plena. Alternativa “B”: INCORRETA. A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada no ano de 1986, contou com a participação de técnicos do setor de saúde, de gestores e da sociedade organizada, propondo um modelo de proteção social com a garantia do direito à saúde integral. Associações e conselhos tiveram seu papel como atores na reforma, ao entrar no movimento sanitário em conjunto com outros atores. No entanto, as medicinas de grupo não desempenharam papel nessa liderança, ao contrário, o setor privado da saúde e suas instituições representativas foram opositores à reforma sanitária. Alternativa “C”: INCORRETA. O SUS pode contratar serviços privados para complementar a prestação de serviços, nas situações

em que sua rede se mostra insuficiente. Alternativa “D”: CORRETA. A saúde teve um expressivo reconhecimento e inserção na nova Constituição, promulgada em outubro de 1988, destacando-se sua inclusão como um componente da seguridade social, a caracterização dos serviços e ações de saúde como de relevância pública e seu referencial político básico expresso no artigo 196, no qual é assumido que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”. Alternativa “E”: INCORRETA. As propostas da reforma sanitária eram CONTRÁRIAS à drenagem de recursos públicos para o setor privado na saúde. No entanto, ainda hoje, o gasto de dinheiro público para pagamento da saúde privada representa uma contradição e um efetivo subsídio público aos planos privados de saúde. Ainda existe dependência do sistema privado, decorrente da infraestrutura insuficiente do SUS, que ganha destaque por comprometer a regionalização, a hierarquização e a acessibilidade ao sistema. Desse modo, a alternativa correta é a “D”.



19 COMENTÁRIO NASF é o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. É formado por equipes de profissionais de diferentes áreas de atuação, para agirem em parceria com os profissionais das Equipes de Saúde da Família, com os profissionais das Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais etc.) e academia da saúde. Apesar de fazerem parte da atenção básica, não são serviços com unidades físicas independentes ou especiais e não são de livre acesso para a população. Eles devem receber pacientes referenciados de outras unidades de atenção básica para completar tratamentos, dúvidas diagnósticas, ou seja, apoio. Agora, as alternativas: Letra A: INCORRETA, pois não é porta de entrada. Letra B: INCORRETA, pois está vinculado, sim, a um número específico de equipes. Observe a seguir: NASF 1 - deverá estar

vinculado a, no mínimo, 5 (cinco) e, no máximo, 9 (nove) Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais). NASF 2 - deverá estar vinculado a, no mínimo, 3 (três) e, no máximo, 4 (quatro) Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais). NASF 3 - deverá estar vinculado a, no mínimo 1 (uma) e, no máximo, 2 (duas) Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada. Letra C: CORRETA. Letra D: INCORRETA, pois dependem do território de abrangência das Equipes de Saúde da Família. Resposta: letra C.



20 COMENTÁRIO Os princípios do SUS podem ser divididos em: **PRINCÍPIOS ÉTICOS/DOCTRINÁRIOS:** - Universalização: é a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. - Integralidade: o homem é um ser integral e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde. - Equidade: situações diferentes merecem abordagens diferentes. **PRINCÍPIOS ORGANIZACIONAIS/OPERATIVOS:** - Descentralização: redistribuição das responsabilidades (município, estado, união), com maior responsabilidade aos municípios. - Regionalização:

serviços dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. - Hierarquização: os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente. - Participação social: a população participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. - Resolubilidade: o serviço tem que estar capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência. - Complementaridade do setor privado: quando o setor público não for suficiente, é necessária a contratação de serviços privados. Portanto, resposta: letra D.



21 COMENTÁRIO 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). Pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal (ou equipe de Saúde Bucal – ESB): 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 corresponsabilidade no cuidado com a saúde. O ideal, em média, são 3.000 habitantes. Portanto, gabarito: letra E.



22 COMENTÁRIO O CONSELHO DE SAÚDE é órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei nº 8.142/90 (Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003, do Conselho Nacional de Saúde). De acordo com a Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012, que aprova diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde, vamos rever alguns pontos: A ORGANIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE: a participação da sociedade organizada, garantida na legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. A LEGISLAÇÃO ESTABELECE, AINDA, A COMPOSIÇÃO PARITÁRIA DE USUÁRIOS EM RELAÇÃO AO CONJUNTO DOS DEMAIS SEGMENTOS REPRESENTADOS. O Conselho de Saúde será composto por representantes de entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, de entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, do governo e de entidades representativas de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária. Nos Municípios onde não existem entidades, instituições e movimentos organizados em número suficiente para compor o Conselho, a eleição da representação será realizada em plenária no Município, promovida pelo Conselho Municipal de maneira ampla e democrática. I - O número de conselheiros será definido pelos Conselhos de Saúde e constituído em lei. II - Mantendo o que propôs as Resoluções nº 33/92 e

nº 333/03 do CNS, e consoante com as Recomendações da 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma: a) 50% de entidades e movimentos representativos de usuários; b) 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde; c) 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos. III - A participação de órgãos, entidades e movimentos sociais terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto da sociedade, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde. De acordo com as especificidades locais, aplicando o princípio da paridade, serão contempladas, dentre outras, as seguintes representações: a) associações de pessoas com patologias; (alternativa “B” correta); b) associações de pessoas com deficiências; c) entidades indígenas; (alternativa “A” correta); d) movimentos sociais e populares, organizados (movimento negro, LGBT etc); e) movimentos organizados de mulheres, em saúde; f) entidades de aposentados e pensionistas; g) entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais; h) entidades de defesa do consumidor; i) organizações de moradores; j) entidades ambientalistas; k) organizações religiosas; (alternativa “C” correta); l) trabalhadores da área de saúde: associações, confederações, conselhos de profissões regulamentadas, federações e sindicatos, obedecendo às instâncias federativas; m) comunidade científica; n) entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento; o) entidades patronais; p) entidades dos prestadores de serviço de saúde; e q) governo. A alternativa “D” é a resposta dessa questão, pois não há referência à representação da “Câmara Municipal” nos Conselhos de Saúde.



23 COMENTÁRIO *Por que organizar o processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família com base na territorialização?* A unidade de saúde da família inicia seus trabalhos com a territorialização e a adscrição de clientela. Feito isso, o processo de trabalho da Equipe de Saúde de Família deve ser organizado de acordo com as **NECESSIDADES EM SAÚDE DA POPULAÇÃO DAQUELE TERRITÓRIO**. Se aquela população sofre, por exemplo,

com alguma doença específica (muitos casos de tuberculose), deve ser feita alguma abordagem mais específica para o tema em prol de melhorar as condições de saúde daquela comunidade. Assim, a equipe poderá atender à população de forma eficaz. E, para isso, o diálogo com a comunidade é fundamental. O vínculo com a comunidade deve procurar ser estabelecido desde o momento da implantação da USF. Portanto, resposta letra C.



24 COMENTÁRIO Os NASF fazem parte da atenção básica (primária), mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais. Para exercer suas atividades, as equipes NASF devem ocupar o espaço físico das unidades às quais estão vinculadas, ou ainda outros espaços disponíveis no território, como o espaço das academias da saúde, escolas, parques, dentre outros. Letras A, B e D erradas. O NASF trabalha na lógica do apoio matricial. Isso significa, em síntese, uma estratégia de organização da clínica e do cuidado em saúde a partir da integração e cooperação entre as equipes responsáveis pelo cuidado de determinado território. A ideia é de que os profissionais da equipe do NASF possam compartilhar

o seu saber específico com os profissionais da ESF, fazendo com que a equipe Saúde da Família amplie seus conhecimentos e, com isso, aumente a resolutividade da própria atenção básica. São exemplos de ações de apoio matricial: discussão de casos, atendimentos compartilhados (NASF + ESF vinculada), atendimentos individuais do profissional do NASF precedida ou seguida de discussão com a ESF, construção conjunta de projetos terapêuticos, ações de educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações inter-setoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc. Resposta: letra C.



25 COMENTÁRIO Ou seja, a questão quer o modelo em que todo o cidadão brasileiro será atendido pelo SUS, e não mais só os contribuintes da previdência social. Todo cidadão com direito ao atendimento médico = UNIVERSALIZAÇÃO. Lembrando: - Equidade - Situações diferentes merecem abordagens diferentes. - Integralidade - O homem é um ser integral e deverá ser atendido com

esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde. - Resolubilidade – O serviço tem que estar capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência. - Hierarquização - Os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente. Resposta: letra A.

**26 COMENTÁRIO** Vamos analisar as afirmativas:

I – Correta. A Lei Eloy Chaves, de 1923, é também chamada de “mãe da Previdência Social no Brasil” porque instituiu as primeiras Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS). II – Correta. O INPS foi criado a partir da unificação dos IAPS, em 1966, durante o governo de Castelo Branco, primeiro presidente durante o período da ditadura militar no Brasil. III – Correta. A Oitava Conferência Nacional de Saúde (de 1986), que lançou as bases para a implantação do Sistema Único de Saúde, foi o primeiro espaço em que houve participação paritária dos usuários. Apesar de isso ainda não ser obrigatório por lei (a Lei 8.142 que trata da participação popular no SUS só veio em 1990), essa conquista, dentre outras, da Oitava Conferência se deu devido à presença atuante de fortes lideranças

da Saúde Pública. A Comissão Organizadora da CNS de 1986 foi presidida por Sérgio Arouca, que era uma das principais lideranças do Movimento da Reforma Sanitária. IV – Incorreta. O PREV-SAÚDE visava reordenar o modelo da prestação de serviços do setor de saúde, para adequá-lo às necessidades prioritárias da população e aos meios disponíveis para custeá-lo. Não tinha como objetivo incentivar a privatização do setor saúde, mas sim diminuir os seus custos e reforçar a importância da atenção primária. V – Incorreta. O PAB contém dois componentes, um fixo, baseado no número de habitantes de um dado município ou região, e o variável, um incentivo financeiro no caso do município aderir a alguns programas estratégicos específicos como a estratégia de saúde da família. Sendo assim, as afirmativas corretas são apenas: I, II e III. Resposta letra B.



27 COMENTÁRIO Essa questão trata do financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS. De acordo com a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, em seu artigo 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 Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias” (TÍTULO V - DO FINANCIAMENTO - CAPÍTULO I - Dos Recursos). A Constituição de 1988 consagrou a SEGURIDADE SOCIAL como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à SAÚDE, À PREVIDÊNCIA E À ASSISTÊNCIA SOCIAL” (TÍTULO VIII, CAPÍTULO II, Seção I, art. 194). Além de criar o conceito de Seguridade Social, a Constituição Federal buscou assegurar FONTES DE FINANCIAMENTO adequadas para o custeio dos novos benefícios. Estabeleceu-se, então, que a Seguridade Social seria custeada por um orçamento próprio: o ORÇAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL (OSS), de modo a assegurar o adequado financiamento aos direitos previdenciários, da saúde e da assistência. Ao estabelecer as fontes de receita do OSS, buscava-se blindar o financiamento da política social contra as flutuações cíclicas da economia. Até então, as receitas do Sistema de Previdência e Assistência Social provinham principalmente das CONTRIBUIÇÕES SOBRE A FOLHA DE PAGAMENTO, acompanhando, portanto, as variações da massa salarial por efeito das

flutuações da economia. Para garantir as bases legais e financeiras da Seguridade Social, foram estabelecidas contribuições específicas, que se caracterizam por sua diversidade e sua vinculação ao Orçamento da Seguridade Social. Por meio da diversificação das fontes, buscava-se assegurar fontes alternativas à folha de salários, reduzindo os impactos das crises econômicas e aumentando a solidariedade da sociedade com o custeio da proteção social. Assim, além das tradicionais contribuições de empregados e empregadores sobre a folha de salário, instituíram-se outras bases para o financiamento. Foram utilizadas como fontes de financiamento: - Contribuições sobre a folha de salários (previdência urbana); - Faturamento das empresas, através do Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL), posteriormente transformado em Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS); - Programa de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/PASEP); - Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) das empresas; - Uma parcela da receita de concursos de loterias e prognósticos; - Aporte de recursos fiscais por parte das três esferas de governo; - Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), criada para financiar a Saúde, que veio somar-se às outras fontes em 1996. Ao longo dos últimos 20 anos, ocorreu uma ESPECIALIZAÇÃO DAS FONTES DE FINANCIAMENTO, inicialmente sem base legal, sendo que, com a Emenda Constitucional 20, OS RECURSOS DA FOLHA SALARIAL FICARAM RESERVADOS EXCLUSIVAMENTE À PREVIDÊNCIA SOCIAL. Assim, a alternativa que traz a resposta correta para essa questão é a “E”.



28 COMENTÁRIO Internacionalmente, tem-se apresentado Atenção Primária à Saúde (APS) como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades. É a porta de entrada do sistema, e é responsável por resolutividade de até 90% das condições de saúde, além de atuar como coordenadora do cuidado atuando na inserção e comunicação com os diversos níveis de atenção. As principais características APS são: Constituir a porta de entrada do serviço: espera-se da APS que seja mais acessível à população, em todos os sentidos, e que, com isso, seja o primeiro recurso a ser buscado. Continuidade do cuidado: a pessoa atendida mantém seu vínculo com o serviço ao longo

do tempo, de forma que quando uma nova demanda surja esta seja atendida de forma mais eficiente; essa característica também é chamada de longitudinalidade. Integralidade: o nível primário é responsável por todos os problemas de saúde; ainda que parte dele seja encaminhado a equipes de nível secundário ou terciário, o serviço de Atenção Primária continua corresponsável. Nessa característica, a Integralidade também significa a abrangência ou ampliação do conceito de saúde, não se limitando ao corpo puramente biológico. Coordenação do cuidado: mesmo quando parte substancial do cuidado à saúde de uma pessoa for realizado em outros níveis de atendimento, o nível primário tem a incumbência de organizar, coordenar e/ou integrar esses cuidados, já que frequentemente são realizados por profissionais de áreas diferentes ou terceiros, e que portanto têm pouco diálogo entre si. Logo, resposta é a letra E.



29 COMENTÁRIO Olhando rápido pode parecer difícil, mas se analisarmos essa questão sob o olhar de uma importante pesquisadora da atenção básica, fica mais fácil. Barbara Starfield, uma importante autora sempre citada nas referências de provas, define que principais características da Atenção Primária à Saúde (APS) são: Constituir a porta de entrada do serviço — espera-se da APS que seja mais acessível à população, em todos os sentidos, e que com isso seja o primeiro recurso a ser buscado. Dessa forma, a autora fala que a APS é o Primeiro Contato da medicina com o paciente. Continuidade do cuidado — a pessoa atendida mantém seu vínculo com o serviço ao longo do tempo, de forma que quando uma nova demanda surge, esta seja atendida de forma mais eficiente; essa característica também é chamada de longitudinalidade. Integralidade — o nível primário é responsável por todos os problemas de saúde; ainda que parte deles seja encaminhado a

equipes de nível secundário ou terciário, o serviço de atenção primária continua corresponsável. Além do vínculo com outros serviços de saúde, os serviços do nível primário podem lançar mão de visitas domiciliares, reuniões com a comunidade e ações intersetoriais. Nessa característica, a Integralidade também significa a abrangência ou ampliação do conceito de saúde, não se limitando ao corpo puramente biológico. Coordenação do cuidado — mesmo quando parte substancial do cuidado à saúde de uma pessoa for realizado em outros níveis de atendimento, o nível primário tem a incumbência de organizar, coordenar e/ou integrar esses cuidados, já que frequentemente são realizados por profissionais de áreas diferentes ou terceiros, e que portanto, têm pouco diálogo entre si. Ou seja, ao visar o rastreamento, o indivíduo está sendo visto de forma integral, como um todo, em todos seus aspectos de saúde e doença. Portanto, melhor resposta, afirmativa A.



30 COMENTÁRIO Bom, se temos uma região com acesso bem melhor do que o outro, que princípios dentre os citados estamos burlando? O da equidade, pois as regiões Norte e Nordeste precisam de muito mais acesso à saúde pública que a região Sul e Sudeste. Vamos aproveitar e lembrar do princípio: “assegurar ações e serviços

de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos”. Portanto, resposta: letra A.



31 COMENTÁRIO Pelas alternativas: Letra A: CORRETA. É o princípio da longitudinalidade, que é fundamental para a atenção básica. Letra B: CORRETA. Lembrando que é um princípio do SUS que deve funcionar em todos os níveis do sistema. Letra C: CORRETA. Saber

tudo o que acontece com o paciente, mesmo quando ele é atendido em outros níveis do sistema. Letra D: INCORRETA. Pois não é centralizada em ninguém. Lembre-se de que deve ser uma equipe multiprofissional (enfermeiro, agentes de saúde etc.). Portanto, resposta: letra D.



32 COMENTÁRIO Vamos fazer um breve resumo do tema: NOB 91 - centralizada a gestão na esfera federal. NOB 93 - tem como objetivo organizar o processo de descentralização. NOB 96 - promove e consolida a municipalização. Cria o Piso da Atenção Básica. NOAS 2002 - amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica. Cria o PAB ampliado.

Voltando à questão: Os marcos legais que fortaleceram o processo de descentralização, hierarquização e regionalização no SUS foram as NOAS – Normas Operacionais de Assistência à Saúde, de 2001 e 2002, inclusive, com a instituição do Plano Diretor de Regionalização, como descrito no enunciado. Dessa forma, o gabarito é a letra D.



33 COMENTÁRIO Essa é uma questão muito complexa, porém muito explorada pela banca da UNICAMP. Temos um gráfico que mostra a evolução de diferentes tipos de serviço de saúde em nosso país, desde 1981 até 2008; portanto, avalia diretamente a criação do SUS, em 1988. Percebam que as clínicas privadas e os postos e centros de saúde tiveram um aumento vertiginoso a partir do final da década de 80. O mesmo não ocorreu com os hospitais e serviços de emergência em nosso país. Isso tudo remete a um conceito muito explorado por uma série de autores sobre política de saúde pública em nosso país: a **Universalização Excludente**. Trata-se de um conceito simples. Apesar do SUS pregar a Universalização (ou seja, a saúde é um direito de todos e um dever do Estado), os péssimos serviços oferecidos fizeram com que uma parcela da população, que pode pagar um plano de saúde (ou seja, de acordo com o poder de compra), procurasse outras formas de atendimento, criando diferentes pacotes de saúde, com aumento significativo das clínicas privadas. Na tentativa de tentar corrigir esse aumento,

o serviço público também aumentou muito o número de centros de saúde, porém sem conseguir garantir a equidade e a integralidade do cuidado. Vamos analisar cada alternativa, para ficar mais claro: A) INCORRETA. Isso não é refletido no gráfico. Percebam que não houve grande expansão dos centros de emergências e ambulatórios especializados. B) INCORRETA. Se isso fosse verdade, não observaríamos um aumento nas clínicas privadas, como pode ser bem visto no gráfico. Lembrem-se do conceito de Universalização Excludente. O aumento no número de clínicas privadas levou ao aumento do número de leitos de internação, porém somente para uma parcela específica da população. C) INCORRETA. Não foi a incorporação de novas tecnologias que levou à diminuição no número de centros de especialidades. Vários fatores contribuíram para tal. Além disso, não tivemos uma diminuição no número de leitos, visto pelo aumento no número de clínicas privadas. D) CORRETA. É exatamente o conceito da Universalização Excludente. Portanto, melhor resposta: item D.



34 COMENTÁRIO Alternativa “A”: está INCORRETA. A territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho do Programa de Saúde da Família. Essa tarefa adquire ao menos três sentidos diferentes e complementares: de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, da população e da dinâmica social existente nessas áreas; e de estabelecimento de relações com outros serviços adjacentes e centros de referência. É uma estratégia para influenciar ou controlar pessoas, recursos, fenômenos e relações, delimitando e efetivando o controle sobre uma área; ou uma expressão geográfica do exercício do poder em um território. Portanto, AFETA O PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE que atuam nessas populações. Alternativa “B”: INCORRETA. A territorialização não necessariamente precisa ser efetuada por um profissional da geografia, engenharia ou especialista em meio ambiente. A Estratégia de Saúde da Família define que é responsável por um recorte territorial, correspondente à área de atuação das equipes de saúde da família, ou dos agentes comunitários de saúde, segundo agregados de famílias a serem atendidas, que pode compreender um bairro, parte dele, ou vários bairros, nas áreas urbanas; ou várias locali-

dades, incluindo populações esparsas, em áreas rurais. Alternativa “C”: CORRETA. O território é o resultado de um acúmulo de situações históricas, ambientais e sociais, que promovem condições particulares para a produção de doenças. O reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Alternativa “D”: está INCORRETA. No setor da saúde, os territórios estruturam-se por meio de horizontalidades que se constituem em uma rede de serviços que DEVE SER OFERTADA PELO ESTADO A TODO E QUALQUER CIDADÃO como direito de cidadania, de modo a assegurar a UNIVERSALIDADE DO ACESSO, a integralidade do cuidado e a equidade da atenção. Sua organização e operacionalização no espaço geográfico nacional pauta-se pelo pacto federativo e por instrumentos normativos, que asseguram os princípios e as diretrizes do Sistema de Saúde, definidos pela Constituição Federal de 1988. Em geral, para aqueles mais desprovidos de recursos, restam os lugares de piores condições, e essas diferenças devem ser reconhecidas para que se possa atuar sobre os seus determinantes. Desse modo, a alternativa CORRETA para essa questão é a letra “C”.



35 COMENTÁRIO A questão trata da Resolução Normativa nº 259, de 17 de junho de 2011, da ANS, que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde (e altera a Instrução Normativa nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO). Vamos rever alguns artigos desta resolução: Art. 2º. A operadora deverá garantir o acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para atendimento integral das coberturas previstas nos arts. 10, 10-A e 12, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, no município onde o beneficiário os demandar, desde que seja integrante da área geográfica de abrangência

e da área de atuação do produto. Art. 3º. A operadora deverá garantir o atendimento integral das coberturas referidas no art. 2º nos seguintes prazos: I - Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia: em até 7 (sete) dias úteis (contrariando as alternativas B e C). II - Consulta nas demais especialidades médicas: em até 14 (quatorze) dias úteis (contrariando a alternativa D). IX - Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até 3 (três) dias úteis (contrariando a alternativa E). § 3 O prazo para consulta de retorno ficará a critério do profissional responsável pelo atendimento (portanto, alternativa A = correta). Resposta: alternativa A.



36 COMENTÁRIO Questão que aparentemente parece fácil e com duas respostas corretas, mas que não é bem assim. Vamos pelas alternativas: Letra A: correta. Esse foi um dos grandes impactos de estratégia. Problemas de saúde passaram a ser resolvidos na atenção primária e não mais nos hospitais como complicações por falta de cuidado; Letra B: incorreta, pois ocorreu justamente o contrário, vide explicação da letra A; Letra C: incorreta, pois a mortalidade infantil é calculada a partir da relação entre os óbitos abaixo de 1 ano e os nascidos vivos; Letra D:

muito cuidado aqui! A afirmativa começa corretíssima, mas no final ela se torna incorreta, pois não foi a melhora de determinantes sociais, o desemprego continua, a baixa escolaridade também, a criminalidade (...), as condições ambientais também não foram os principais determinantes, ainda falta muito saneamento. O que chamou mais atenção nessa queda foi a diminuição da desnutrição, orientação ao aleitamento materno, programas de vacinação, acesso a saúde. Portanto, alternativa incorreta. Resposta letra A.



37 COMENTÁRIO Questão sem maiores dificuldades. Vamos pelas afirmativas: I - CORRETA. Isso é fundamental. Dessa forma, sabemos com que tipo de população estamos lidando para fornecer tratamento, prevenção e reabilitação adequados. Por exemplo, não dá para discutir medidas contra malária no Sul do País. II - INCORRETA.

O processo de trabalho visa à cura, reabilitação e prevenção, com ênfase nesta última. Além disso, deve se basear em atividades programáticas de acordo com a necessidade de cada população. III - CORRETA. Dessa forma se tem a ideia correta da real situação de saúde da população para as atividades programáticas. Portanto, resposta: letra C.



38 COMENTÁRIO Vamos pelas alternativas: Letra A: CORRETA. O acesso aos medicamentos que fazem parte do componente especializado da assistência farmacêutica no SUS será garantido mediante a pactuação entre a União, Estados, Distrito Federal e Municípios; Letra B: INCORRETA. Os recursos da vigilância sanitária fazem parte do bloco de financiamento para a vigilância em saúde, e não do bloco de financiamento da atenção básica. Além disso, a responsabilidade pelas ações de vigilância epidemiológica e ambiental é do município; Letra C: INCORRETA. Todos

podem e devem investir nos três níveis de atenção. Aqueles municípios que não conseguirem podem criar os consórcios intermunicipais; Letra D: INCORRETA. Isso não está na lei. Segundo a mesma, quem deve definir tudo é a União; Letra E: INCORRETA. Os gestores interessados em credenciar estabelecimentos para o SUS devem selecionar um estabelecimento de saúde inscrito no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), após ter sido identificada a necessidade de serviços, visando otimizar a atenção à saúde de sua população. Portanto, resposta: letra A.



39 COMENTÁRIO Questão extraída da Lei 8.080/90, em seu artigo 35. Vamos, portanto, transcrever o trecho para facilitar o entendimento: “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.” Resposta: letra B.



40 COMENTÁRIO A Lei 8.142 (letra C incorreta) é a lei que determina a participação popular e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Quanto à participação popular, ela cria os conselhos e as conferências de saúde. Os conselhos são formados por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, sendo que estes últimos detêm 50% dos membros (representação dos usuários paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos). Atuam no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. São permanentes e deliberativos (letra E incorreta, pois é atividade do

conselho e não da conferência) e se reúnem uma vez por mês. Indicam e nomeiam gestores dos serviços de saúde pertencentes ao SUS. As conferências de saúde são realizadas de 4 em 4 anos (letra A incorreta), com representantes dos vários segmentos sociais, com o objetivo de avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação das políticas de saúde. Assim como os conselhos, a representação dos usuários será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. Podem ser convocadas pelos Conselhos de Saúde ou pelo Poder Executivo (letra B correta), e não precisam ser organizadas pelo CONASS (letra D incorreta). Dessa forma, resposta: letra B.



41 COMENTÁRIO Para responder a esta questão, vamos analisar as assertivas: I) Incorreta. FIRO (*Fundamental Interpersonal Relations Orientations*) é uma das ferramentas de abordagem familiar. É aplicável em quatro situações: 1. quando as interações na família podem ser categorizadas nas dimensões inclusão, controle e intimidade, ou seja, a família pode ser estudada quanto às suas relações de poder, comunicação e afeto; 2. quando a família sofre mudanças importantes, ou ritos de passagem, tais como descritos no ciclo de vida, e faz-se necessário criar novos padrões de inclusão, controle e intimidade; 3. quando a inclusão, o controle e a intimidade constituem uma sequência inerente ao desenvolvimento para o manejo de mudanças da família; 4. ou quando as três dimensões anteriores constituem uma sequência lógica de prioridades para o tratamento: inclusão, controle e intimidade. II) Correta. Heredograma é um diagrama, uma representação gráfica, que representa as relações de parentesco, que acrescentado de informações de saúde, relacionamento, emprego... vira um genograma. Acaba sendo um sinônimo de genograma ou familiograma. III) Correta. Em todos esses exemplos, as ferramentas de abordagem familiar são de grande utilidade, pois permitem identificar questões estruturais e relacionadas a um padrão genético ou a questões

do ambiente familiar, como problemas de relacionamento, situações de dependência etc. IV) Correta. O APGAR Familiar busca identificar a satisfação de cada membro da família, representado pela sigla APGAR que significa: *Adaptation* (Adaptação), *Partnership* (Participação), *Growth* (Crescimento), *Affection* (Afeição) e *Resolve* (Resolução). A avaliação é feita por meio de questionário contendo cinco perguntas referentes aos aspectos abordados, as quais serão pontuadas e analisadas. A partir da aplicação do questionário e da avaliação do contexto familiar, é possível desenhar um plano terapêutico que poderá ser desenvolvido pelo próprio médico de família, podendo exigir a participação de outros profissionais, como enfermeiros, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais ou de família. V) Incorreta. Essa descrição se refere à ferramenta FIRO. O modelo *P.R.A.C.T.I.C.E* permite a avaliação do funcionamento das famílias, facilita a coleta de informações e entendimento do problema, seja ele de ordem clínica, comportamental ou relacional, assim como a elaboração de avaliação e construção de intervenção com dados colhidos junto à família, identificando as seguintes dimensões: problema, papéis e estrutura, afeto, comunicação, tempo, doenças na família (passadas ou presentes), lidando com o estresse e ecologia. Dessa forma, percebemos que as corretas são II, III, IV. Gabarito: letra C.



42 COMENTÁRIO Vamos analisar cada alternativa: Letra A: a integralidade prioriza ações que integrem desde a prevenção até a cura. INCORRETA. Letra B: a participação social ocorre da forma dita na alternativa e é sim autorizada pela Lei 8.142, que criou as conferências e conselhos. INCORRETA. Letra C:

a descentralização é que, às vezes, pode ser entendida como a municipalização, mas a hierarquização não. Esta inclui a separação de serviços de acordo com a necessidade dos pacientes, de maneira hierarquizada. INCORRETA. Letra D: afirmativa conceitual e CORRETA. Resposta: letra D.



43 COMENTÁRIO Mais direta impossível! A Norma que estabelece a municipalização, consagrando a descentralização, além de definir diferentes níveis de responsabilidade e competência para a gestão do SUS, e ainda cria as comissões intergestoras bi e tripartite, é a Norma Operacional Básica 93 (ou NOB 93). Resposta letra C.



44 COMENTÁRIO Vamos aproveitar e aprender alguns conceitos com essa questão: A - “FIRO” significa Orientações Fundamentais nas Relações Interpessoais. É útil quando nos deparamos com situações de doenças agudas, de hospitalizações ou acompanhamento das doenças crônicas, pois a família deverá negociar, entre seus membros, possíveis alterações de papéis decorrentes das crises familiares advindas dessas situações. Ela também pode ser usada para entender como uma família está lidando com alterações no ciclo de vida ou na avaliação de disfunções conjugais ou familiares. B - Ecomapa: é um desenho complementar ao genograma que consiste na representação gráfica dos contatos dos membros da família com os outros sistemas sociais, incluindo a rede de suporte sócio-sanitário. C - Ciclo de vida familiar. Em que parte da

vida está essa família (só pais, filhos, aposentados etc). D - *Practice*: este modelo fornece informações sobre quais intervenções podem ser utilizadas para manejar um caso específico. Ele pode ser usado para itens da ordem médica, comportamental e de relacionamentos. É focado na resolução de problemas, o que permite uma aproximação com várias interfaces que criam problemas para as famílias analisadas. Deve ser aplicado sob a forma de uma conferência familiar e a abordagem pode se dar em diversas aproximações. E - Genograma: é traçado a partir de símbolos gráficos, com intuito de mostrar graficamente a estrutura e o padrão de repetição das relações familiares. Mostra as doenças que costumam ocorrer, a repetição dos padrões de relacionamento e os conflitos que desembocam no processo de adoecimento. Portanto, resposta: letra D.



45 COMENTÁRIO A paciente retornou à Unidade Básica de Saúde (UBS) com a mesma queixa, e ainda não havia conseguido realizar a colonoscopia. A organização do nosso sistema de saúde pressupõe que, primeiro, o usuário deva passar pelo nível primário de atenção (ex.: UBS) que seria a porta de entrada do sistema, e, em seguida, ser encaminhado para níveis crescentes de complexidade (atenção secundária ou terciária). Sabemos que a colonoscopia é um exame de alta complexidade, que não é realizado em um nível básico de atenção e,

portanto, necessita ser referenciado. Percebe-se que não houve problema de acessibilidade na Atenção Básica, pois a paciente conseguiu se consultar e realizar o seu atendimento neste nível de atenção. No entanto, o problema foi de articulação entre os diferentes níveis de atenção, que foi deficiente ou não ocorreu. Entre os atributos da atenção primária, aquele que expressa os encaminhamentos e a articulação entre diferentes níveis de atenção é o **da coordenação do cuidado**, que no caso exposto da questão foi o atributo não satisfatório. Logo, resposta: letra B.



46 COMENTÁRIO Questão sobre o SUS. Vamos analisar as alternativas: O CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) é “uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, que se pauta pelos princípios que regem o direito público e que congrega os Secretários de Estado da Saúde e seus substitutos legais, enquanto gestores oficiais das Secretarias de Estado da Saúde (SES) dos estados e Distrito Federal.” – opção A INCORRETA; B: CORRETA; A Comissão Intergestora Tripartite é composta, paritariamente, por representação do Ministério da Saúde, do Conselho

Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), sendo um espaço tripartite para a elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS – opção C INCORRETA; As NOBs foram instrumentos de regulação do processo de construção do SUS, sobretudo no que diz respeito ao financiamento e descentralização – opção D INCORRETA; O Conselho Nacional de Saúde é escolhido por eleição dentro do próprio conselho – opção E INCORRETA; Portanto, resposta: letra B.



47 COMENTÁRIO Vamos analisar as afirmativas em relação à Estratégia de Saúde da Família: A) Incorreta. A estratégia de saúde da família não trabalha com a fundamentação da condução das pessoas menos favorecidas para uma ação mais controlada de saúde. Deve ser para toda população; B) Incorreta. Remuneração dos profissionais da ESF por produtividade? Claro que não. Cada profissional tem um salário fixo; C) Incorreta.

Essa estratégia segue o princípio da integralidade. Atua não somente na prevenção, como na cura e na reabilitação; D) Correta; E) Incorreta. Existem atribuições específicas aos médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, cirurgia dentista e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) bem definidas, assim como atribuições comuns. Dessa forma, percebemos que somente a letra D encontra-se correta e é o gabarito da questão.



48 COMENTÁRIO Questão interessante sobre a aplicabilidade da participação popular em um conselho distrital de saúde. Os conselhos deverão ter composição paritária, isto é, metade das vagas deverá ser destinada aos usuários do sistema, sendo a outra metade dividida entre prestadores de serviço e profissionais de saúde. Logo, o gabarito correto é a letra D.



49 COMENTÁRIO Vamos analisar as alternativas:
A) Incorreta. Não é a principal finalidade da ESF. A atenção básica atua com medidas preventivas, curativas e de reabilitação, mas não realiza procedimentos de alta complexidade (apenas alguns de baixa complexidade). B) Incorreta. O fluxo de trabalho das equipes não é assim. Até pode haver o atendimento no domicílio, mas em situações específicas e para ampliar o acesso da população à assistência em saúde. Mas o principal atendimento é feito nas unidades

básicas de saúde. C) Correta. Promove o vínculo porque a equipe de saúde é vinculada à população adscrita no seu território. A longitudinalidade do cuidado é um dos princípios da atenção básica e pressupõe o acompanhamento do paciente pela equipe de saúde. D) Incorreta. As UPAs (Unidades de Pronto Atendimento) não fazem parte da estratégia de saúde da família. São unidades de complexidade intermediária, situadas entre a atenção básica e o nível hospitalar. Resposta certa: letra C.



50 COMENTÁRIO Correta! Vamos lembrar que a hierarquização, um princípio organizacional/operativo do SUS, afirma o seguinte: os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente. Portanto, resposta: letra A.



51 COMENTÁRIO Questão baseada na Lei 8.142/80. Vamos pelas alternativas. Letra A: INCORRETA, pois as conferências devem ser realizadas de 4 em 4 anos. Não sendo obrigatórias em ano eleitoral. Letra B: INCORRETA, pois é obrigatória a reunião mensal dos conselhos de saúde. Letra C: INCORRETA,

pois os estaduais e municipais devem ter também 50% de participação popular. Letra D: CORRETA. Lembrando que o conselho nacional também deve ter 50% de representantes da população. Letra E: INCORRETA, pois são 50% de representantes da população. Resposta: letra D.



52 COMENTÁRIO Pelas alternativas: Letra A: INCORRETA, pois foi criada para expandir o acesso à atenção primária; Letra B: INCORRETA, pois deve fornecer atenção integral, preventiva, curativa e de reabilitação; Letra C: CORRETA; Letra D: INCORRETA, pois é o modelo fundamental para a ATENÇÃO BÁSICA. Portanto, resposta: letra C.



53 COMENTÁRIO Pelas alternativas: Letra A: INCORRETA, pois é uma estratégia para toda a população, e não só para a população pobre; Letra B: CORRETA; Letra C: INCORRETA, pois sua função não é administrativa e sim assistencial com cura, prevenção

e reabilitação; Letra D: INCORRETA, pois a atenção básica não é subordinada aos hospitais, os quais fazem parte da atenção terciária; Letra E: INCORRETA, pois o atendimento médico é fundamental para atenção à saúde. Portanto, resposta: letra B.



54 COMENTÁRIO Essa questão é bem direta! Tem uma parte do enunciado que “mata” a resposta: “O conselho local de saúde da USF realizou reunião para aprovar o novo horário”. Os Conselhos de Saúde e as Conferências de

Saúde estão diretamente relacionadas com o princípio de Participação Popular do SUS. Essa participação foi regulamentada com a Lei 8.142/90, com a criação dos Conselhos e Conferências. Melhor resposta: item D.



55 COMENTÁRIO Pelas alternativas: Letra A: INCORRETA, pois não é consultiva, e sim deliberativa; Letra B: INCORRETA, pois o segmento de usuários deve ser obrigatoriamente paritário em relação ao conjunto dos demais segmentos; Letra C: CORRETA; Letra D: INCORRETA, pois a Resolução 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde diz que para manter o equilíbrio dos interesses

envolvidos a distribuição das vagas precisa ser paritária, ou seja, 50% de usuários (entidades e movimentos representativos de usuários) e 50% do “resto”. Esses outros participantes (“o resto”) devem ser distribuídos da seguinte maneira: 25% de trabalhadores e 25% representados pelo governo e prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos. Resposta: letra C.



56 COMENTÁRIO Sobre as atribuições da equipe de saúde da família, vamos analisar as opções: A – CORRETA. O diagnóstico dessas características é atribuição de todos os profissionais da equipe. O cadastro é atribuição dos agentes comunitários, mas a manutenção do cadastro atualizado é atribuição de todos os membros da equipe. B – CORRETA. Essa ativi-

dade é fundamental em uma equipe de saúde da família. C – INCORRETA. O problema aqui está na segunda parte. Não é atribuição da equipe a alocação dos recursos. D – CORRETA. Seja em visitas previamente agendadas, seja em visitas não agendadas, os profissionais da equipe devem receber e realizar o atendimento integral ao usuário. Resposta: letra C.



57 COMENTÁRIO Tem três conceitos básicos dessa lei que você tem que saber. Vamos lá: - **Vigilância sanitária:** um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde. - **Vigilância epidemiológica:** um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos; - **Saúde do trabalhador:** um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo: 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; 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. Portanto, resposta: letra C.



58 COMENTÁRIO Quando uma equipe de saúde da família é implementada em uma região, duas atividades são obrigatórias: territorialização e adscrição de clientela. Vamos defini-las. Territorialização: processo de definição geográfica da área de abrangência. Adscrição de clientela: cadastramento das famílias que serão atendidas para o conhecimento da população. Nessa fase são preenchidas as famosas fichas. Mas a pergunta foi outra. Foi perguntado como se limita a área de abrangência,

o que inclui o total de pessoas que devem ser atendidas. E quanto vale esse total? 3.000 pessoas, em média, com máximo de 4.000 indivíduos (ou 1.000 famílias) atendidos, sendo um máximo de cerca de 750 pessoas por agente de saúde. Com isso, já “matávamos” a questão. Mas quantas microáreas podem estar incluídas? Entre 4 e 6 microáreas contíguas, onde cada agente comunitário de saúde assumirá sua responsabilidade. Portanto, resposta: letra A.



59 COMENTÁRIO A Portaria Nº 399, de 22 de Fevereiro de 2006 divulga o Pacto pela Saúde 2006 que consolida o SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Vamos rever um trecho dessa portaria: “Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas, os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do PACTO PELA SAÚDE 2006, que será anualmente revisado,

com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: **Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS**”. Dessa forma, percebemos que somente a alternativa D encontra-se correta e responde a nossa questão.



13 QUESTÃO

GABARITO OFICIAL: *Unidade: CAPS. Caracterização da mudança: Criação do CAPS III OU Centros de Atenção Psicossocial tipo III OU Centro de Atenção Psicossocial com internação OU CAPS com pernoite OU CAPS com atendimento especial a doentes graves.*

.....

60 COMENTÁRIO Essa questão é bem direta e também difícil. Vamos entender o motivo: Você inicialmente responde CAPS sem problemas, tudo bem, mas qual foi a sua modificação? Os CAPS são unidades especializadas em saúde mental para tratamento e reinserção social de pessoas com transtorno mental grave e persistente. Os centros oferecem um atendimento interdisciplinar, composto por uma equipe multiprofissional que reúne médicos, assistentes sociais, psicólogos, psiquia-

tras, entre outros especialistas. O serviço é diferenciado para o público infantojuvenil, até os 17 anos de idade, através do CAPSi, e para pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas pelo CAPSad. Em 2001, os CAPS foram “modificados”, com a criação do CAPS III OU Centro de atenção psicossocial tipo III OU Centro de atenção psicossocial com internação OU CAPS com pernoite ou CAPS com atendimento especial a doentes graves. Essa, portanto, é a resposta.



61 COMENTÁRIO Claramente, quando lemos as alternativas, observamos que todas fazem sentido e contribuem para o sucesso da ESF (Estratégia de Saúde da Família). Porém, a questão quer saber o que mais contribuiu em seus atributos. Isso sem sombra de dúvidas foi devido à integralidade (com coordenação do cuidado,

senão a integralidade pode não funcionar). O paciente não fica mais “jogado” por aí procurando especialistas ou serviços especializados para completar o seu atendimento. Existe um serviço de referência para isso, sob direção e acompanhamento da coordenação do cuidado. Resposta: letra D.



62 COMENTÁRIO Questão de história da formação do SUS. A conferência de saúde que delineou os fundamentos do SUS foi a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), cujo lema era: “Saúde, direito de todos; dever do

Estado”, o qual reforçava as propostas de universalização, unificação do sistema, integralidade das ações, descentralização e participação popular. Tinha como objetivo final a criação do Sistema Único de Saúde. Resposta: letra D.



63 COMENTÁRIO A questão é sobre o PACTO PELA SAÚDE 2006 - CONSOLIDAÇÃO DO SUS, que foi dividido em três pactos: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. O Pacto em Defesa do SUS diz o seguinte: 1. IMPLEMENTAR UM PROJETO PERMANENTE DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL COM A FINALIDADE DE: - Mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos; - Alcançar, no curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, pelo Congresso Nacional; - Garantir, em longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde; - Aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas. 2. ELABORAR E DIVULGAR A CARTA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DO SUS. O Pacto de Gestão diz o seguinte: Esse pacto radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados e destes para os municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional. Explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite: busca critérios de alocação equitativa dos recursos; reforça os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; integra em grandes blocos o financiamento federal e estabelece relações contratuais entre os entes federativos. As prioridades do Pacto de Gestão são: 1) DEFINIR DE FORMA INEQUÍVOCA A RESPONSABILIDADE SANITÁRIA DE CADA INSTÂNCIA GESTORA DO SUS: federal, estadual e municipal, superando o atual processo de

habilitação. 2) ESTABELEECER AS DIRETRIZES PARA A GESTÃO DO SUS, com ênfase na Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. O Pacto pela Vida diz o seguinte: As prioridades do PACTO PELA VIDA e seus objetivos para 2006 são: 1. SAÚDE DO IDOSO: • Implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral. 2. CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E DE MAMA: • Contribuir para a redução da mortalidade por câncer do colo do útero e de mama. 3. MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA: • Reduzir a mortalidade materna, infantil neonatal, infantil por doença diarreica e por pneumonias. 4. DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENÍASE, TUBERCULOSE, MALÁRIA E INFLUENZA: • Fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças emergentes e endemias. 5. PROMOÇÃO DA SAÚDE: • Elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo. 6. ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: • Consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família (PSF) como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS. Agora fica bem tranquila. Afirmativa I – INCORRETA, pois o objetivo é o oposto. É justamente a descentralização. Afirmativa II – CORRETA. Afirmativa III – CORRETA. Afirmativa IV – INCORRETA. É descentralização com territorialização. Afirmativa V – CORRETA. Resposta: letra C.



64 COMENTÁRIO Questão cujo foco central foi a estratégia de saúde da família. Vamos lá: letra A: Não há território definido? E a territorialização? INCORRETA. Letra B: Não existe essa obrigatoriedade de apresentar um comprovante de residência com validade de 12 meses. Além disso, o usuário cadastrado pode simplesmente trabalhar no local de assistência

da equipe. Não precisa, obrigatoriamente, morar. INCORRETA. Letra C: O número máximo de pessoas assistidas é de 4.000 indivíduos. INCORRETA. Letra D: As ESF também atendem demandas espontâneas. INCORRETA. Letra E: Item que, sozinho, abordou a coordenação do cuidado, longitudinalidade e adscrição de clientela! Excelente e CORRETO. Resposta: letra E.



65 COMENTÁRIO A Clínica Ampliada é uma diretriz do Programa Nacional de Humanização. Tem como objetivo contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia. Segundo a própria recomendação do Ministério da Saúde, a Clínica Ampliada pode ser atingida através da utilização de recursos que permitam o enriquecimento dos diagnósticos (OUTRAS VARIÁVEIS ALÉM DO ENFOQUE ORGÂNICO, INCLUSIVE A PERCEPÇÃO DOS AFETOS PRODUZIDOS NAS RELAÇÕES CLÍNICAS) e a qualificação do diálogo (tanto entre os profissionais de saúde

envolvidos no tratamento quanto destes com o usuário), de modo a possibilitar decisões compartilhadas e comprometidas com a autonomia e a saúde dos usuários do SUS. Ou seja, para que seja atingida a Clínica Ampliada, é necessário que o profissional de saúde saiba mesclar os diferentes recursos que ele detém, e a esses recursos damos o nome de tecnologias leves, leve-duras e duras. As tecnologias leves são as tecnologias de relações, como o acolhimento, o vínculo, a autonomização e a gestão como forma de orientar processos. As tecnologias leve-duras são os saberes estruturados, como a clínica, a epidemiologia, a psiquiatria etc. E as tecnologias duras são os equipamentos, as normas e as estruturas organizacionais. Portanto, melhor resposta, letra D.



66 COMENTÁRIO Vamos analisar as alternativas:
A) Correta. As Leis Orgânicas de Saúde são as leis que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS). São elas as Leis 8.080/90 e 8.142/90. B) Correta. O Decreto 7.508 de 2011 regulamenta a Lei nº 8.080 em

diversos aspectos (planejamento da saúde, assistência à saúde e a articulação interfederativa). C) Correta. Vários vetos foram realizados, dentre estas a distribuição do fundo de saúde aos municípios. D) Incorreto, uma vez que fala sobre atribuições estaduais e municipais. Resposta: letra D.



67 COMENTÁRIO Vamos fazer uma breve revisão do tema: Uma região de saúde é um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde; poderão ser

instituídas regiões de saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados em articulação com os Municípios. A instituição de regiões de saúde situadas em áreas de fronteira com outros países deverá respeitar as normas que regem as relações internacionais. Portanto, percebemos que essas regiões são compostas por municípios do mesmo e/ou diferentes estados. Dessa forma, o gabarito é a letra B.



68 COMENTÁRIO Pelas alternativas: Letra A: CORRETA; Letra B: INCORRETA, pois quem representa os espaços deliberativos são os conselhos de saúde; Letra C: INCORRETA, pois seu funcionamento é definido pela Lei 8.142/90; Letra D: INCORRETA, pois somente a alternativa A está CORRETA. Portanto, resposta: letra A.



69 COMENTÁRIO Antes de mais nada, devemos perceber que a questão mostra um caso de atendimento ELETIVO e não de URGÊNCIA/EMERGÊNCIA. Nessa última situação, é obrigatório o atendimento imediato por parte do serviço. Voltando a questão: Sabemos que uma das características fundamentais da Atenção Básica no Brasil, representada pela Estratégia da Saúde da Família, é a atuação dentro de um território pré-definido, com a assistência realizada para a população adscrita. Essa é uma característica de extrema importância e deve ser como uma equipe de saúde da família deve iniciar seus trabalhos: definindo um território e seus “clientes”. Isso permite que a equipe de saúde possa manter um vínculo com os seus usuá-

rios e facilita o acompanhamento de sua situação de saúde ao longo do tempo, melhorando a qualidade do cuidado (a longitudinalidade melhora a qualidade do atendimento e diminui as filas). Além disso, do ponto de vista do planejamento das ações de saúde, essas características da Atenção Básica favorecem um maior conhecimento pela equipe de saúde das características específicas daquele território e de suas comunidades. Portanto, a conduta da recepcionista de orientar cuidadosamente a usuária a procurar a unidade básica de seu município teve como respaldo o próprio princípio da Atenção Básica da adscrição de território e encontra-se adequada para a situação. Dessa forma, a resposta deve ser a letra C.



70 COMENTÁRIO Letra A: CORRETA. Esse é o método que surgiu da necessidade das pessoas por um atendimento que contemplasse de maneira mais integral às suas necessidades, preocupações e vivências relacionadas à saúde ou às doenças. Uma assistência mais individualizada. Essa medicina está sendo reconhecida como um parâmetro importante da qualidade assistencial. Seus resultados têm demonstrado: - maior satisfação das pessoas e médicos; - melhora na aderência aos tratamentos; - redução de preocupações e ansiedade; - redução de sintomas; - diminuição na utilização dos serviços de saúde; - diminuição das queixas por má prática; - melhora na saúde mental; - melhora na situação fisiológica e na recuperação de problemas recorrentes. Letra B: INCORRETA. Pois deve ser também baseado no indivíduo. Entender a vida de relação dele. Letra C: INCORRETA. Pois

também são dependentes da demanda espontânea. Lembrando que a atenção básica deve ser a porta de entrada do sistema. Letra D: INCORRETA. O SOAP (dados Subjetivos, Objetivos, de Avaliação e Plano) é uma forma de anotação para organizar a evolução dos pacientes em prontuário, padronizando os registros com fases sequenciadas. Os dados objetivos são anotados em evolução após a análise dos dados subjetivos e, assim, sucessivamente, obedecendo às outras etapas de avaliação e prescrição nesta ordem. Ele é assim distribuído: **S** - Subjetivo: informações do paciente; **O** - Objetivo: observações clínicas e resultados de exames; **A** - Avaliação: a análise explica os significados dos dados subjetivos; **P** - Plano: decisão sobre a conduta a ser tomada. Letra E: INCORRETA. Pois é a avaliação do sistema em que está inserido o indivíduo. Portanto, resposta: letra A.



71 COMENTÁRIO Pelas alternativas: Letra A: INCORRETA, pois é com direção única em cada esfera de governo (municipal, estadual e federal); Letra B: INCORRETA, pois 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; Letra C: INCORRETA, pois quem deve executar essas ações (vigilância sanitária e epidemiológica) é o município; Letra D: INCORRETA, pois a saúde é descentralizada. Portanto, deve ser ascendente, do nível municipal ao federal; Letra E: CORRETA. Portanto, resposta: letra E.



72 COMENTÁRIO A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, apresentou neste documento sua Carta de Intenções, cujo objetivo era atingir saúde para todos no ano 2000 e nos anos subsequentes. Esta conferência foi, antes de tudo, uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, movimento que vinha ocorrendo em todo o mundo. As discussões focalizaram principalmente as necessidades em

saúde nos países industrializados, embora tenham levado em conta necessidades semelhantes de outras regiões. As discussões foram baseadas nos progressos alcançados com a Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde, com o documento da OMS sobre Saúde Para Todos e o debate ocorrido na Assembleia Mundial da Saúde sobre as ações intersetoriais necessárias para o setor. Logo, gabarito letra B, pois a Carta de Ottawa teve como foco principal a promoção da saúde.



73 COMENTÁRIO A questão diz respeito ao princípio da coordenação do cuidado, que é um fator fundamental para o sucesso das outras características. O profissional da Atenção Primária deve saber de todos os problemas de saúde dos indivíduos: saber para onde vai ser encaminhado, que novo tratamento foi proposto por um especialista, que exames vem realizando etc. A integralidade

significa que a equipe tem que lidar com TODOS os problemas da população. Prevenção, cura e reabilitação. Longitudinalidade é o acompanhamento dos pacientes. Primeiro contato significa a porta de entrada do sistema, que deve ser a atenção básica. Orientação comunitária significa respeitar a cultura e os problemas da comunidade. Portanto, resposta: letra E.



74 COMENTÁRIO As instâncias colegiadas são aquelas em que há representações de diversos segmentos, e as decisões são tomadas em conjunto. Dessa forma, a única alternativa que não faz sentido é a letra B, pois o Fundo representa uma “conta bancária” em que estão depositados os recursos para a saúde. Portanto, resposta certa: letra B.



75 COMENTÁRIO A partir da Lei n.º 8.142/90, foram criados os Conselhos e as Conferências de Saúde como espaços vitais para o exercício do controle social do Sistema Único de Saúde (SUS). Nas últimas décadas vêm sendo implementados, cada vez mais no Brasil, a participação e o controle social, através dos mecanismos tradicionais de democracia representativa: os Conselhos. Os elos entre o Estado e a sociedade civil intensificam-se, com discussões e deliberações que buscam ampliar os serviços oferecidos através das políticas públicas, possibilitando o acesso de direitos à população. Já as Conferências, são espaços mais amplos que os

conselhos, envolvendo outros sujeitos políticos que não estejam necessariamente nos conselhos, por isso, têm também caráter de mobilização social. Nelas, o governo e a sociedade civil, de forma paritária, por meio de suas representações, deliberam de forma pública e transparente. Sobre as alternativas: I - Correta. A Lei 8.142 que aborda a participação popular, por meio dos conselhos e conferências de saúde. II - Incorreta. A participação social não fica na dependência dos gestores do SUS. III - Incorreta. O controle social é um dos princípios organizacionais do SUS. Portanto, somente a assertiva I encontra-se correta. Resposta letra A.



76 COMENTÁRIO Vamos resumir o mais importante das Normas Operacionais Básicas (NOB): NOB 91 - Centraliza a gestão na esfera federal. NOB 92 - Teve como objetivos fundamentais normalizar, estimular, implementar e desenvolver o funcionamento do SUS. NOB 93 - Tem como objetivo organizar o processo de descentralização. NOB 96 - Promove e consolida a

municipalização. Cria o piso de atenção básica. Agora, as NOAS: NOAS 2001 - Promove maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção. NOAS 2002 - Amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica. Cria o PAB ampliado. Portanto, opção D CORRETA.



77 COMENTÁRIO Vamos pelas alternativas: Letra A: incorreta, pois os princípios éticos doutrinários são universalidade, integralidade e equidade; Letra B: correta. Situação desigual merece abordagem desigual; Letra C: incorreta, pois são: - Descentralização – Redistribuição das responsabilidades (município, estado, união), com maior responsabilidade aos municípios. - Regionalização – Serviços dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. - Hierarquização – Os serviços devem ser organizados em níveis de

complexidade tecnológica crescente. - Participação social – A população participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. - Resolubilidade – O serviço tem que estar capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência. - Complementariedade do setor privado – Quando o setor público não for suficiente, é necessária a contratação de serviços privados. Letra D: incorreta, pois a saúde é descentralizada. Deve ser regulada pelo município. Portanto, resposta: letra B.



78 COMENTÁRIO Vamos pelas alternativas: Letra A: incorreta, pois a atenção primária deve ser centrada na comunidade e não no indivíduo; Letra B: incorreta, pois não deve ser triagem, e sim um serviço resolutivo; Letra C: correta. A atenção primária com generalista bem treinado é capaz de resolver em torno de 85% dos problemas de saúde da comunidade; Letra D: incorreta, pois não deve ser uma barreira proibitiva aos acessos

especializados, e sim, um uso racional do sistema de saúde, visto que a atenção básica resolve em torno de 85% dos problemas de saúde da população. Aqueles que não conseguem resolver é que devem ser encaminhados para o especialista; Letra E: incorreta, pois a adscrição de clientela implica atender usuários cadastrados dentro do território da unidade de saúde. Portanto, resposta: letra C.



79 COMENTÁRIO Questão tradicional em provas de residência. A resposta é o relatório Flexner. O que é esse relatório mesmo? Vamos fazer uma rápida revisão sobre o tema: o **Relatório Flexner** (base do modelo flexneriano) foi um trabalho realizado em 1910 para a Fundação Carnegie por Abraham Flexner (1866-1925), que analisou escolas americanas e canadenses de medicina. Ele constatou a precariedade do ensino médico: havia cursos de um ano de duração; não existiam critérios de seleção para o ingresso no curso; não havia interação entre a teoria e a prática; não existiam equipamentos e laboratórios para os estudos, os professores

não tinham controle dos hospitais universitários etc. O relatório apresentou como proposta “a definição dos padrões de entrada e ampliação, para quatro anos, nos cursos médicos; a introdução do ensino laboratorial; o estímulo à docência em tempo integral; a criação do ciclo básico e a expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais; a vinculação das escolas médicas às universidades; a ênfase na pesquisa biológica como forma de superar a era empírica do ensino médico; a vinculação da pesquisa ao ensino e o controle do exercício profissional pela profissão organizada e o estímulo à medicina especializada”. Portanto, resposta: letra A.



80 COMENTÁRIO Os atributos da atenção básica são: Porta de entrada para o sistema de saúde (primeiro contato); longitudinalidade (continuidade do cuidado); integralidade; coordenação (organização do cuidado); centralização na família, orientação na comunidade e valo-

rização da cultura local. Existem também mais algumas características que não são exclusivas da Atenção Básica (Primária), como: o registro adequado, a continuidade do pessoal, a qualidade clínica etc. Portanto, única alternativa que não condiz é a letra B. Resposta: letra B.



81 COMENTÁRIO Vamos analisar as opções:
A) INCORRETA. A classificação da agenda não poderá ser feita tendo o sexo como um dos critérios.
B) INCORRETA. A atenção domiciliar não é destinada somente a pessoas com impossibilidade física. Existem outras indicações, como a necessidade do médico de conhecer um núcleo familiar e entender possíveis problemas de interação entre os membros de uma família, por exemplo.
C) INCORRETA. Cabe também ao médico realizar medidas socioeducativas que interfiram no processo saúde-doença. Na verdade, esse

tipo de medida cabe a toda equipe. D) INCORRETA. A formação do território e da população adscrita por ele é muito mais complexa que uma simples questão de geografia. Vários aspectos devem ser levados em consideração, como questões sociais e econômicas.
E) CORRETA. O acolhimento deve levar em conta todos esses fatores: classificação de risco, demanda e — sim — às urgências. Os pacientes podem ir espontaneamente às clínicas da família e cabe ao médico e toda equipe atender esses casos. Obviamente, as emergências serão referenciadas. Melhor resposta: item E.



82 COMENTÁRIO A participação e o controle social estão intimamente relacionados por meio da participação na gestão pública. Os cidadãos podem intervir na tomada da decisão administrativa, orientando a administração para que adote medidas que realmente atendam ao interesse público e, ao mesmo tempo, podem exercer controle sobre a ação do Estado, exigindo que o gestor público preste contas de sua atuação. A participação contínua da sociedade na gestão pública é um direito assegurado pela Constituição Federal, permitindo que os cidadãos não só participem da formulação das políticas públicas, mas, também, fiscalizem de forma permanente a aplicação dos recursos públicos. O controle social pode ser feito individualmente, por qualquer cidadão, ou por um grupo de pessoas. Os conselhos gestores de políticas públicas são canais efetivos de participação,

que permitem estabelecer uma sociedade na qual a cidadania deixe de ser apenas um direito, mas uma realidade. A importância dos conselhos está no seu papel de fortalecimento da participação democrática da população na formulação e implementação de políticas públicas. Os conselhos são espaços públicos de composição plural e paritária entre Estado e sociedade civil, de natureza deliberativa e consultiva, cuja função é formular e controlar a execução das políticas públicas setoriais. Os conselhos são o principal canal de participação popular encontrada nas três instâncias de governo (federal, estadual e municipal). Os conselhos de saúde, são compostos por 25% de representantes de entidades governamentais, 25% de representantes de entidades não governamentais e 50% de usuários dos serviços de saúde do SUS. Resposta incorreta: letra A.



83 COMENTÁRIO O atendimento inicial dos usuários do SUS deve ser realizado nas chamadas portas de entrada, isso inclusive está em Decreto Presidencial N° 7.508, de 28 de junho de 2011. Fazem parte

da porta da entrada do SUS os seguintes serviços: I - atenção primária; II - atenção de urgência e emergência; III - atenção psicossocial; e IV - especiais de acesso aberto. Portanto, resposta: letra C.



84 COMENTÁRIO Revisão rápida sobre o tema: são atributos da atenção básica: - Deve ser a porta de entrada para o sistema de saúde (primeiro contato). Isso significa acesso e uso do serviço. Ela tem que ser identificada pela população como o primeiro recurso para a saúde. Para isso deve ser de fácil acesso (não dá para ser longe da comunidade) e disponível (avaliar horário de funcionamento; como as consultas são agendadas; tempo de espera na consulta, se demorar as pessoas não vão ou chegam e vão embora; disponibilidade para consultas domiciliares e busca ativa). - Longitudinalidade (continuidade do cuidado): é a forma contínua da atenção. É baseada em uma relação pessoal ao longo do tempo entre os pacientes e a equipe de saúde. Assim, a equipe “conhece” muito melhor os seus pacientes. Tem diversas vantagens, entre elas: menor utilização dos serviços por parte dos pacientes; facilita a prevenção; diminui a incidência de doenças preveníveis; maior satisfação dos usuários; barateia o sistema. - Integralidade: a equipe da atenção básica tem que lidar com TODOS os problemas da população. E os problemas que a sua competência

não resolve, como hemodiálise e cirurgia cardíaca? Ela não pode fugir desses problemas, tem que se organizar para que os pacientes possam receber esses serviços. Tem que haver uma rede interligada para os encaminhamentos. - Coordenação (organização do cuidado): É um fator fundamental para o sucesso das outras características. O profissional da atenção primária deve saber de todos os problemas de saúde dos indivíduos. É para acabar com aquela velha frase dos pacientes: “Doutor, já fui a tantos médicos, preciso de um que junte tudo”. Como se baseia fundamentalmente nas informações disponíveis dos pacientes, é fundamental que os prontuários sejam bem feitos! - Outros: Centralização na família, orientação na comunidade e valorização da cultura local. Existem também mais algumas características que não são exclusivas da atenção básica (primária), que são: o registro adequado, a continuidade do pessoal, a qualidade clínica etc. Agora, à questão: como a paciente não quer perder o cuidado com o médico da atenção básica, ela não quer perder o princípio da LONGITUDINALIDADE ou acompanhamento. Resposta: letra A.



85 COMENTÁRIO Vamos analisar cada uma das alternativas. Letra A: uma equipe de saúde da família é composta minimamente por um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e 4-6 agentes comunitários de saúde - INCORRETA. Letra B: algumas atuações da saúde da família são individuais. No entanto, grande parte são atribuições comuns a todos os profissionais, como a elaboração

de grupos de educação para a saúde - CORRETA. Letra C: um dos princípios mais importantes da saúde da família é o da integralidade, que é pautado em ações de caráter preventivo e curativo - INCORRETA. Letra D: cada equipe de saúde da família é responsável pela atenção de, no máximo, 4.000 INDIVÍDUOS, ou seja, cerca de 750-1.000 famílias - INCORRETA. Resposta, portanto, letra B.



86 COMENTÁRIO Pelas alternativas: Letra A: INCORRETA, pois tem como objetivo a atenção integral em todos os níveis do sistema; Letra B: CORRETA; Letra C: INCORRETA, pois os doutrinários são: universalização,

integralidade e equidade; Letra D: INCORRETA, pois esse conceito se baseia no princípio da equidade; Letra E: INCORRETA, pois esse conceito se relaciona com a premissa de universalidade. Resposta: letra B.



87 COMENTÁRIO Questão bem direta. Vejamos:
A) INCORRETA. Independente das circunstâncias, o SUS não poderá cobrar pelo atendimento prestado.
B) CORRETA. C) INCORRETA. Escreveu palavras bonitas, porém não caracterizou a verdadeira função do SUS.

Não cabe a esse sistema oferecer proteção social a seus cidadãos. Cabe oferecer um serviço de saúde universal, igualitária e integral; no qual a saúde é um direito de todos e dever do Estado. D) INCORRETA. Prover educação não é uma atribuição do SUS. Resposta: item B.



88 COMENTÁRIO Vamos lembrar os serviços incluídos em cada nível de atenção: Atenção primária: corresponde aos serviços incluídos na chamada “porta de entrada” do sistema. Como por exemplo: unidades básicas de saúde ou Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Atenção secundária: representa o segundo nível

de atenção do sistema, devendo os pacientes serem encaminhados a este, quando o nível primário não tiver capacidade de resolver os problemas. Exemplo: ambulatório de especialidades. Atenção terciária: último nível de assistência à saúde. Exemplo: hospital geral. Resposta, portanto: letra A.



89 COMENTÁRIO Muito maldosa essa questão! Confundi muita gente boa. A questão não pede a Lei 8.142/90, mas sim a Lei 8.080/90, que diz o seguinte: para o estabelecimento de valores a serem transferidos aos Estados, Distritos Federais 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 de 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. Portanto, resposta: letra A.



90 COMENTÁRIO Pelas alternativas: Letra A: INCORRETA, pois a Lei Eloy Chaves é considerada a mãe da previdência nacional. Foi proposta em 1921 e aprovada em 1923. Ou seja, bem antes do SUS; Letra B: INCORRETA, pois o Princípio da Universalidade garante a todo cidadão

brasileiro atendimento do SUS; Letra C: INCORRETA, pois quem deve organizar o sistema é a atenção básica, pois ela é responsável por resolver mais de 85% dos problemas de saúde da população; Letra D: INCORRETA, vide justificativa da alternativa B; Letra E: CORRETA. Resposta: letra E.



91 COMENTÁRIO A Programação Pactuada Integrada (PPI) consiste em um instrumento desenvolvido pelo SUS para dinamizar a sistemática da assistência à saúde, visando cumprir o preceito constitucional que assegura a todos o acesso irrestrito aos serviços de saúde em todos os níveis de abrangência. Foi recepcionada pela Norma Operacional Básica 1996 (NOB 1996), que propôs como estratégia para a ampliação do acesso, a construção de redes Regionais, orientadas por programações pactuadas e integradas. Assim, a PPI tem como escopo garantir à população a cobertura dos serviços de média e alta complexidade, disponíveis ou não, em seu Município de residência, devendo orientar a alocação de recursos e definição de limites financeiros para todos os Municípios do ente federativo. A PPI tem a obrigação de nortear a alocação de recursos Federais da assistência entre Municípios pelo gestor estadual, esse, portanto, assumindo um papel de coordenação, resultando na definição de limites financeiros claros para todos os Municípios do Estado, independente da

sua condição de habilitação. Define-se limite financeiro da assistência por Município como o limite máximo de recursos federais que poderá ser gasto com o conjunto de serviços existentes em cada território Municipal, sendo composto por duas parcelas separadas: recursos destinados ao atendimento da população própria e recursos destinados ao atendimento da população referenciada de acordo com as negociações expressas na PPI. Os aludidos limites financeiros são definidos globalmente em cada estado a partir da aplicação de critérios e parâmetros de programação ambulatorial e hospitalar, respeitado o limite financeiro Estadual, bem como da definição de referências intermunicipais na PPI. Dessa forma, o limite financeiro por Município deve ser gerado pela programação para o atendimento da própria população, deduzida da necessidade de encaminhamento para outros Municípios e acrescida da programação para atendimento de referências recebidas de outros Municípios. Logo, a coordenação da PPI cabe ao nível Estadual. Melhor resposta, item A.



92 COMENTÁRIO Ao analisarmos a questão percebemos de início que as alternativas A e D encontram-se incorretas. A dúvida que o aluno poderia ter aqui é em relação ao modelo residual ou redistributivo. Vamos aprender com a questão: O sistema “residual” é um padrão no qual a política social intervém posteriormente. É quando os canais naturais de satisfação das necessidades mostram-se insuficientes. A ação do Estado é apenas pontual, onde suas práticas têm um caráter sele-

tivo e limitado, ou seja, a ação é focalizada sobre grupos ou indivíduos vulneráveis e que cessará sempre que a situação emergencial houver sido superada. Este tipo de ação, indiretamente, pode estimular via mercado a capacidade de resolver individualmente ou das famílias os problemas sociais através de estímulos à poupança ou seguros privados. Esse modelo de sistema também é conhecido como Liberal. Dessa forma, nosso gabarito é a letra B.



93 COMENTÁRIO Vamos analisar as afirmativas. Letra A: CORRETA. Isso ocorre através dos conselhos e conferências de saúde. Inclusive tem uma lei que regula isso, que é a Lei 8.142/90. Letra B: INCORRETA. A Universalidade é a garantia de acesso à saúde em todos os níveis de assistência. Letra C: INCORRETA. O conceito citado na alternativa é o da Igualdade. O da Equidade é a garantia que situações diferentes merecem

abordagens diferentes. Letra D: INCORRETA. A porta de entrada do sistema deve ser a atenção básica e os serviços de urgência e emergência. Letra E: INCORRETA. A integralidade é entendida como conjunto articulado e contínuo das áreas e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Portanto, resposta: letra A.



94 COMENTÁRIO Vamos pelas alternativas. Letra A: INCORRETA, pois é um direito de todos e dever do ESTADO. Letra B: INCORRETA, pois a prioridade deve ser em ações preventivas. Letra C: INCORRETA, pois não é permitida a participação de empresas ou capital estrangeiro para saúde, salvo em casos previstos por lei. Letra D: CORRETA. Resposta: letra D.



95 COMENTÁRIO Questão sem problemas. Adscrição de clientela é o cadastramento da população da área de abrangência no SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica). Resposta: letra B. Só uma dúvida: por que não pode ser a letra C a resposta? Porque essa alternativa diz respeito à TERRITORIALIZAÇÃO.



96 COMENTÁRIO Vamos com calma. Os dois jovens, após o grave acidente, tiveram problemas bem distintos e, por isso, foram tratados de forma diferente, porém com igual eficácia. E qual é o nome dado ao princípio do SUS que diz que devemos tratar de forma desigual os desiguais? Trata-se do princípio da EQUIDADE. Portanto, resposta: letra A.



97 COMENTÁRIO Pelas alternativas: Letra A: INCORRETA, pois representam porta de entrada do sistema: atenção primária; atenção de urgência e emergência; atenção psicossocial e especiais de acesso aberto;

Letra B: INCORRETA, pois as três esferas de poder podem prestar atenção em todos os níveis do sistema; Letra C: CORRETA; Letra D: INCORRETA, pois tem caráter deliberativo. Portanto, resposta: letra C.



98 COMENTÁRIO Essa questão é batida em prova de residência! Adoram colocar que equidade não é o princípio que está na Lei 8.080/90. Vamos ver os termos na Lei 8.080/90 no capítulo 2: “Art. 7. As áreas e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são 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 áreas 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 áreas 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.” Portanto, o único princípio que não faz parte dessa lei é a EQUIDADE, que, com o aperfeiçoamento do SUS, entrou depois, junto com outros conceitos. Resposta: letra E.



99 COMENTÁRIO Vamos analisar as alternativas: A – INCORRETA. Claro que a profissão do agente comunitário de saúde é regulamentada por lei. Prova disso é que o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) existe desde o início dos anos 90 e foi efetivamente instituído e regulamentado em 1997, quando se iniciou o processo de consolidação da descentralização dos recursos no âmbito do SUS. B – INCORRETA. As equipes de saúde trabalharão nas próprias Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias localizadas em determinada área geográfica. C – INCORRETA. Esta alternativa, inclusive, contraria o princípio da Integralidade do SUS, que diz que em todos os níveis da complexidade, deve haver um conjunto articulado

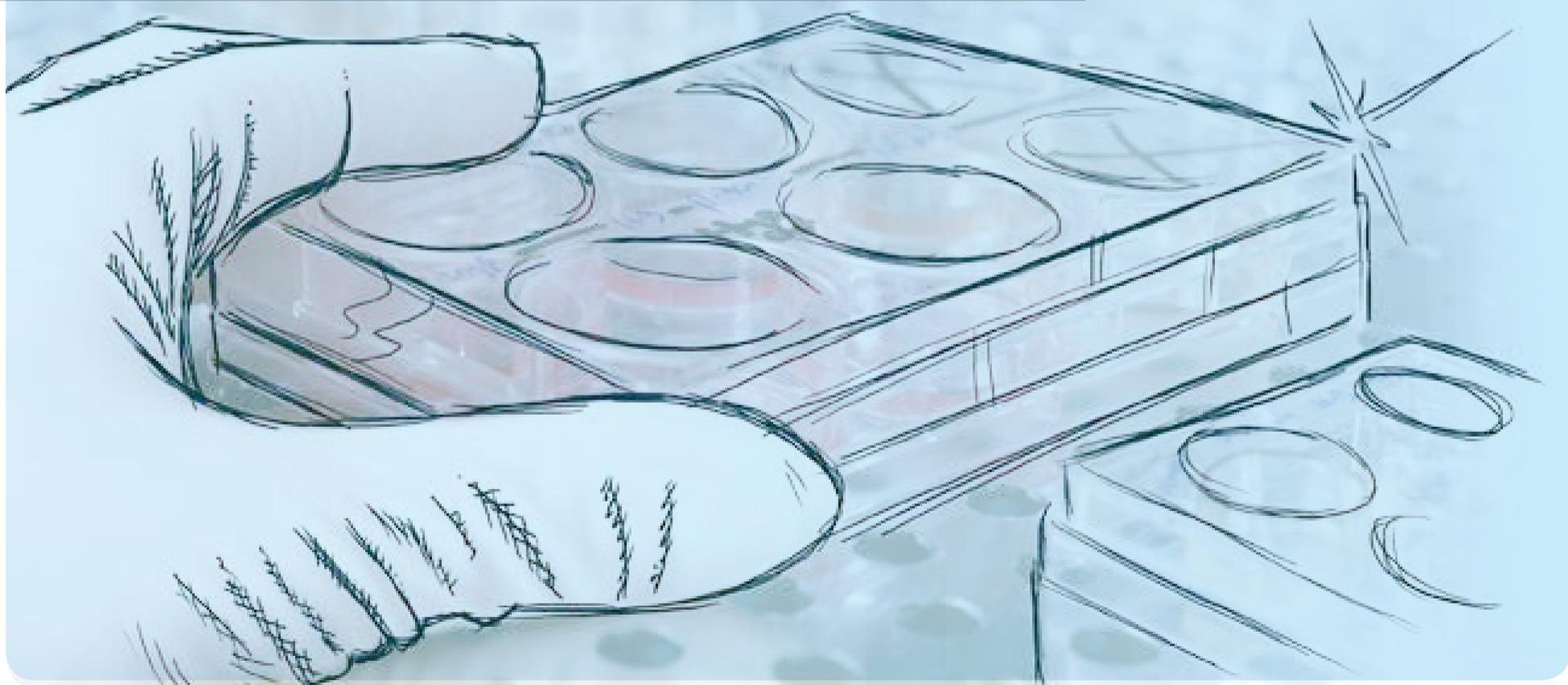
de ações de caráter preventivo, curativo, de promoção de saúde, reabilitação e recuperação. D – CORRETA. O Pacto pela Saúde, que promoveu a consolidação do SUS, foi divulgado pela Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, e era composto por três pactos: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS. Uma das prioridades do Pacto pela Vida foi a Atenção Básica à Saúde, no seguinte aspecto: em relação à Atenção Básica, a prioridade é “consolidar e qualificar a estratégia de Saúde da Família (PSF) como modelo de Atenção Básica à Saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS”. E – INCORRETA. A notificação de agravos de notificação compulsória é OBRIGATÓRIA a todos os profissionais de saúde. Resposta certa: letra D.



100 COMENTÁRIO Antes de analisar as respostas, vamos lembrar as fases para a entrada de um Programa de Saúde da Família em determinada região. Em primeiro lugar é decidida a área de atuação da equipe, com limites geográficos precisos, a partir de onde se espera que outras equipes atuem. Isso é chamado de territorialização. Durante esse processo, são vistas as primeiras necessidades, fragilidades e vulnerabilidades da população. Em segundo lugar, é feito, principalmente pelos agentes comunitários de saúde, o processo de cadastramento de famílias, perguntas sobre doenças, preenchimento de genogramas, perguntas sobre gestantes, entre outros aspectos. Isso recebe o nome de adscrição de clientela. Após essas partes, pode-se iniciar o atendimento. Agora, vamos observar letra por letra:

Letra A: CERTA, como foi dito acima. Letra B: A adscrição de clientela nunca será perfeita, na medida em que é comum o esquecimento de alguns indivíduos durante o cadastramento das famílias. Mas será que isso impossibilitará tais indivíduos de receberem atendimento? Claro que não. ERRADA. Letra C: O PSF não é um modelo curativo. ERRADA. Letra D: É claro que a triagem pode e deve ser feita em alguns tipos de atendimento, mas isso não é obrigatório. Além disso, a explicação de hierarquização como princípio do SUS foi totalmente equivocada. ERRADA. Letra E: Embora a promoção e prevenção à saúde sejam dois aspectos importantíssimos do PSF; isso jamais vai eliminar a necessidade de atendimentos individuais. Esses atendimentos vão continuar existindo. Resposta: letra A.

Exames Laboratoriais em Clínica Médica



VALORES DE EXAMES LABORATORIAIS EM CLÍNICA MÉDICA

TABELA 1 – BIOQUÍMICA SÉRICA E COAGULAÇÃO

| EXAME | FAIXA NORMAL | COMENTÁRIOS |
|------------------------|--|--|
| Sódio | 135-145mEq/L | Na+ alto: Diabetes insipidus, Uso de manitol, Diuréticos de alça, Hiperaldosteronismo Na+ baixo: Uso de tiazídicos, Hipovolemia, ICC, Cirrose, SIAD, Ins. supra-renal, Potomania |
| Potássio | 3,5-4,5mEq/L | Quando aumenta? Insuficiência renal; Acidose; Hipoadosteronismo; Insuficiência adrenal primária; Drogas retentoras de K+ (espironolactona, iECA); Hemólise maciça. Diminuído quando: Alcalose metabólica; Diarréia, fistulas digestivas ou vômitos; Tiazídicos ou diuréticos de alça; ATR tipo I e II; Hiperaldosteronismo; Poliúria; Hipomagnesemia; Estenose da artéria renal; Insulina; Beta-agonistas; Hipotermia. |
| Cálcio | 8,5-10mg/dl Cálcio iônico: 1,12-1,32mmol/L (não se altera com hipoalbuminemia, acidose ou alcalose) | Quando aumenta? Hiperparatireoidismo primário ou terciário; Malignidades; Doenças granulomatosas; Hipervitaminose D; Aumento da reabsorção óssea (hipertireoidismo); Síndrome leite-álcali. Quando cai? Hipoparatireoidismo; Hipomagnesemia; Deficiência de vitamina D; Síndrome do osso faminto (pós-paratireoidectomia); Quelantes de cálcio. Ca++ corrigido: Aumentar em 0,8 o valor do Ca++ para cada 1,0mg que a albumina estiver abaixo de 4,0mg/dl. |
| Fósforo | 2,5-4,3mg/dL | Quando sobe? Insuficiência renal; Hipoparatireoidismo; Hipercalemia; Hiper ou hipomagnesemia severas; Acromegalia; Acidose metabólica; Rabdomiólise; Hemólise severa Quando cai? Hiperparatireoidismo primário ou secundário; Hipercalemia, alcalose ou uso de catecolaminas; Síndrome do osso faminto; SHU; Hiperaldosteronismo; Alcoolismo; Hipomagnesemia. |
| Magnésio | 1,5-2,5mg/dl | Se alto... pensar em insuficiência renal ou iatrogenia Se baixo... pensar em diarréias, diuréticos tiazídicos ou de alça, aminoglicosídeos, anfotericina B, etilismo crônico, síndrome do osso faminto. |
| Cloro | 102-109mmol/L | Aumentado: na desidratação, ATR, perdas digestivas de HCO ₃ , IRA, excessiva reposição do íon por hidratação venosa ou alimentação parenteral. Diminuído: na hiperidratação, perdas excessivas de cloro por via gastrointestinal, acidose metabólica com anion gap aumentado, nefropatias perdedoras de sódio e SIAD. |
| Bicarbonato | 22-26mEq/L | Aumenta... na Hipocalemia, Hiperaldosteronismo, Hiper cortisolismo, uso de iECA, Compensação de acidose respiratória crônica; Hipovolemia; uso de Diuréticos; Vômitos; Adenoma viloso do colon... Diminui... na Insuficiência renal e supra-renal; Acidose láctica; CAD; Rabdomiólise; Intoxicação por etilenoglicol, metanol e salicilatos; ATR; Hipoadosteronismo; Diarréia... |
| pCO₂ | 35–45mmHg | Reduz: na dor ansiedade, febre, sepse, hipóxia, compensação de acidose metabólica, crise asmática, estimulação do centro respiratório por outra causa Aumenta: na obstrução de grandes ou pequenas vias aéreas, doenças neuromusculares, sedação, torpor/coma, síndrome de Pickwick, compensação de alcalose metabólica. |
| pO₂ | Acima de 60mmHg | Pode estar reduzida em condições que piorem a troca pulmonar, causando efeito shunt (pneumonias, EAP), distúrbio V/Q (asma, DPOC, TEP), hipoventilação (neuropatias, depressão do centro respiratório), shunt direita-esquerda (tetralogia de Fallot), anemia grave, intoxicação por CO. |
| pH | 7,35 - 7,45 | pH alto = alcalose metabólica → hipovolemia, hipocalemia, hiper cortisolismo... alcalose respiratória → hiperventilação (dor, febre, ansiedade, TEP...) pH baixo = acidose metabólica → acidose láctica, rabdomiólise, cetoacidose diabética, ATR... acidose respiratória → obstrução de vias aéreas, doenças neuromusculares... |
| Lactato | Arterial (melhor): 0,5-1,6mmol/L Venoso: 0,63-2,44mmol/L | Aumenta na Sepse, Choque, Isquemia mesentérica, Insuficiência hepática, Hipoxemia; Acidose por anti-retrovirais ou metformina; Neoplasia maligna, Acidose D-Lática. |
| Osmolaridade | Osm efetiva: 275-290mmol/L Osm: clássica: 280-295mmol/L | Varia de maneira diretamente proporcional ao sódio (principal) e glicose. Varia de maneira diretamente proporcional ao sódio (principal), glicose e uréia. |
| Uréia | 10-50mg/dl | Aumenta classicamente na insuficiência renal. Pode subir em pacientes em dieta hiperprotéica, com hemorragia digestiva e infecções |
| Creatinina | Mulheres: 0,6-1,2mg/dl Homens: 0,7-1,4mg/dl | Aumenta na insuficiência renal. É mais fidedigna que a uréia como indicador de função renal. Em idosos, sempre calcular o clearance de creatinina, que pode ser baixo apesar de uma creatinina normal. |
| Tireoglobulina | Pessoas normais: 2-70ng/ml Tireoidectomizados: < 1ng/ml | Aumenta em tireoidites, CA de tireóide, hipertireoidismo ou após palpação vigorosa da glândula. Principal utilidade: segmento de CA pós-tireoidectomia. |
| Ceruloplasmina | 22-58mg/dl | Proteína sintetizada no fígado responsável pelo transporte de cobre no sangue, evitando que este metal circule na sua forma livre. Seus níveis estão reduzidos na doença de Wilson. É um reagente de fase aguda, aumentado em diversas condições inflamatórias (infecciosas, reumatológicas e neoplásticas). |
| Cobre Total | Mulheres: 85-155mcg/dl Homens: 70-140mcg/dl | O valor do cobre total medido (cobre ligado a ceruloplasmina) está diminuído na doença de Wilson, em função da queda na produção hepática de ceruloplasmina. Este fato pode confundir o médico no momento do diagnóstico desta rara doença... veja, é a dosagem do cobre sérico livre, que se encontra elevada nestes pacientes (>10mcg/dl, em geral encontramos > 25mcg/dl). |

| EXAME | FAIXA NORMAL | COMENTÁRIOS |
|---|--|--|
| Haptoglobina | 36-195mg/dl | Diminuída nas hemólises Aumenta em estados inflamatórios e neoplasias |
| Creatinoquinas (CK total) | Mulheres : 26-140U/L Homens: 38-174U/L | Útil no diagnóstico e no seguimento de miopatias, incluindo dermatomiosite, hipotireoidismo, doenças infecciosas com miopatia e miopatia induzida por estatinas. Uso limitado no acompanhamento do IAM. Injeções intramusculares, traumas, cirurgias, intoxicação por barbitúricos e uso de anfotericina B também aumentam a CPK. |
| CK-MB | Até 25U/l | Se eleva nas primeiras 4-6h do IAM, atingindo pico em 12h. Sua elevação é considerada relevante se corresponder a $\geq 10\%$ do valor da CK total. |
| CK-MB massa | Até 3,6ng/ml | Mais específica que a CK-MB no acompanhamento do IAM |
| Troponina I | Até 0,5ng/ml - para alguns serviços, 1ng/ml; para outros, 0,25... - | O melhor marcador atualmente para IAM. Começa a subir após 4-6h do evento, mantendo-se elevada por mais de 1 semana. |
| Mioglobina | Até 90mcg/L | A primeira enzima a se elevar no IAM, mas é inespecífica, elevando-se em qualquer lesão muscular (incluindo rabdomiólise). |
| Aldolase | Até 7,6U/L | Útil no seguimento de miopatias. Bastante aumentada nas distrofias musculares e outras miopatias. Aumenta também no IAM e neoplasias. |
| ECA | 9-67U/L | Aumentada na histoplasmose e, especialmente, na sarcoidose, onde a normalização de seus níveis indica sucesso no tratamento. Pode aumentar em menor grau em outras doenças granulomatosas pulmonares. |
| LDH | 240-480U/L | Marcador inespecífico de lesão celular (hemólise, IAM, lesão hepática...). Níveis acima de 1000U/L em um paciente HIV+ com infiltrado pulmonar sugerem pneumocistose. Usado em comparação com o LDH do líquido pleural na diferenciação exsudato x transudato. |
| Amilase | 28-100U/L | Aumenta: Pancreatite ou TU de pâncreas, e parotidite (também na IRC, grandes queimados, CAD e abdomes agudos de outra etiologia – especialmente IEM e úlcera péptica perfurada). Macroamilasemia: uma Ig liga a amilase, não permitindo a sua filtração no glomérulo. Resultado: amilase muito alta no soro / muito baixa na urina (na pancreatite aumenta nos dois). |
| Lipase | <60U/L | Mais específica que a amilase para lesão pancreática. Usar as duas em conjunto. Permanecendo elevada > 2 semanas após uma pancreatite aguda, pode sugerir pseudocisto. Pode aumentar também em outras condições inflamatórias intra-abdominais. |
| Alanino-transaminase (ALT) | 7-41U/L | Aumentada na lesão hepática parenquimatosa – mais específica que a AST. Aumento acima de 1000U/L tem três principais causas: hepatite viral, isquêmica ou por acetaminofen. |
| Aspartato-transaminase (AST) | 12-38U/L | Aumentada na lesão hepática parenquimatosa, e nesse contexto, uma relação AST:ALT 2:1 ou maior direciona o diagnóstico para doença hepática alcoólica, ou, menos comumente, evolução para cirrose, doença de Wilson ou hepatite por Dengue. Eleva-se também no IAM e na pancreatite aguda. |
| Fosfatase alcalina (FA) | Mulheres: 35-104U/L Homens: 40-129U/L | Fígado: Eleva-se na colestase, lesões hepáticas que ocupam espaço (metástases, tumores, granulomas, abscessos), ou doenças infiltrativas do fígado (amiloidose). Hepatites, especialmente as colestatas, também podem elevar a FA. Osso: Aumenta muito (acima de 1000U/L) na doença de Paget. Aumenta também na osteomalácia, metástases ósseas (especialmente as blásticas) e TU ósseos. |
| Gamaglutamil transpeptidase (gama-GT ou GGT) | Mulheres: 8-41U/L Homens: 12-73U/L | Elevada basicamente nas mesmas situações que a FA, exceto em lesões ósseas (FA elevada + GGT normal = provável lesão óssea). Uma GGT elevada, afastadas outras causas, pode servir como marcador de etilismo. |
| Bilirrubinas totais | 0,3-1,3mg/dl | Sempre avalie a fração predominante em uma hiperbilirrubinemia. |
| Bilirrubina direta (BD) | 0,1-0,4mg/dl | Icterícia com predomínio de BD significa em geral colestase ou lesão hepatocelular. Afastadas doenças que gerem um ou outro, pensar nas síndromes de Dubin-Johnson e do Rotor. |
| Bilirrubina indireta (BI) | 0,2-0,9mg/dl | Icterícia com predomínio de BI, pensar em hemólise, eritropoese ineficaz ou síndrome de Gilbert. |
| Proteínas totais | 6,5-8,1g/dl | As proteínas totais representam o somatório da albumina e das globulinas. Uma relação albumina/globulina abaixo de 0,9 pode significar hiperglobulinemia. |
| Albumina | 3,5-5,0g/dl | Diminuída na cirrose, síndrome nefrótica, desnutrição ou outros estados hipercatabólicos, como a caquexia do câncer. |
| Globulina | 1,7-3,5g/dl | Podem estar aumentadas em doenças auto-imunes, calazar ou algumas doenças hematológicas, às custas da frações alfa-1, alfa-2, beta ou gama-globulina. Podemos identificar a fração responsável pela eletroforese de proteínas. |

| EXAME | FAIXA NORMAL | COMENTÁRIOS |
|--|---|---|
| Eletroforese de proteínas (a albumina, a razão albumina/globulina e as proteínas totais são realizadas nesse exame, mas já foram comentadas à parte) | - Alfa-1-Globulinas: 0,10 a 0,40 g/dL (1,4 a 4,6%); - Alfa-2-Globulinas: 0,50 a 1,10 g/dL (7,3 a 13,9%); - Beta-Globulinas: 0,70 a 1,50 g/dL (10,9 a 19,1%); - Gama-Globulinas: 0,60 a 2,00g/dL (9,5 a 24,8%); | - Hipogamaglobulinemia primária e secundária: presentes no mieloma múltiplo ou na doença de cadeias leves; - Hipergamaglobulinemia policlonal: observada na cirrose hepática, infecções subagudas e crônicas, doenças auto-imunes e algumas doenças linfoproliferativas; - Hipergamaglobulinemia monoclonal: ocorre no mieloma múltiplo, macroglobulinemia de Waldenström e em outras doenças linfoproliferativas malignas. |
| BNP (peptídeo natriurético cerebral) | Até 100pg/ml | Útil na diferenciação entre dispnéia por ICC e por pneumopatias primárias, na fase aguda. Valores > 100pg/ml sugerem IVE, TEP ou cor pulmonale. Acima de 400pg/ml, praticamente sela a IVE como causa da dispnéia. Na FA crônica, é recomendado aumentar o corte para 200pg/ml. Muito ainda se pesquisa sobre esse marcador. |
| Antígeno prostático específico (PSA) | ≤ 4ng/ml | Usado no screening do CA de próstata. Níveis acima de 50ng/ml predizem um risco maior de Mx à distância. Os "refinamentos de PSA" (apostila nefro VI) podem tornar o PSA mais específico. |
| Alfa-fetoproteína | ≤ 15mcg/L | Funciona como marcador de hepatocarcinoma e alguns tumores testiculares. |
| CA-125 | ≤ 35U/ml | Marcador de CA de endométrio e, principalmente, de ovário, na pesquisa de recidivas pós-tratamento. Não tem valor diagnóstico, e pode se elevar em outras neoplasias e até mesmo na endometriose. |
| CA 19-9 | ≤ 37U/ml | Esse marcador é usado principalmente no CA de pâncreas. Níveis acima de 300U/ml indicam maior probabilidade de que o tumor seja irressecável. Útil no acompanhamento de recidivas. Pode aumentar também no LES, AR, esclerodermia e cirrose. |
| CA 15-3 | ≤ 28 U/ml | Útil no segmento após tratamento do CA de mama. Pode estar elevado também no CA de pulmão, ovário e pâncreas, e ainda em hepatopatias. |
| CEA | Não fumantes: até 3,0 mcg/L. Fumantes : até 5,0 mcg/L. | Muito usados no segmento pós-tratamento do CA colorretal. Não tem indicação no diagnóstico. |
| Beta-HCG | Indetectável em não-gestantes | A principal aplicação é no diagnóstico de gravidez, mas pode ser usada no diagnóstico de neoplasias trofoblásticas gestacionais e alguns tumores de testículo. |
| TSH | ≥ 20 anos: 0,45-4,5mUI/L | Fundamental no diagnóstico de disfunções tireoideanas e o grande exame no seguimento, para ajuste de doses de reposição hormonal. TSH alto, hipotireoidismo primário ou hipertireoidismo secundário; TSH baixo, hipertireoidismo primário ou hipotireoidismo 2ario/3ario. |
| T4 livre | 0,7-1,5ng/dl | Teste mais fidedigno para medir a atividade hormonal tireoideana, em relação ao T4 e T3 total. |
| T3 | - 12 a 20 anos: 72-214 ng/dL (1,10-3,28 nmol/L); - 20 a 50 anos: 70-200 ng/dL (1,13-3,14 nmol/L); - > 50 anos: 40-180 ng/dL (0,63-2,83 nmol/L). | Útil no diagnóstico do hipo e hipertireoidismo, mas pode estar normal em até 30% dos casos. Deve ser solicitado quando o T4 estiver normal e houver suspeita de T3-toxicose. |
| Calcitonina | Mulheres: até 5pg/ml Homens: até 12pg/ml | A calcitonina está elevada no carcinoma medular da tireóide. Estudos estão em andamento tentando validar a pró-calcitonina como marcador de infecção (talvez o melhor existente). |
| Paratormônio (PTH) | 10-65pg/ml | O PTH se eleva em resposta à hipocalcemia (ou hiperparatireoidismo primário) e se reduz em resposta à hipercalcemia. Na IRC, níveis aumentados de PTH apontam hiperparatireoidismo secundário ou terciário. Cada estágio de IRC tem seu PTH-alvo. |
| Prolactina | Mulher não-gestante: Até 26mcg/ml Homem: Até 20mcg/ml | Dosagem usada no seguimento pós-op de tumores hipofisários ou na investigação de disfunção erétil, galactorréia ou amenorréia. Prolactinomas geralmente cursam com níveis acima de 100ng/ml. |
| Testosterona | Homens: 240-816ng/dL Mulheres: 9-83ng/dL | A testosterona é solicitada na investigação de hipogonadismo em homens, e virilização/hirsutismo em mulheres. |
| Eritropoetina | 4,1-27 U/ml | Reduz-se na insuficiência renal e tem papel na investigação de anemias e policitemias. Nas policitemias, o achado de EPO baixa é diagnóstica de policitemia vera, enquanto valores aumentados nos fazem pensar em causas secundárias de policitemia (como doença pulmonar ou síndrome paraneoplásica). |
| Cortisol sérico | - Sem supressão prévia: 5-25mcg/dl - Após supressão com 1mg de dexametasona na noite anterior: < 5mcg/dl | Valores aumentados (ou não suprimidos) indicam a continuação da investigação para síndrome de Cushing. O teste que se segue à supressão com dexametasona 1mg é mais fidedigno. Colher entre 7-9h. |

| EXAME | FAIXA NORMAL | COMENTÁRIOS |
|---|---|---|
| Teste da cortrosina | Cortisol esperado: > 18mcg/dl | Corresponde à dosagem do cortisol sérico 30-60min após a administração IM ou IV de 250mg de cosinotropina. Se a resposta for abaixo do esperado, temos uma insuficiência supra-renal. |
| ACTH | 6-76pg/ml | Na insuficiência supra-renal: valores baixos apontam ISR secundária; valores altos, ISR primária. No hipercortisolismo: valores altos = doença de Cushing; valores baixos = adenoma de supra-renal. |
| Aldosterona | 4-31ng/dl | A aldosterona se eleva no hiperaldosteronismo primário ou secundário; diminui no hipoaldosteronismo (incluindo o da doença de Adison) e na síndrome de Bartter. |
| Atividade de Renina (atividade de geração de angiotensina I) | 0,5-2,1ng/ml/h | Uma atividade de renina baixa classifica um hipo ou hiperaldosteronismo como hiporreninêmico (pensaremos em nefropatia diabética ou hiperaldosteronismo primário). A renina estará aumentada nas causas secundárias de hiperaldo (ex.: hipertensão renovascular) ou nas causas primárias de hipoaldosteronismo (ex.: insuficiência supra-renal primária). |
| Gastrina | < 100pg/ml | Eleva-se em resposta à hipocloridria (gastrite atrófica, infecção pelo <i>H. pylori</i> , anemia perniciosa) e, principalmente na síndrome de Zollinger-Ellison, onde costuma passar dos 1000pg/ml. |
| Teste de supressão do GH | Positivo se < 1mcg/L | Nesse teste, o GH é dosado 1-2h após a administração de 75g de glicose por via oral. Teste positivo diagnóstica acromegalia. |
| Somatomedina C (IGF-I) | 16-24 anos: 182-780ng/ml 25-39 anos: 114-492ng/ml 40-54 anos: 90-360ng/ml > 54 anos: 71-290ng/ml | Funciona como screening para acromegalia. Níveis elevados indicam prosseguimento da investigação. |
| Hemoglobina glicada (HbA1c) | 4,0-6,0% | Aumentada no diabetes mal-controlado. Níveis de até 7,0% são tolerados no tratamento do DM. Não é usada no diagnóstico. |
| Glicemia de jejum | 70-125mg/dl | - Duas dosagens ≥ 126 ou uma dosagem > 200 + sintomas de DM = diagnóstico de DM - Duas dosagens entre 100-125 = estado pré-diabético |
| Glicemia pós-prandial (2h após 75g de glicose VO) | Até 140mg/dl | - Se ≥ 200 mg/dl = DM - Se entre 140-199 = intolerância à glicose |
| Peptídeo C | 0,5-2,0ng/ml | No DM tipo I, níveis indetectáveis No DM tipo II, níveis $> 0,1$ ng/dl |
| Colesterol total | Desejável: inferior a 200 mg/dl Limítrofe : de 200 a 239 mg/dl Elevado : superior a 239 mg/dl | Importante observar as frações |
| Colesterol-LDL | Ótimo: < 100 mg/dl Sub-ótimo: 100-129 mg/dl Limítrofe: 130-159 mg/dl | Encontrado por um cálculo \Rightarrow LDL = CT - (TG/5 + HDL). A escolha por manter o LDL no nível ótimo, sub-ótimo ou limítrofe depende do risco cardiovascular do paciente. Em pacientes com aterosclerose significativa, o alvo é 70mg/dl. |
| Colesterol-VLDL | < 30mg/dl | Obtido por um cálculo: TG/5 |
| Colesterol-HDL | ≥ 40 mg/dl em homens ≥ 50 mg/dl em mulheres | Um HDL ≥ 40 mg/dl é considerado protetor contra eventos cardiovasculares. Obesos, sedentários e tabagistas tendem a ter o HDL baixo. O exercício pode elevá-lo. |
| Triglicerídeos (TG) | ≤ 150 mg/dL | Valores altos estão relacionados a um alto risco cardiovascular e valores > 400 associam-se a pancreatite aguda. |
| Ácido Úrico | Mulheres: 2,5-5,6mg/dl Homens: 3,1-7,0mg/dl | Útil no seguimento da hiperuricemia e todo o seu espectro de complicações. |
| Homocisteína | 4,4-14 μ mol/L | Valores elevados na deficiência de folato ou de vit. B12. Outras causas: genética, sedentarismo, tabagismo e hipotireoidismo. Hiper-homocisteinemia é fator de risco independente para doença coronariana. |
| Ácido Metilmalônico | 70-270mmol/L | Níveis aumentados sugerem deficiência de cobalamina, mas não de folato. |
| Cobalamina (Vit. B12) | 200-900pg/ml | Níveis baixos = carência de B12 / entre 200-300pg/ml = faixa de incerteza |

| EXAME | FAIXA NORMAL | COMENTÁRIOS |
|--|---|---|
| Folato | 2,5-20ng/ml | Abaixo de 2ng/ml, confirmada a deficiência de ácido fólico como etiologia da anemia macrocítica; acima de 4ng/ml, afastada. Entre 2-4ng/ml, faixa de incerteza |
| Ferro | 60-150mcg/dl | Quando aumenta? Hemocromatose idiopática, Eritropoese ineficaz (talassemia, anemia megaloblástica), Hepatite aguda grave. Quando diminui? Anemia ferropriva (geralmente < 30mcg/dl), Anemia de doença crônica. |
| Ferritina | Mulheres: 10-150ng/ml Homens: 29-248ng/ml | Principal marcador sérico das reservas corporais de ferro. Aumentada na anemia de inflamatória (de doença crônica) e na hemocromatose; reduzida na anemia ferropriva. |
| TBIC | 250-360mcg/dl | Quando aumenta? Anemia ferropriva (também na gestação e uso de alguns ACO) Quando reduz? Anemia de doença crônica, hemocromatose, hipertireoidismo, desnutrição. |
| Saturação de transferrina (Ferro sérico/TBIC) | 30-40% | Geralmente só baixa de 20% na anemia ferropriva. Diminui também na anemia de doença crônica e síndrome urêmica. Aumenta na hemocromatose e na talassemia. |
| Protoporfirina livre eritrocitária (FEP) | Até 30mcg/dl | Mede os níveis de protoporfirina não-ligados ao ferro. Se o ferro está baixo, aumenta a fração livre da protoporfirina. Essa elevação ocorre tanto na anemia ferropriva quanto na intoxicação por chumbo. |
| Chumbo | População geral: ≤ 10mcg/dl População exposta: ≤ 40mcg/dl Tolerância máxima: ≤ 60mcg/dl | Dosar nos pacientes suspeitos de intoxicação por esse elemento, e periodicamente nos com exposição ocupacional (baterias, fabricação de plásticos, funilaria de automóveis...). |
| G6PD (eritrocítica) | > 100mU/bilhão de eritrócitos | Abaixo disso, deficiência de G6PD (avaliar história de hemólise). |
| Proteína C reativa (PCR) | Até 0,5mg/dl | Existe variabilidade na faixa de normalidade entre laboratórios. A PCR se eleva já no primeiro dia de um processo infeccioso bacteriano, e funciona como um dos marcadores séricos de piora ou melhora do processo. A PCR também se eleva na febre reumática aguda e na vasculite reumatóide. Elevações crônicas parecem traduzir alto risco de eventos coronarianos. |
| VHS (velocidade de hemossedimentação) | Mulheres: até 20mm/h Homens: até 15mm/h | Eleva-se basicamente em estados inflamatórios/infecciosos e nas anemias, sendo um marcador bastante inespecífico. Doenças que podem cursar com VHS>100: infecções bacterianas, LES, FR, arterite temporal e neoplasias. Um VHS próximo a zero pode ser uma pista importante na febre amarela. |
| Mucoproteínas | Até 4mg/dl | São os últimos marcadores a se elevarem na FR e só se normalizam com o fim da atividade de doença, não sofrendo efeito dos salicilatos. Também se elevam em outras condições inflamatórias/infecciosas. |
| Beta2-Microglobulina | < 0,27mg/dl | Pode se elevar em diversas patologias inflamatórias, como hepatites, artrite reumatóide, lúpus eritematoso sistêmico, AIDS, sarcoidose e em pacientes com leucemias, linfomas e alguns tumores sólidos e patologias que cursam com a diminuição da filtração glomerular. Tem sido muito usada no estadiamento do mieloma múltiplo. |
| CH50 | 170-330U/ml | Reflete a atividade total do sistema complemento. Seus níveis estarão diminuídos em doenças que formem imunocomplexos (ex.: LES, GNPE) |
| C3 | 67-149mg/dl | Reflete a atividade da via alternada, especificamente. Diminui na GNPE, LES e crioglobulinemias. Aumenta em processos infecciosos agudos. |
| C4 | 10-40mg/dl | Afere a atividade da via clássica. Geralmente está reduzido nas imunodeficiências genéticas relacionadas ao complemento. |
| C1q | 10-25mg/dl | Também mede atividade da via clássica, diminuindo no LES, na vasculite por AR, em algumas GN membranoproliferativas, e na crioglobulinemia mista tipo II. |
| D-dímero | Até 500ng/ml | Extremamente útil como triagem diagnóstica para TEP/TVP em pacientes de baixo risco. Lembrar que também aumenta nas seguintes condições: IAM e angina instável; CIVD e fibrinólise primária maciça; hematomas; cirurgias; pré-eclâmpsia. |
| TAP | 12,7 – 15,4s | Avalia deficiências dos fatores da via extrínseca da coagulação. Aumenta na CIVD, fibrinólise primária, uso de cumarínicos (é o teste para ajuste de dose dessas drogas). É normalmente a primeira das provas de função hepática a se alterar na insuficiência hepática aguda ou crônica. |
| PTT | 26,3 - 39,4s | Altera-se com o uso de heparina não-fracionada, nas hemofilias, CIVD e na deficiência do complexo protrombínico. A SAAF, apesar de ser um estado de hipercoagulabilidade, prolonga o PTT in vitro. |
| Tempo de coagulação | 5-10min | Método obsoleto, mas clássico, que mede a atividade total dos fatores de coagulação, sem discriminar a via acometida. Baixa sensibilidade e especificidade. |
| Tempo de sangramento | < 7,1min | Prolongado nas trombocitopenias, nos distúrbios da função plaquetária e na fragilidade capilar. |
| Tempo de trombina | 14,4 – 18,4s | Útil na detecção (triagem) de disfibrinogenemias. Aumenta, portanto, na CIVD, fibrinólise, uso de heparina não-fracionada, doenças hepáticas, paraproteinemias. Útil na monitoração da terapia fibrinolítica. |
| Fibrinogênio | 200-400mg/dl | Diminui na CIVD e na fibrinólise primária. Aumenta nas condições inflamatórias/infecciosas, por ser proteína de fase aguda |

| EXAME | FAIXA NORMAL | COMENTÁRIOS |
|---|---|--|
| Produtos de degradação da fibrina (PDF) | Até 5mcg/ml (até 1mcg/ml em alguns laboratórios) | Tipicamente aumentados na CIVD e fibrinólise primária, ou ainda na TVP/TEP, grandes coágulos, IAM, inflamação ou algumas doenças hepáticas. |
| Antitrombina III | 22-39mg/dl ... ou... 70-130% | A dosagem de ATIII faz parte de um conjunto de exames para a investigação de trombofilia que abrange a pesquisa do fator V de Leiden, a pesquisa da mutação G20210A do gene da protrombina, a dosagem de homocisteína, a dosagem de proteína S (total e livre), a dosagem funcional de proteína C e a pesquisa de anticorpos antifosfolípidos. Causas de deficiência de ATIII: primária, CIVD, SHU, insuficiência hepática, síndrome nefrótica, trombose venosa, infecção e pré-eclâmpsia. |
| Proteína C | 70-140% (total) 70-130% (funcional) | Causas de deficiência de proteína C: primária, anticoagulante oral, insuficiência hepática, trombose venosa, infecção, neoplasias, CIVD, deficiência de vitamina K, SDRA, cirurgia, diálise, SHU, PTT e doença falciforme. |
| Proteína S | 70-140% | A deficiência de proteína S pode ser primária ou adquirida. As principais causas de deficiência adquirida incluem quadros inflamatórios agudos, insuficiência hepática, deficiência de vitamina K, uso de anticoagulante oral, CIVD, PTT, síndrome nefrótica, gestação, uso de estrogênios, insuficiência renal e doença falciforme. |
| Resistência à proteína C ativada (fator V de Leiden) | Tempo \geq 120s... ou... Relação $>$ 2,1 | Pacientes com tempo inferior a 120s têm resistência à proteína C ativada. Mais de 90% destes pacientes têm a mutação chamada fator V de Leiden. |

TABELA 2 – O HEMOGRAMA NORMAL

SÉRIE VERMELHA

| | | |
|--------------------|-------------|--|
| Hemoglobina | 12 a 17g/dL | Pensar nas causas de anemia, caso Hb/Hct baixos. Se elevados, avaliar as causas de policitemia verdadeira (P. vera, DPOC, TU secretor de EPO, Policitemia do fumante) ou espúria (hemoconcentração, Sd. de Gaisbock). |
| Hematócrito | 36 a 50% | |
| VCM | 80-100 fL | Anemias com VCM elevado: síndrome mielodisplásica, anemia megaloblástica, sideroblástica adquirida, hipotireoidismo, hepatopatias, etilismo crônico, AZT, anemia com reticulocitose marcante. VCM normal: anemia ferropriva, inflamatória, aplásica, endocrinopatias, IRC, hepatopatias. VCM diminuído: anemia ferropriva (avançada), inflamatória, sideroblástica hereditária, talassemias. |
| HCM | 28-32 pg | Anemias normocrômicas: ferropriva (inicial), inflamatória (maior parte), maioria das outras anemias. Hipocrômicas: ferropriva (avançada), inflamatória (algumas), sideroblástica, talassemias. |
| CHCM | 32-35 g/dL | |
| RDW | 10-14% | Aumentado principalmente nas anemias ferroprivas e hemolíticas. |

PLAQUETAS

| | | |
|-----------------------|--|--|
| Plaquetometria | 150-400x10 ³ /mm ³ | Causas de trombocitose: Doenças mieloproliferativas, anemia ferropriva, doença de Still ou elevação acompanhando proteínas de fase aguda. Causas de trombocitopenia: PTI, PTT, CIVD, SHU, próteses valvares, LES, HIV, drogas, dengue, CMV, pós-transfusional, hiperesplenismo, anemia megaloblástica, anemia aplásica. |
|-----------------------|--|--|

SÉRIE BRANCA

| | | |
|--------------------------|---|--|
| Leucócitos totais | 5-11 x 10 ³ /mm ³ | Leucocitose: Infecções/sepsse, anemia falciforme, doença mieloproliferativa. Leucopenia: sepsse; infecções virais, como o dengue; alguns quimioterápicos |
| Basófilos | 0-1% | Basofilia: LMC, leucemias basofílicas, algumas reações de hipersensibilidade e pós-esplenectomia. |
| Eosinófilos | 1-5% | Eosinofilia: Asma, processos alérgicos, angéite de Churg-Strauss, várias parasitoses intestinais, insuficiência supra-renal, leucemia eosinofílica, doença de Hodgkin, síndrome hipereosinofílica idiopática, síndrome eosinofilia-mialgia. Eosinopenia: Causada por estados de estresse, como infecções ou pelo uso de glicocorticóide |

SÉRIE BRANCA

| | | | |
|--------------------|-----------------------|--------|--|
| Neutrófilos | Mielócitos | 0% | O quê causa neutrofilia? Infecções bacterianas, fúngicas e, às vezes, viral; uso de corticóide ou de G-CSF; AINE; exercício físico vigoroso; trauma; paraneoplásica. E o desvio para a esquerda? O aumento da contagem de bastões (e até metamielócitos/mielócitos) é mais observado em infecções bacterianas e fúngicas agudas. Causas de neutropenia: Quimioterapia, síndrome de Felty, AR, LES, anemia aplásica, anemia megaloblástica, drogas, neutropenia idiopática, sd. de Chédiak-Higashi. |
| | Metamielócitos | 0% | |
| | Bastões | 1-5% | |
| | Segmentados | 45-70% | |
| Linfócitos | | 20-45% | Causas de linfocitose: Infecções virais, tuberculose, coqueluche, tireotoxicose, insuficiência supra-renal, LLC; Linfopenia: ocorre na AIDS, diversas imunodeficiências congênitas, corticoterapia, anemia aplásica, LES, linfomas, sepse. |
| Monócitos | | 4-10% | Causas de monocitose: Tuberculose, calazar, malária, doença de Crohn, sarcoidose, colagenoses, leucemias mielóides, síndromes mielodisplásicas, linfoma, endocardite bacteriana subaguda. Causas de monocitopenia: Corticoterapia, stress, infecções, anemia aplásica, leucemias agudas, terapia imunossupressora. |

TABELA 3 – O LCR

| EXAME | FAIXA NORMAL | COMENTÁRIOS |
|-----------------------------------|--|---|
| Pressão | 50-180mmH ² O | A raquimanometria sempre revelará aumento da pressão do LCR nos processos que cursem com HIC (pseudotumor cerebri, tumores intracranianos, meningoencefalites, hemorragia subaracnóide) |
| Hemácias | Nenhuma | Predominam no LCR após HSA, podendo estar presentes baixas contagens na neurosífilis |
| Leucócitos | Até 5 mononucleares/mm ³ Linfócitos - 60-70% Monócitos - 30-50% Neutrófilos - nenhum | - Contagem superior a 1000cél. Sugere meningite bacteriana (principal) ou neurosífilis - Linfócitos ou monócitos predominam na tuberculose, tumores, neurosífilis, meningites virais ou fúngicas, SGB, tromboes IC - Polimorfonucleares predominam nas meningites bacterianas ou fases iniciais da TB meníngea. |
| Proteína Total | Lombar: 15-50mg/dl Cisternal: 15-25mg/dl Ventricular: 6-15mg/dl | Haverá hiperproteinorraquia em processos infecciosos intracranianos (incluindo meningites bacterianas, doença de Lyme, fúngicas, tuberculosa e algumas meningites virais), tumores, abscessos ou hemorragias. Proteína líquórica elevada, sem aumento de celularidade, sugere síndrome de Guillain-Barré (dissociação albumino-citológica) |
| Albumina | 6,6 – 44,2mg/dl | Dividindo-se a albumina do LCR (mg/dl) pela sérica (g/dl) obtemos um índice que permite avaliar a integridade da barreira hemato-encefálica. Índices acima de 9 indicam fragilidade da barreira. |
| IgG | 0,9 – 5,7mg/dl | A determinação de um aumento da produção intra-tecal de IgG é um forte coadjuvante no diagnóstico da esclerose múltipla. Na prática, podemos assumir que uma IgG líquórica aumentada em um paciente com índice de albumina < 9 tem origem intra-tecal, e não sistêmica. |
| Bandas Oligoclonais | < 2 bandas que estejam no LCR, e não no sangue (coleta pareada) | Tipicamente presentes em 70-90% dos casos de esclerose múltipla. Entretanto, bandas oligoclonais de IgG também podem ser encontradas em diferentes situações como pan-encefalite esclerosante subaguda, encefalite por caxumba, em pacientes com infecção pelo HIV, meningite criptocócica, linfoma de Burkitt, neurosífilis, síndrome de Guillain-Barré, carcinomatose meníngea, toxoplasmose e meningoencefalites virais e bacterianas. |
| Proteína básica da mielina | < 4µg/L | Já foi muito usada como coadjuvante no diagnóstico de esclerose múltipla, mas vem perdendo valor, por ser inespecífica. |
| Glicose | 40-70mg/dl | Glicorraquia baixa ou < 0,3 vezes a glicose sérica é um dado importante no diagnóstico das meningites bacteriana, tuberculosa e fúngica, (valores baixos a muito baixos). Já nas meningites virais, os níveis variam de normais a discretamente baixos. Outras patologias que cursam com níveis diminuídos são neoplasias com comprometimento meníngeo, sarcoidose, hemorragia subaracnóide. |
| Cloreto | 116-122mEq/L | A hipercloretorraquia será observada nas meningoencefalites bacterianas, sobretudo na tuberculosa. |
| Lactato | 10-20mg/dl | Diagnóstico diferencial entre meningites e TCE (aumentado na primeira), desde que a pressão de perfusão cerebral esteja dentro da normalidade. |
| LDH | Até 10% da LDH sérica | Diagnóstico diferencial entre acidente de punção e hemorragia intracraniana (aumentado na última). Níveis elevados também são encontrados no acidente vascular cerebral, tumores do sistema nervoso central e meningites. |

TABELA 4 – O EXAME DE FEZES

| EXAME | FAIXA NORMAL | COMENTÁRIOS |
|-----------------------------|--|--|
| Volume | 100 – 200g/24h | Um volume aumentado (acima de 400g) define diarreia |
| Gorduras | < 7g/d | A presença da esteatorreia pode auxiliar o diagnóstico das síndromes de má absorção, tais como doença celíaca, doença de Crohn, pancreatite crônica, fibrose cística do pâncreas e doença de Whipple. |
| Coproporfirinas | 400-1200mcg/24h | Elevam-se na coproporfirina hereditária, na porfiria variegata (surto), porfiria eritropoética, protoporfirina eritropoética, e na porfiria sintomática. |
| Urobilinogênio | 50-300mg/24h | Diminuído/ausente nas icterícias obstrutivas. |
| Estercobilina | ++ a +++ | Reações negativas para bilirrubina e estercobilina indicam síndrome colestática (acolia fecal) |
| pH | 6,5-7,5 | O pH fecal aumenta com a decomposição de proteínas e diminui na presença de intolerância e má absorção de hidratos de carbono e gorduras. Um valor ácido condiz com diagnóstico de intolerância a hidratos de carbono. Já na diarreia secretória, na colite, no adenoma viloso e durante ou após o uso de antibióticos, o pH se mostra levemente alcalino. Por fim, na ressecção do intestino delgado com diarreia pós-prandial biliosa, o pH é > 6,8. |
| Sangue oculto | Negativo | Usado como parte do screening para CA de cólon, pode ser positivo em qualquer patologia que curse com perda de sangue pelo tubo digestivo, desde úlcera péptica e angiodisplasias até a ancilostomíase. A especificidade varia de acordo com o método e a sensibilidade é, em geral, baixa. |
| Leucócitos | Negativo | Leucócitos nas fezes sugerem infecção bacteriana (disenteria) e tornam pouco provável o diagnóstico de amebíase e gastroenterite viral. Outras causas de aparecimento de leucócitos nas fezes são tuberculose, câncer, retossigmoidite gonocócica, retocolite ulcerativa inespecífica e retocolite do linfogranuloma venéreo. |
| Eosinófilos | Negativo | São encontrados em parasitoses ou processos alérgicos intestinais. |
| Alfa1 anti-tripsina | ≤ 3mg/g de fezes secas | Aumenta nas doenças que causam perda proteica intestinal, como a doença celíaca, a doença de Menétrier, o linfoma de tubo digestivo e a linfangiectasia intestinal. |
| Tripsina (atividade) | Até 1 ano: > 1/80 1-4 anos: > 1/40 Após 4 anos: > 1/80 | Atividade < 1/10 na fibrose cística; diminuída também na pancreatite crônica. |

TABELA 1 – AMOSTRA URINÁRIA

Urinalise ou EAS (elementos anormais e sedimento) ou Urina tipo I

Coletar a primeira urina do dia ou 4h após a última micção (para avaliar a capacidade de concentração urinária)
Analisar imediatamente (após 2h o sedimento degenera)
Hoje em dia o método é quase todo automatizado, e divide-se em 3 partes...

EXAME FÍSICO

| | | |
|------------------|----------------------------------|---|
| Aspecto | Límpido | Turvação = piúria, excesso de células epiteliais, muco, fecalúria, precipitação de fosfatos (urina alcalina) ou ácido úrico (urina ácida) |
| Cor | Vai do incolor ao amarelo escuro | <ul style="list-style-type: none"> • Tons de amarelo = urocromos endógenos (intensidade varia de acordo com o grau de hidratação) • Vermelha = hemácias (no sedimento, após centrifugação), hemoglobina ou mioglobina (no sobrenadante), rifampicina, cloroquina, desferoxamina, feniltaleína, ibuprofeno, doxorrubicina. Consumo de beterraba deixa urina vermelha somente em pessoas com predisposição genética... • Laranja = fenazopiridina, sulfassalazina • Castanha = bilirrubina, porfirina, nitrofurantoina, metronidazol • Verde = azul de metileno (usado no tratamento da metemoglobinemia) • Branca = linfa, piúria maciça, propofol • Negra = alcaptonúria (urina sai clara, mas escurece após alguns minutos). Indica oxidação do excesso de ácido homogentísico, observado na ocronose (erro inato no metabolismo do ácido homogentísico, tirosina e fenilalanina). • Roxa = "purple bag syndrome". Ocorre em pacientes constipados e cateterizados (geralmente do sexo feminino), com infecção por Providencia, Proteus ou Klebsiella. O triptofano retido no intestino é transformado em indoxil sulfato, o qual é absorvido e excretado na urina. Tais germes o metabolizam, em meio alcalino, nos pigmentos indigo (azul) e indirrubina (vermelho). O cateter e o saco coletor ficam completamente roxos!!! |
| Densidade | 1.010 a 1.025 | 1.010 = isostenúria (densidade urinária = densidade do plasma). < 1.010 = hipostenúria (pode ir até 1.003 – quase "água pura"). Ambas as situações podem significar perda da capacidade de concentração urinária (doenças tubulares, fases iniciais da IRC) ou apenas hiperidratação... |

EXAME QUÍMICO

| | | |
|------------------------------|------------------|--|
| pH | 4,5 a 8,0 | Valores de pH fora da faixa fisiologicamente possível (ao lado) indicam má-conservação da amostra... A urina tende à alcalinização nas dietas pobres em carne, nas alcaloses metabólica (vômitos, pós-prandial) e respiratória, nas acidoses tubulares renais e infecções urinárias por germes produtores de urease (ex: <i>Proteus</i> sp.). Urina ácida indica dieta hiperprotéica, acidose metabólica, respiratória ou infecção urinária por germe não-produtor de urease (ex: <i>E. coli</i>) |
| Glicose | 2 a 20 mg/100 mL | A glicosúria é detectada a partir de glicemias > 180 mg/dL. Glicosúria sem hiperglicemia indica lesão no túbulo proximal (glicosúria renal, Sd. de Fanconi). A principal causa de hiperglicemia é o diabetes mellitus! As fitas reagentes só detectam valores > 50 mg/100 mL... |
| Corpos cetônicos | Ausente | Acetoacetato e beta-hidroxiacetato só aparecem na urina quando o organismo não consegue utilizar a glicose como principal fonte de energia, passando a depender em grande parte da utilização das reservas de ácidos graxos... Ex: cetoacidose diabética, desnutrição calórica. Obs: a acetona também é um corpo cetônico, mas por ser uma molécula volátil é eliminada pelo trato respiratório... |
| Proteínas | Ausente | O “dipstick” utilizado em urinálise estima semiquantitativamente a proteinúria (resultado em cruzes), sendo pouco sensível (positivo somente quando houver > 300-500 mg de proteína por dia na urina). Portanto, o teste não reconhece as fases iniciais da nefropatia diabética (microalbuminúria: 30 a 300 mg de albumina/dia na urina). Além do mais, algumas proteínas – como a proteína de Bence-Jones (cadeia leve de imunoglobulina, do mieloma múltiplo) – não são detectadas por esse método... |
| Esterase leucocitária | Ausente | Enzima liberada pela destruição de leucócitos na urina (indicativo de piúria). Nem sempre significa infecção (pode ser “piúria estéril”: nefrite intersticial, glomerulite, litíase, ou mesmo tuberculose!) |
| Nitrito | Ausente | Indica a presença de Enterobactérias no trato urinário, as quais convertem o nitrato – normalmente presente na urina – em nitrito. A <i>Pseudomonas aeruginosa</i> é uma exceção (por não possuir a enzima nitrato-redutase)... |
| Bilirrubina | Ausente | Por detectar apenas a bilirrubina conjugada (direta), discrimina o tipo de icterícia (só positivo nas colestáticas e hepatocelulares. Nas icterícias hemolíticas este exame é negativo). Falso-positivo na “urina vermelha” por medicamentos (ver acima) |
| Urobilinogênio | < 1mg/dL | Normalmente positivo... Sua ausência indica obstrução biliar, pois a bilirrubina excretada na bile é transformada em urobilinogênio no intestino, o qual é absorvido e excretado na urina. |
| Hemoglobina | Ausente | A hemoglobinúria sem hematúria é rara, e só é vista quando há hemólise intravascular (deficiência de G6PD, hemoglobinúria paroxística noturna, envenenamentos). As hematúrias quase sempre se acompanham de hemoglobinúria, devido à lise de hemácias no trato urinário... |

EXAME DO SEDIMENTO (por citometria de fluxo e/ou microscopia com uma câmara de Neubauer*)

| | | |
|-------------------|---|---|
| Hemácias | 0-2 céls/campo de 400x ou 0-16/ μ L (homens) 0-27/ μ L (mulheres) | A primeira conduta frente à hematúria é definir se ela é glomerular ou extraglomerular... Duas informações nos garantem que as hemácias passaram pelos glomérulos (e por conseguinte representam uma lesão glomerular): o dimorfismo eritrocitário (acantócitos) e os cilindros hemáticos!!! Em mulheres é frequente a contaminação da urina pelo sangue menstrual... |
| Leucócitos | 0-4 céls/campo de 400x ou 0-27/ μ L | Já vimos que nem sempre a piúria indica infecção. De modo semelhante, nem sempre ela é composta por neutrófilos... A eosinofília (identificada pela coloração de Hansel) indica nefrite intersticial aguda alérgica (medicamentosa) e a linfocitúria (melhor evidenciada pela coloração de Wright) sugere infiltração neoplásica do parênquima renal (linfoma) |
| Cilindros | Hialinos | Normal = até 5 por campo de pequeno aumento. Compostos exclusivamente pela proteína de Tamm-Horsfall (mucoproteína secretada pelas células tubulares). São vistos em maior quantidade após exercícios físicos vigorosos, febre e desidratação... |
| | Hemáticos | Característicos de hematúria glomerular. |
| | Leucocitários | Nas nefrites intersticiais (alérgica, infecciosa, autoimune) aparecem de maneira isolada. Já nas doenças glomerulares espera-se que estejam acompanhados de cilindros hemáticos! |
| | Epiteliais | São clássicos da necrose tubular aguda (isquêmica, tóxica), mas também podem ser encontrados nas glomerulonefrites. |
| | Granulosos | O aspecto “granular” indica que houve tempo suficiente para que as células do cilindro sofressem degeneração! (IRA oligúrica = baixo fluxo tubular). |
| | Céreos | Representam o estágio mais avançado da degeneração de células do cilindro (material homogêneo que lembra cêra). Logo, indicam pior prognóstico (fluxo tubular extremamente baixo)... |
| | Graxos | A lipidúria (como ocorre na síndrome nefrótica) causa infiltração das células tubulares por gotículas de colesterol e posterior descamação. Essas células podem formar cilindros que, quando visualizados sob luz polarizada, têm o aspecto patognomônico de “cruz maltesa”... |
| Largos | Sua principal característica é o diâmetro muito aumentado! São evidência confiável de que já existe insuficiência renal crônica, pois os néfrons remanescentes, por mecanismo compensatório, aumentaram seu tamanho, e portanto os cilindros ali formados tendem a ser maiores... | |

EXAME DO SEDIMENTO (por citometria de fluxo e/ou microscopia com uma câmara de Neubauer*)

| | | |
|---------------------------|-------------------|---|
| Cristais | Ácido úrico | Só se formam em urinas ácidas. Têm formato de losango, mas podem aparecer como rose-tas (polimorfos). Em quantidades muito grandes geralmente indicam a existência da sín-drome de lise tumoral, especialmente se houver insuficiência renal de causa desconhecida (lembre-se que em linfomas agressivos essa síndrome pode ser espontânea)... |
| | Cistina | Também só ocorrem em urinas ácidas... Cristais hexagonais são patognomônicos da doença genética chamada cistinúria! |
| | Oxalato de cálcio | Monohidratado = arredondado. Dihidratado = bipiramidal (“cruz no quadrado”). Não de-pendem do pH urinário. Lembre-se que não necessariamente indicam nefrolitíase, mas em grande quantidade (especialmente no contexto de uma insuficiência renal aguda de etiologia desconhecida) podem ser o único sinal de intoxicação por etilenoglicol... |
| | Fosfato de cálcio | Só se formam em urinas alcalinas. Têm formato de agulha! |
| | Estruvita | Exemplo clássico das urinas alcalinas... A produção de amônia em excesso (desdobramen-to da ureia por germes como Proteus e Klebsiella, produtores de urease) reduz a solubi-lidade do fosfato de magnésio normalmente presente na urina... Os cristais têm o típico formato de prismas retangulares e são patognomônicos de ITU pelos germes citados!!! |
| Células epiteliais | Até 22/ μ L | Células do epitélio tubular são 3x maiores que os leucócitos e sua presença indica que houve Necrose Tubular Aguda. Entretanto, só pelo aspecto microscópico é impossível diferenciá-las das células do trato urinário (que podem aumentar nos tumores uroepite-liais). A presença concomitante de cilindros epiteliais indica que as células observadas derivam do epitélio tubular, enquanto a presença de hematúria não-dismórfica reforça a hipótese de descamação do trato urinário!!! |
| Bactérias | Ausentes | Sua presença no EAS não significa necessariamente infecção urinária, pois com frequência se trata de contaminação. A suspeita de infecção deve ser confirmada pela urinocultura... |
| Muco | Ausente | Filamentos de muco são produzidos pelo trato urinário e pelo epitélio vaginal. Quando muito aumentados geralmente indicam contaminação da urina com secreção vaginal... |

*Câmara de Neubauer nada mais é que uma pequena lâmina transparente colocada em cima lâmina que será examinada... Ao olharmos pelo microscópio vemos que ela contém uma grade com quatro quadrantes. Cada um desses quadrantes possui 16 “quadrinhos” cujo volume é padronizado (10⁻⁴ mL). Basta contar as células em todos os quadrantes e “jogar” esse número em uma fórmula específica... Assim obtemos a quantidade de células por unidade de volume!

TABELA 2 – MICROALBUMINÚRIA - DIAGNÓSTICO PRECOCE DA NEFROPATIA DIABÉTICA!!!

| MÉTODO | MICROALBUMINÚRIA | COMENTÁRIOS |
|--|------------------------|--|
| Urina de 24h | 30 – 300 mg/dia | Já foi considerado o método padrão-ouro, porém perdeu esse lugar para o chamado “spot urinário” (abaixo). O principal problema é o erro de coleta (coleta incompleta) |
| Amostra isolada (“spot” urinário) | > 30mg/g ou 0,03 mg/mg | Medimos a relação albumina/creatinina. Atualmente é o método de escolha para a pes-quisa da microalbuminúria... Um resultado positivo deve ser confirmado com mais duas coletas que podem ser feitas ao longo de 3 a 6 meses – dizemos que há microalbuminúria persistente quando 2 dessas 3 amostras são positivas!!! |
| Urina de 1h ou 2h | 20 – 200 μ g/min | Apesar de bastante fidedigno, foi suplantado pelo spot urinário! |

| EXAME | FAIXA NORMAL | COMENTÁRIOS |
|---|---|--|
| Acidez titulável | 200 – 500 mL de NaOH 0,1 N | Ao medir a quantidade de hidróxido de sódio necessária para neutralizar o ácido presente na urina de 24h, estima o total de ácidos fixos produzidos pelo organismo nesse período (ácidos não-voláteis). Aumenta nas acidoses (exceto ATR), na hipocalcemia e nas dietas hiperprotêicas... Diminui nas acidoses tubulares renais (ATR), alcaloses e dieta rica em frutas cítricas. |
| Ácido aminolevulínico | 1,5 – 7,5 mg/dia | Durante uma crise de Porfíria Intermitente aguda a excreção urinária de ALA chega a mais de 10x o limite superior da normalidade!!! |
| Ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) | 2,0 – 9,0 mg/dia | Metabólito da serotonina. Quando dosado junto com ela detecta > 2/3 dos tumores neuroendócrinos. Exceção deve ser feita ao carcinoides do intestino grosso, os quais – por não possuírem a enzima dopa-descarboxilase – não aumentam os níveis de 5-HIAA, aumentando apenas a serotonina... Níveis diminuídos na depressão grave e na doença de Hartnup (perda de triptofano na urina - precursor da serotonina) |
| Ácido homovanílico | 2,0 – 7,4 mg/dia | Excreção urinária aumentada nos tumores do sistema nervoso simpático, como feocromocitoma, neuroblastomas e ganglioneuromas |
| Ácido úrico | 250 – 750 mg/dia | Aumentado na crise aguda de gota, anemia hemolítica, síndrome de lise tumoral, doenças linfoproliferativas e uso de diuréticos. Diminuído na gota crônica. Nos casos de nefrolitíase costuma estar > 800 mg/24h em homens e > 750 mg/24h em mulheres... |
| Ácido vanilmandélico | 2 – 7 mg/dia | Utilizado no rastreio do feocromocitoma. Também pode estar aumentado nos neuroblastomas e ganglioneuromas |
| Aldosterona | < 10 µg/dia | No teste de supressão da aldosterona urinária, o paciente segue uma dieta hipersódica por 3 dias, utilizando também 0,2 mg de Fludrocortisona 2x ao dia... No terceiro dia coleta-se uma urina de 24h, e a excreção de aldosterona deve estar abaixo do valor referido. Caso contrário, dizemos que não houve supressão e existe um estado de hiperaldosteronismo!!! Exemplos: hiperplasia adrenal, síndrome de Conn. O teste NÃO DEVE SER FEITO em pacientes hipocalêmicos (pois esta pode piorar muito)... |
| Alumínio | 5 – 30 µg/L | Intoxicação em nefropatas (água da diálise) ocasiona osteomalácia (deposição de alumínio nos ossos) e disfunção neuromuscular. A deposição ocular pode evoluir para necrose de córnea e na pele pode causar dermatite eczematosa |
| Arsênio | 5 – 50 µg/dia | Intoxicação alimentar por pesticidas ou exposição ocupacional (mineração do cobre). As linhas de Mees (linhas brancas transversas) podem ser observadas nas unhas de pessoas intoxicadas... |
| Cádmio | Até 2,0 µg/g de creatinina | Exposição na fabricação de ligas metálicas e baterias a base de níquel-cádmio |
| Cálcio | Homem: 50 – 300 mg/dia Mulher: 50 – 250 mg/dia | Até 5% da população apresenta hipercalcúria. Quando idiopática, é o principal distúrbio metabólico relacionado à nefrolitíase. Aparece também nas doenças ósseas (Paget, metástases, hiperparatireoidismo, mieloma), na sarcoidose, na intoxicação por vitamina D, na acromegalia, uso de corticóides e diuréticos de alça. Reduzido na hipovitaminose D, hipoparatiroidismo e uso de tiazídicos |
| Catecolaminas Fracionadas | Epinefrina: 4 – 20 µg/dia Norepinefrina: 23 – 106 µg/dia Dopamina: 190 – 450 µg/dia | Utilizadas no diagnóstico do feocromocitoma... Não ingerir alimentos e bebidas que contenham cafeína no período que vai de 2 dias antes da coleta até o final da mesma! Também se deve evitar o tabagismo, o consumo de frutas, e certos medicamentos como os descongestionantes nasais, tetraciclina, levodopa, clonidina, bromocriptina, teofilina, beta-bloqueadores, inibidores da MAO, haloperidol e compostos com vitamina B! |
| Chumbo | Até 50 µg/g de creatinina | O saturnismo ocorre principalmente na mineração e na fabricação de tintas e cerâmicas (em especial as do tipo "vitrificado") |
| Cloro | 110 – 250 mEq/dia | Aumenta: dieta hipersódica, hipocalcemia, diuréticos, teofilina, síndrome de Bartter. Diminui: dieta hipossódica, diarreia e vômitos, fístulas gastrointestinais, síndrome de Cushing |
| Cobre | 3 – 35 µg/dia | Aumenta na doença de Wilson, hepatite crônica e cirrose biliar primária. É muito útil no acompanhamento da resposta terapêutica nos casos de doença de Wilson... |
| Cortisol livre | 20 – 70 µg/dia | Substituiu a dosagem urinária de 17-hidrocorticosteróides... Seus níveis se correlacionam bem com o hipercortisolismo porque refletem as concentrações da fração do cortisol sérico não-ligada a proteínas (biologicamente ativa)! |
| Creatinina | 800 – 1800 mg/dia | Aumenta: diabetes, hipotireoidismo, dieta hiperprotéica. Diminui: miopatias em fase avançada com perda de massa muscular, insuficiência renal crônica, hipertireoidismo. Diversas dosagens na urina de 24h utilizam a excreção de creatinina como referência (mg/g de creatinina) para avaliar se houve coleta adequada da quantidade total de urina... |
| Cromo | 0,04 – 1,5 µg/L | A deficiência de cromo altera a função do receptor de insulina e causa resistência à insulina e diabetes mellitus!!! A intoxicação aguda pelo cromo causa insuficiência renal e hepática, além de encefalopatia. Nos casos de intoxicação crônica observa-se risco aumentado de câncer |
| Fósforo | 340 – 1300 mg/dia | Aumenta: hiperparatiroidismo, síndrome de Fanconi, doença de Paget, diuréticos. Diminui: hipoparatiroidismo |
| Hidroxirolina | 24 – 87 mg/dia | Aumenta: condições que promovem reabsorção óssea, como hipertireoidismo, doença de Paget, osteomielite. Diminui na desnutrição e nos estados de hipometabolismo ósseo, como o hipotireoidismo e as distrofias musculares |
| Iodo | > 100 µg/L | Deficiência nutricional leve: 50 – 100 µg/L; Deficiência nutricional moderada: 20 – 49 µg/L; Deficiência nutricional grave: <20 µg/L |

TABELA 3 - CONTINUAÇÃO

| EXAME | FAIXA NORMAL | COMENTÁRIOS |
|--|--|---|
| Magnésio | 6 – 10 mEq/dia | Aumenta: alcoolismo, diuréticos, Bartter. Diminui: baixa ingestão oral, síndromes de má-absorção intestinal, hipoparatiroidismo |
| Manganês | 0 – 10 µg/L | O “manganismo” é caracterizado por encefalopatia (demência), parkinsonismo e cirrose hepática. Exposição principalmente nas indústrias siderúrgica, de fertilizantes e mineração |
| Mercúrio | 0 – 5 µg/g de creatinina | O “hidrargirismo” provoca uma síndrome multifacetada, que inclui: adinamia, fraqueza, anorexia, perda da capacidade de concentração, tremores, diarreia e alterações gengivais (escurecimento) |
| Metanefrinas totais | Até 1000 µg/dia | Melhor exame para screening do feocromocitoma. Todavia, deve sempre ser solicitado em conjunto com as catecolaminas fracionadas e os ácidos homovanílico e vanilmandélico (para aumentar a especificidade) |
| Oxalato | 14 – 47 mg/dia | A hiperossalúria pode ser idiopática ou intestinal (quadros de esteatorréia, como na doença de Crohn), e associa-se a maior incidência de nefrolitíase (oxalato de cálcio). Níveis muito elevados ocorrem na intoxicação por etilenoglicol e por vitamina C |
| Piridinolina/ desoxipiridinolina (valor normal para mulheres na pré- menopausa) | Piridinolina: 22 – 89 nmol/ mol de creatinina Desoxipiridinolina: 4 – 21 nmol/mol de creatinina | A densitometria óssea serve para o diagnóstico de osteoporose, mas a monitoração do tratamento a longo prazo é melhor conduzida acompanhando-se os marcadores de reabsorção óssea (seu aumento indica que o osso está “enfraquecendo”) |
| Potássio | 25 – 125 mEq/dia | Aumenta: hiperaldosteronismo, Cushing, doenças tubulointersticiais renais. Diminui: Addison, IRC avançada |
| Selênio | 75 – 120 µg/L | Aumenta: intoxicação exógena por suplementos nutricionais (encefalopatia, convulsões). Diminui: nutrição parenteral total prolongada (sempre repor), escassez endêmica em certas regiões do planeta (nefropatia dos Balcãs). A doença de Keshan é uma cardiomiopatia que acomete jovens de origem asiática relacionada à deficiência de selênio |
| Serotonina | 50 – 200 ng/mL | Pode ser solicitada junto ao ácido 5-hidroxiindolacético para diagnóstico dos tumores carcinóides (no carcinóide de intestino grosso apenas a serotonina estará aumentada) |
| Sódio | 40 – 220 mEq/dia | Aumenta: diurético, Addison, hipotireoidismo, SIADH, Bartter, Gitelman. Diminui: desidratação, dieta hipossódica |
| Uréia | 12.000 – 35.000 mg/dia | Seu clearance subestima a verdadeira taxa de filtração glomerular porque a uréia é reabsorvida nos túbulos renais, logo, não serve para avaliar a função renal... A utilidade desse exame é avaliar a taxa de excreção do nitrogênio |
| Zinco | 266 – 846 µg/L | Intoxicação na indústria de baterias e com certos produtos químicos, como cimento dental, cosméticos e tintas. O quadro agudo é marcado por dor nos membros inferiores, edema e hemorragia pulmonar! A deficiência quase sempre tem origem alimentar, e pode cursar com oligospermia, alopecia, dermatite, diarreia e encefalopatia |

TABELA 4 - LÍQUIDO PLEURAL

| EXAME | VALOR NORMAL | COMENTÁRIOS |
|----------------|-----------------|---|
| Cor | Amarelo citrino | <ul style="list-style-type: none"> Sanguinolento = acidente de punção, câncer. Em derrames relacionados ao Asbesto, a presença de hemorragia não indica necessariamente a existência de mesotelioma, isto é, o derrame hemorrágico nessa situação pode ser BENIGNO!!! Leitoso = quilotórax (lesão no ducto torácico) ou pseudo-quilotórax (pleurites crônicas) Marrom = ruptura de abscesso pulmonar amebiano (“pasta de anchova”) Preto = infecção por Aspergillus Verde-escuro = bile no espaço pleural (ruptura de ducto hepático) Amarelo-esverdeado = característico da artrite reumatóide |
| pH | ~7,60 | Existe um gradiente de bicarbonato entre o líquido pleural normal e o sangue (por isso ele é fisiologicamente alcalino)... Nos transudatos, o pH pleural varia de 7,40 a 7,55, enquanto nos exsudatos ele costuma estar na faixa de 7,30 a 7,45... Um pH < 7,30 (acidose) é encontrado com frequência em processos inflamatórios, como o empiema. Quando muito reduzido (ex: < 7,15), indica necessidade de drenagem da cavidade pleural... |
| Glicose | Igual ao plasma | Relação glicose líquido/glicose plasma < 0,5 indica consumo da glicose por células metabolicamente ativas presentes no espaço pleural (neutrófilos, bactérias, tumor). Este achado é típico dos empiemas, mas também pode ser observado nas neoplasias, nas pleurites autoimunes (ex: LES, AR) e no derrame pleural associado à ruptura do esôfago! Apenas 20% das tuberculoses pleurais cursam com diminuição da glicose no líquido pleural... |

| EXAME | VALOR NORMAL | COMENTÁRIOS |
|----------------------------------|---|---|
| Colesterol | - | Alguns critérios para diferenciar transudato de exsudato (diferentes do critério de Light, que é o principal) utilizam a dosagem de colesterol para avaliar o aumento de permeabilidade capilar na superfície pleural e, por conseguinte, o seu grau de inflamação... Valores > 45 mg/dL aumentam a especificidade do diagnóstico de exsudato! |
| Proteínas | ~15% do valor plasmático | Relação proteína líquido/proteína plasma < 0,5 é o principal critério para classificar o derrame como transudato, ao passo que uma relação > 0,5 o classifica como exsudato!!! |
| LDH | - | LDH líquido/LDH soro > 0,6 ou LDH líquido > 2/3 do limite superior da normalidade são critérios de exsudato. Quanto maior o nível de LDH no derrame pleural, maior é o grau de inflamação nesse compartimento (ou seja, sua dosagem seriada ajuda no acompanhamento da resposta terapêutica) |
| Amilase | Menor que o soro | Relação amilase pleural/amilase soro > 1, ou níveis de amilase no líquido pleural acima do limite superior da normalidade para o soro, limitam o diagnóstico às seguintes possibilidades: pancreatite aguda, fístula pancreato-pleural, metástases pleurais e ruptura de esôfago... Nas doenças pancreáticas os níveis de amilase são altíssimos (reflexo de suas altas concentrações no suco pancreático). Nas metástases e na ruptura do esôfago encontramos amilase do tipo salivar... |
| ADA (adenosina deaminase) | - | Teste muito útil para o diagnóstico de tuberculose pleural (especialmente nos casos sugestivos onde não se consegue comprovação microbiológica, isto é, BAAR, cultura e biópsia negativas)... Níveis < 40 U/L excluem a possibilidade de TB!!! Como essa enzima é secretada durante a ativação dos linfócitos, é possível que também esteja aumentada em derrames relacionados a leucemias e linfomas... |
| Interferon-gama | - | Seu aumento é praticamente patognomônico de tuberculose pleural!!! |
| Celularidade | Variável. Mais importante do que o valor absoluto é a contagem diferencial das células... | <ul style="list-style-type: none"> • Eosinofilia (eosinófilos > 10% do total de células) = geralmente indica um processo benigno, como a presença de ar ou sangue no espaço pleural... • Células mesoteliais = comuns nos transudatos. Apesar de poderem estar aumentadas na tuberculose pleural, se > 5% das células forem mesoteliais a possibilidade de TB pleural se torna muito remota... • Valores totais > 50.000 céls/μL = são típicos dos derrames parapneumônicos complicados • Neutrófilos x Linfócitos. Nas agressões pleurais o tipo de célula predominante varia em função do tempo desde o início do processo... De uma forma geral, os neutrófilos predominam nos primeiros dias, e os linfócitos sobressaem daí em diante |
| Citologia oncótica | Negativa | A positividade de células malignas varia de acordo com o tipo de tumor... A maioria dos adenocarcinomas tem citologia positiva, enquanto nas doenças linfoproliferativas a positividade tende a ser menor (ex: 25% na doença de Hodgkin)!!! |

TABELA 5 - LÍQUIDO ASCÍTICO

| EXAME | VALOR NORMAL | COMENTÁRIOS |
|--|--------------|---|
| Aspecto | Límpido | <ul style="list-style-type: none"> • Turvação = depende do número de células presentes no líquido • Leitoso = ascite quilosa. Triglicerídeos > 200 mg/dL, geralmente > 1000 mg/dL. Tem como causa a obstrução linfática por câncer, mas também é visto na cirrose SEM CÂNCER (a ascite quilosa pode ser encontrada em 0,5% das cirroses não complicadas por neoplasia)!!! • Hemorrágico = se "heterogeneamente hemorrágico", com coagulação do sangue no tubo de coleta, provavelmente se trata de acidente de punção... Porém, caso seja difusamente hemorrágico (róseo), sem coagulação, provavelmente se trata de neoplasia. A peritonite tuberculosa raramente é hemorrágica... • Marrom = paciente extremamente icterico. Se a bilirrubina do líquido for maior que a do plasma, considerar ruptura de vesícula biliar ou úlcera duodenal perfurada... |
| Gradiente de albumina soro-ascite | - | <ul style="list-style-type: none"> • GASA ≥ 1,1 g/dL = hipertensão porta • GASA < 1,1 g/dL = provável doença peritoneal (ex: neoplasia peritoneal, tuberculose peritoneal) |
| Celularidade | zero | A PBE é definida através de apenas 2 critérios: (1) ≥ 250 polimorfonucleares/mL, (2) cultura do líquido ascítico positiva. Como a cultura demora dois dias para ficar pronta, e a sobrevida depende da precocidade do tratamento, o critério (1) é o dado mais importante para a tomada de conduta imediata (isto é, autoriza o início de antibioticoterapia)... |
| Citologia oncótica | negativo | A carcinomatose peritoneal (metástases para peritônio) apresenta praticamente 100% de positividade na citologia oncótica. |

TESTES ESPECIAIS PARA PERITONITE BACTERIANA SECUNDÁRIA

| | | |
|-----------------------|-----------------|---|
| Proteína total | - | Sugere PBS: > 1g/dL |
| Glicose | Igual ao plasma | Sugere PBS: < 50 mg/dL (com frequência a glicose é indetectável) |
| LDH | 40% do plasma | Sugere PBS: > limite superior da normalidade no soro |
| Amilase | 40% do plasma | Sugere PBS: > 40% do valor plasmático. Valores extremamente altos (ex: > 2000 U/L) sugerem pancreatite ("ascite pancreática") |

TESTES ESPECIAIS PARA PERITONITE TUBERCULOSA

| | | |
|----------------------------------|----------|---|
| BAAR | negativo | Sensibilidade de 0 a 2%... Não realizar!!! |
| Cultura | negativo | Se "culturarmos" grandes volumes (> 1L) a sensibilidade aumenta muito... Porém, a maioria dos laboratórios só processa amostras de até 50 mL!!! |
| Celularidade | zero | Predomínio de mononucleares |
| ADA (adenosina deaminase) | - | Só é útil nos pacientes sem cirrose. Se o paciente for cirrótico e tiver hipertensão porta, os níveis de ADA serão falsamente baixos... |

O método padrão-ouro para o diagnóstico de peritonite tuberculosa é a peritoneoscopia com biópsia e cultura das lesões

TESTES ATUALMENTE CONSIDERADOS INÚTEIS

Lactato, pH, colesterol, marcadores tumorais

| EXAME | FAIXA NORMAL | COMENTÁRIOS |
|--------------------------------------|----------------------|---|
| Viscosidade | Alta viscosidade | O líquido sinovial normal tem uma certa filância (podem-se formar "fios" com ele)... Essa propriedade é devida às glicoproteínas secretadas pela sinóvia. Em vigência de processo inflamatório, a intensa atividade proteolítica degrada as glicoproteínas e o líquido perde sua viscosidade natural, tornando-se mais fluido. Líquido francamente purulento (artrite séptica) pode voltar a ter viscosidade aumentada!!! |
| Celularidade | Acelular | <ul style="list-style-type: none"> • Bacteriana: 50.000 – 150.000 céls/mL, sempre com > 75% de polimorfonucleares!!! • Gota: celularidade variável, geralmente < 50.000 céls/mL com predomínio de polimorfonucleares • Viral: a celularidade varia de acordo com a etiologia... Pode ser normal, mas também pode ser muito elevada!!! • Eosinofilia: infecção parasitária, neoplasia, alergia, doença de Lyme • Hemorragia: líquido hemorrágico ocorre na hemofilia, anticoagulação, escorbuto e tumores articulares ("sinovite" vilonodular pigmentada, sinovioma, hemangioma) |
| Microscopia de luz polarizada | Ausência de cristais | <ul style="list-style-type: none"> • Urato monossódico (gota): forma de agulha, forte birrefringência negativa. Também podemos encontrar cristais em até 70% dos pacientes durante o período intercrítico... • Pirofosfato de cálcio (pseudo-gota): forma de retângulo ou quadrado, fraca birrefringência positiva • Colesterol: surgem em processos inflamatórios crônicos (ex: artrite reumatóide). Têm formato de placas poligonais. • Gorduras neutras: assim como nos cilindros graxos observados na urina de pacientes com síndrome nefrótica, tais cristais têm o formato de uma cruz maltesa. Ocorrem nas fraturas ósseas com extensão para a cavidade articular... |
| Biópsia | - | Método "padrão-ouro" para o diagnóstico de artrite tuberculosa |