

SESAB – Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

SESAB – BA

Residência Multiprofissional – Bacharel em Saúde Coletiva

DZ023-N9

Todos os direitos autorais desta obra são protegidos pela Lei nº 9.610, de 19/12/1998.
Proibida a reprodução, total ou parcialmente, sem autorização prévia expressa por escrito da editora e do autor. Se você conhece algum caso de "pirataria" de nossos materiais, denuncie pelo sac@novaconcursos.com.br.

OBRA

SESAB - Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

Residência Multiprofissional - Bacharel em Saúde Coletiva

EDITAL Nº 001/2019

AUTORES

Conhecimentos Gerais em Saúde - Profª Ana Luisa M. da Costa Lacida

Conhecimentos Básicos - Profª Ana Luisa M. da Costa Lacida

Conhecimentos Específicos - Profª Ana Luisa M. da Costa Lacida

PRODUÇÃO EDITORIAL/REVISÃO

Robson Silva

Leandro Filho

DIAGRAMAÇÃO

Renato Vilela

Victor Andrade

CAPA

Joel Ferreira dos Santos



NOVA
CONCURSOS

www.novaconcursos.com.br

sac@novaconcursos.com.br

APRESENTAÇÃO

PARABÉNS! ESTE É O PASSAPORTE PARA SUA APROVAÇÃO.

A Nova Concursos tem um único propósito: mudar a vida das pessoas.

Vamos ajudar você a alcançar o tão desejado cargo público.

Nossos livros são elaborados por professores que atuam na área de Concursos Públicos. Assim a matéria é organizada de forma que otimize o tempo do candidato. Afinal corremos contra o tempo, por isso a preparação é muito importante.

Aproveitando, convidamos você para conhecer nossa linha de produtos "Cursos online", conteúdos preparatórios e por edital, ministrados pelos melhores professores do mercado.

Estar à frente é nosso objetivo, sempre.

Contamos com índice de aprovação de 87%*.

O que nos motiva é a busca da excelência. Aumentar este índice é nossa meta.

Acesse **www.novaconcursos.com.br** e conheça todos os nossos produtos.

Oferecemos uma solução completa com foco na sua aprovação, como: apostilas, livros, cursos online, questões comentadas e treinamentos com simulados online.

Desejamos-lhe muito sucesso nesta nova etapa da sua vida!

Obrigado e bons estudos!

*Índice de aprovação baseado em ferramentas internas de medição.

CURSO ONLINE



PASSO 1

Acesse:

www.novaconcursos.com.br/passaporte



PASSO 2

Digite o código do produto no campo indicado no site.

O código encontra-se no verso da capa da apostila.

*Utilize sempre os 8 primeiros dígitos.

Ex: JN001-19



PASSO 3

Pronto!

Você já pode acessar os conteúdos online.

SUMÁRIO

CONHECIMENTOS GERAIS EM SAÚDE

Bioética.....	01
Conceitos de eficácia, eficiência e efetividade.....	06
Constituição Federal de 1988, Seção II – Da Saúde.....	10
Controle Social.....	12
Economia da Saúde.....	12
Educação em Saúde.....	17
Epidemiologia.....	40
Financiamento da Saúde.....	12
Humanização da Atenção e da Gestão na Saúde.....	49
Legislação SUS: Lei Federal nº. 8.080, de 19/09/1990, Lei Federal nº. 8.142, de 28/12/1990 e Decreto Federal nº. 7.508, de 23/06/2011.....	55
Liderança no Trabalho.....	70
Modelos Assistenciais em Saúde: organização da assistência à saúde.....	72
Monitoramento de Indicadores de Estrutura, Processo e Resultados.....	78
Pacto pela Saúde; Planejamento, Gestão e Avaliação de Serviços e Programas de Saúde.....	82
Política Nacional da Atenção Básica.....	104
Política Nacional de Promoção da Saúde.....	106
Políticas Públicas em Saúde e sua Evolução Histórica.....	112
Processo de Trabalho em Saúde.....	114
Programas de Saúde.....	116
Qualidade em Serviços de Saúde: conceitos e aspectos gerais.....	117
Segurança do Trabalho em Saúde.....	119
Norma Regulamentadora 32 (NR 32).....	122
Trabalho em equipe multidisciplinar.....	122
Vigilância à Saúde: Epidemiológica, Saúde do Trabalhador, Sanitária e Ambiental.....	122

CONHECIMENTOS BÁSICOS

Sistema Único de Saúde: princípios, diretrizes e formas de organização dos serviços.....	01
Principais problemas de saúde da população brasileira.....	06
Vigilância epidemiológica.....	16
Promoção à saúde e Atenção Básica, Indicadores de saúde.....	16

CONHECIMENTO ESPECÍFICOS

Sistema Único de Saúde: princípios, diretrizes e formas de organização dos serviços de saúde.....	01
Aspectos normativos do processo de descentralização de ações e serviços do Sistema Único de Saúde.....	01
Principais problemas de saúde da população brasileira.....	02
Vigilância Epidemiológica.....	02

SUMÁRIO

Determinantes sociais de saúde.....	02
Promoção da saúde.....	04
Conceitos fundamentais de Epidemiologia; Estudos epidemiológicos; Indicadores de saúde.....	04
Formulação e implementação de políticas de saúde; Planejamento em saúde: abordagens metodológicas..	04
Avaliação de programas e sistemas de saúde.....	06

ÍNDICE

CONHECIMENTOS GERAIS EM SAÚDE

Bioética.....	01
Conceitos de eficácia, eficiência e efetividade.....	06
Constituição Federal de 1988, Seção II – Da Saúde.....	10
Controle Social.....	12
Economia da Saúde.....	12
Educação em Saúde.....	17
Epidemiologia.....	40
Financiamento da Saúde.....	12
Humanização da Atenção e da Gestão na Saúde.....	49
Legislação SUS: Lei Federal nº. 8.080, de 19/09/1990, Lei Federal nº. 8.142, de 28/12/1990 e Decreto Federal nº. 7.508, de 23/06/2011.....	55
Liderança no Trabalho.....	70
Modelos Assistenciais em Saúde: organização da assistência à saúde.....	72
Monitoramento de Indicadores de Estrutura, Processo e Resultados.....	78
Pacto pela Saúde; Planejamento, Gestão e Avaliação de Serviços e Programas de Saúde.....	82
Política Nacional da Atenção Básica.....	104
Política Nacional de Promoção da Saúde.....	106
Políticas Públicas em Saúde e sua Evolução Histórica.....	112
Processo de Trabalho em Saúde.....	114
Programas de Saúde.....	116
Qualidade em Serviços de Saúde: conceitos e aspectos gerais.....	117
Segurança do Trabalho em Saúde.....	119
Norma Regulamentadora 32 (NR 32).....	122
Trabalho em equipe multidisciplinar.....	122
Vigilância à Saúde: Epidemiológica, Saúde do Trabalhador, Sanitária e Ambiental.....	122

BIOÉTICA

O profissional de enfermagem atua sob um conjunto de valores pessoais quando se relaciona com um paciente. Cada paciente possui um sistema pessoal de valores. O profissional de enfermagem não deve permitir que os seus valores entrem em conflito com os do paciente. A objetividade enriquece a habilidade do profissional em atuar de modo inteligente e disciplinado quando assiste pacientes com problema de saúde. Ele deve se empenhar em desenvolver uma autoconsciência para entender atitudes e sentimentos e para controlar o comportamento nas relações profissionais com os pacientes.

No ambiente de assistência de saúde, os valores do profissional de enfermagem, do paciente e da sociedade interagem. Inevitavelmente, conflitos de valores surgem, os quais podem causar dilemas éticos. A ética determina a conduta apropriada e é tão importante quanto os direitos legais. O profissional precisa constantemente lembrar-se da ética, quando lidar com pacientes e com outros profissionais de saúde.

Uma vez que o profissional de enfermagem está ciente dos valores que motivam o comportamento pessoal e profissional, é mais fácil ajudar os pacientes a identificar os valores que influenciam seus próprios comportamentos e atitudes. A frequência e a intensidade com as quais a pessoa pratica comportamento de promoção de saúde depende do valor dado na redução da ameaça da doença e na promoção da saúde. Os profissionais de enfermagem ajudam os pacientes a elucidarem seus valores pessoais, ordenam prioridades de valores, minimizam conflitos, conseguem uma estabilidade entre valores e comportamentos relacionados à prevenção de doenças e à promoção de saúde e recebem tratamento ético. A competência de um profissional está na habilidade em ajudar os pacientes a compreenderem a si próprios e ao impacto de alguns comportamentos no seu bem-estar.

Definição de Valores e Ética

Um valor é uma convicção pessoal sobre a importância sobre uma dada ideia ou comportamento. Dar valor a um certo comportamento ou ideia é achá-los preferíveis a outros. Os valores que um indivíduo retém refletem necessidades pessoais, culturais, influências sociais e relacionamento com pessoas de importância pessoal. Os valores variam entre as pessoas, desenvolvem-se e mudam com o tempo. Um sistema de valores bem desenvolvido faz com que a tomada de decisões seja uma tarefa relativamente sem conflitos.

A ética consiste nos princípios ou padrões que determinam a conduta apropriada. O termo origina-se da palavra grega "ethos", que significa costume. A ética refere-se ao que é certo e errado, o que é dever ou obrigação. Sendo uma característica de todas as profissões, a ética protege os direitos dos homens.

Os valores influenciam como um indivíduo percebe os outros e como ele age. Quando os valores entram em conflito, a ética frequentemente entra em cena e o resul-

tado é o dilema. Não há situação absolutamente certa ou errada, mas uma pessoa não deve comprometer os valores de outra quando tentar resolver um dilema ético. Por exemplo, um enfermeiro de uma comunidade, solicitado por um colega de trabalho para entrar em greve, precisa decidir-se entre a lealdade a seus colegas e aos pacientes.

As pessoas apegam-se a valores em um contínuo de relativa importância. Valores relacionados formam sistemas de valores, como aqueles relacionados à religião, saúde, liberdade e auto-respeito. Um sistema objetivo de valores permite a uma pessoa ser flexível ao tomar decisões e facilita uma ótima interação com terceiros.

Valores éticos, morais e legais não estão necessariamente relacionados. Uma crença moral é uma forte convicção de que alguma coisa é absolutamente certa ou errada em todas as situações. Desta maneira, o que é uma questão moral para uns é dilema ético para outros (por exemplo, aborto). Um direito legal é uma reivindicação justa ou algo que é devido de acordo com as garantias legais e está frequentemente relacionados aos valores éticos (por exemplo, no caso da remoção de um sistema de suporte de vida de um paciente em coma), mas não está necessariamente relacionado a todas as situações (por exemplo, o direito ao tratamento de saúde é uma questão ética e não um direito legal).

Dois tipos específicos de valores são os terminais e instrumentais. Um valor terminal envolve finalidade ou objetivos desejados, como a felicidade ou o sucesso na profissão. Um valor instrumental envolve modelos desejáveis de conduta, como honestidade ou manutenção da saúde de outrem. Valores instrumentais mudam com a experiência; valores terminais, os objetivos principais da pessoa, são alcançados através de comportamentos motivados por valores instrumentais.

Valores e ética regem o modo de uma pessoa agir e dão sentido à vida. A prática da enfermagem exige que o profissional de enfermagem atue dentro das regras legais e éticas e que, ao mesmo tempo, se mantenha fiel a um sistema de valores pessoais. Surgem, é claro, conflito de valores e, conseqüentemente, o profissional precisa estar preparado para lidar com estes dilemas éticos e resolver os conflitos da melhor maneira possível, para assegurar a qualidade da assistência e uma solução satisfatória do ponto de vista profissional.

Determinação de Valores dos Profissionais de Enfermagem

O profissional de enfermagem que usa a determinação de valores apresenta um crescimento pessoal e adquire satisfação profissional. Durante os encontros com pacientes, colegas e profissionais de saúde, os seus valores são desafiados e testados. Como ele demonstra uma vontade de ser responsável por atuar profissionalmente? Como suas atitudes em relação a um paciente influenciam o cuidado providenciado? O enfermeiro tem dificuldade em assumir o papel de um profissional se seus valores pessoais são mal concebidos ou pouco claros. A determinação de valores ajuda-o a explorar estes valores e decidir se ele atua de acordo com suas convicções.

Uma visão clara dos valores pessoais permite-lhe dar maior atenção às necessidades dos pacientes. A determinação de valores também facilita a tomada de decisão e resolução de problemas.

O processo de determinação de valores pode ser usado numa base contínua entre os profissionais de enfermagem e outros profissionais de saúde que enfrentam conflitos similares diariamente. Nas relações de trabalho, os profissionais de enfermagem desenvolvem uma confiança nos colegas, em cujas reações eles podem confiar. O profissional consciente de seus valores atua rápida e decididamente e pode ajudar seus colegas a determinar seus valores ao lidar e cuidar de pacientes. Compartilhar valores sobre pacientes, suas famílias, colegas de trabalho e companheiros ajudam os profissionais a reconhecer seus próprios valores. Esta partilha ajuda-os a compreender o comportamento dos colegas. As linhas de comunicação tornam-se mais abertas quando se deparam com um tema controverso. A qualidade das relações de trabalho é enriquecida à medida que os profissionais de enfermagem adquirem conhecimento sobre si mesmos e seus colegas.

Determinação de Valores de Pacientes

A valorização também é um instrumento útil no auxílio aos pacientes e seus familiares para adaptarem-se ao estresse da doença e outros problemas relacionados à saúde. O profissional de enfermagem ajuda o paciente a discriminar as emoções para determinar seus significados e sentidos. A determinação de valores é uma atividade para despertar a consciência, através da qual os pacientes adquirem consciência das prioridades pessoais, identificam ambiguidades nos valores e resolvem os conflitos iniciais entre os valores e o comportamento. O objetivo do profissional é comunicar-se com o paciente para ajudá-los a estabelecer comportamento de proteção e promoção de saúde. O paciente torna-se mais propenso a expressar problemas e sentimentos sinceros e, então, ele está apto a estabelecer um plano de assistência individualizado. O enfermeiro que quer saber e aprende quais são os valores do paciente, está apto a planejar um programa bem-sucedido de promoção de bem-estar.

Um sistema de estratégias pode ser usado para tornar a avaliação mais criteriosa, prática e significativa para uma pessoa com valores não muito claros. Essas estratégias são, na verdade, exercícios para ajudar um indivíduo na determinação de valores, utilizando as três etapas de valorização. Os profissionais de enfermagem podem usá-las com os pacientes ou para determinar seus próprios valores.

Algumas vezes é difícil para um profissional de enfermagem determinar quando o paciente pode se beneficiar com a determinação de valores. Nem todos os pacientes acreditam nos valores socialmente preferidos, tais como o desejo de manter sua saúde, uma vontade de trabalhar pesado ou a importância de ter uma carreira de sucesso. Em alguns casos, os comportamentos do paciente sugerem ao profissional de enfermagem que seus valores não são claros. Esses comportamentos podem interferir nos esforços do profissional de enfermagem para promoção

de uma boa assistência. Quando os comportamentos dos pacientes refletem uma necessidade de determinação de valores, o papel do profissional de enfermagem será determinar se o paciente está infeliz, inseguro do seu sistema de valores, ou se está vivenciando um conflito de valores que pode ser prejudicial à sua saúde. Nesses casos, a determinação de valores pode ser útil.

Simplemente encorajar o paciente expressar seus sentimentos pode fornecer informações inadequadas, se o problema real for um conflito de valores. O profissional que está familiarizado com a determinação de valores pode ajudá-lo a definir valores, esclarecer objetivos e procurar soluções.

Proporcionar meios de determinação de valores não é uma tentativa de psicanálise. O papel do profissional de enfermagem é fornecer respostas para as perguntas ou afirmações do paciente, de modo que estimule a introspecção. O estímulo verbal do profissional para a determinação é gerado por uma consciência de que o processo de valorização irá motivar o paciente a examinar seus pensamentos e ações. Esses estímulos podem ajudá-los a escolher um valor livremente, considerar alternativas, apreciar a escolha, afirmá-la a outros e incorporar comportamentos que reflitam o valor escolhido.

Quando o profissional de enfermagem incita um estímulo para a determinação, ele deve ser: breve; sem julgamento; seletivo; que estimule pensamentos, e espontâneo. Isto assegura que o paciente está sendo tratado como um indivíduo com necessidades reais e não permite que o profissional seja severo ou moralizante.

A determinação de valores pode ocorrer em qualquer contexto. A valorização tem sempre mais sucesso quando o profissional tem a oportunidade de um contato repetido com o paciente. É difícil para ele ajudar significativamente o paciente a superar cada etapa do processo de valorização, se o tempo dedicado a isto for curto.

No final, o paciente adquire a noção de como a valorização proporciona satisfação pessoal. A determinação de valores promove a ponderação e tomada de decisões efetivas. O paciente torna-se consciente de como os valores influenciam suas ações, um componente essencial na resolução de problemas.

É necessário tempo para que o profissional possa desenvolver a determinação de valores, como um instrumento para a assistência de paciente. Os profissionais de enfermagem não podem tentar ajudar seus pacientes a examinarem seus valores, a não ser que eles mesmos tenham conhecimento de seus próprios valores. A determinação de valores pode ser um meio valioso dos pacientes identificarem seus sentimentos verdadeiros e convicções e ter um melhor conhecimento de seus objetivos na vida.

Valores e Ética

A singularidade da profissão de enfermagem está na complexidade e diversidade de papéis e responsabilidades assumidas por seus membros. O profissional de enfermagem atua como uma conexão entre o paciente e outros profissionais de saúde, para assegurar que os direitos do paciente sejam respeitados. Atualmente, o profissional está apto a se empenhar visando o objetivo de proporcionar um atendimento completo e abrangente para uma gama maior de pacientes.

A assistência de saúde é realizada numa sociedade pluralística onde existem muitos sistemas de crenças e fé. Com tanta diversidade moral e cultural, frequentemente é difícil definir valores comuns de assistência de saúde. O profissional de enfermagem tem conhecimento de valores e ética e os usa para proporcionar uma boa assistência para o paciente. Depende do próprio profissional a tentativa de resolver dilemas éticos que surgem durante sua interação com o paciente. Se ele sabe claramente o que eles valorizam e por que, estará apto a tomar, e ajudar os pacientes a tomarem, decisões éticas responsáveis.

Uma pessoa que ingressa na profissão de enfermagem possui um conjunto de valores pessoais que guiarão suas ações. Esses valores são o resultado de uma escolha ou hábitos pessoais. Um jovem adulto que ingressa na carreira de enfermagem será incapaz, a princípio, de identificar todos os atributos de um enfermeiro profissional. Mas, após socializar-se com a profissão, ele logo verificará a interação de valores pessoais e profissionais.

Dois valores primários identificados por Hall (1973) são o valor próprio e equivalência. O valor próprio é a crença de uma pessoa em se considerar valiosa para as pessoas importantes de sua vida. O valor próprio está relacionado à confiança, à expressão de emoções e à capacidade de se relacionar com as outras pessoas. O valor de equivalência é a crença de que outras pessoas têm valor equivalente a si mesmo. Hall sugere que estes dois valores primários devem existir conjuntamente. Ter um sentimento positivo pelos outros requer que uma pessoa primeiro avalie a si própria. Esses dois valores primários são "forças orientadoras" na vida pessoal e profissional do enfermeiro.

Existem muitos outros valores, como a confiabilidade e a competência, que o enfermeiro adquire durante a socialização. Se os valores pessoais são similares aos ideais para o trabalho, os profissionais assumem seu papel com pouca dificuldade; se eles são incompatíveis, o profissional de enfermagem provavelmente se sentirá frustrado e insatisfeito.

Ética Profissional

Que responsabilidades estão envolvidas no papel de um profissional? Fromer relacionou as principais características de um profissional:

- A profissão é exercida em tempo integral e é principal fonte de rendas.
- O profissional vê trabalho como um compromisso a uma solicitação. É mais que um emprego.
- Profissionais estão organizados com seus colegas por razões profissionais, isto é, por razões que transcendem dinheiro e outros benefícios tangíveis.
- O profissional possui conhecimento e habilidade úteis baseados numa educação de duração e dificuldade incontestáveis.
- Os profissionais demonstram uma orientação de atendimento que vai além da motivação financeira.
- O profissional procede de acordo com seu próprio julgamento.

Como profissional, o enfermeiro tem um compromisso com pacientes e com a própria profissão, em fornecer a melhor qualidade de assistência de saúde disponível. A formação educacional do profissional de enfermagem fornece o conhecimento e habilidades necessárias para ajudá-lo a cumprir o compromisso profissional. Experiências clínicas promovem a socialização na profissão, por que o profissional aprende os padrões e normas usados por outros colegas no exercício da profissão e outras disciplinas de assistência médica. O processo de tornar-se um profissional somente está completo quando os valores da profissão são integrados aos valores do indivíduo.

Códigos de Ética

A profissão de enfermagem possui códigos de ética que asseguram ao profissional a atenção por altos ideais de conduta. Um código de ética profissional é uma declaração coletiva das expectativas do grupo, um padrão de comportamento. Um código de ética para os profissionais de enfermagem relaciona as responsabilidades especiais assumidas por aqueles que cuidam de pessoas doentes. Eles lidam com pessoas, que por causa de doença ou trauma, são frequentemente vulneráveis ou dependentes das capacidades e conhecimentos profissionais. A profissão de enfermagem precisa formular e cumprir altos ideais de conduta para assegurar ao público e a sociedade que os profissionais individualmente, não tirarão partido de suas posições.

Um código é um conjunto de princípios que são geralmente aceitos por todos os membros de uma profissão. Estes princípios indicam alguns dos fatores que os profissionais de enfermagem devem considerar, quando da decisão da conduta apropriada. Códigos de ética também fornecem um alicerce comum para o currículo de enfermagem profissional.

É muito difícil codificar todos os princípios nos quais uma pessoa deve se basear para resolver dilemas num campo complexo como o da enfermagem. Os profissionais de enfermagem enfrentam dilemas éticos que não são claramente regulamentados pelos códigos de ética.

Um código de ética precisa ser curto, no entanto detalhado o suficientemente para que sempre ofereça uma orientação clara e obtenha aceitação geral. A Associação Americana de Profissionais de Enfermagem (AAPE) e o Conselho Internacional de Profissionais de Enfermagem (CIPE) estabeleceram códigos amplamente aceitos, que os profissionais de enfermagem devem tentar seguir. Embora esses códigos se diferenciem em algum ponto de ênfase específica, eles refletem os mesmos princípios básicos.

Cada profissional de enfermagem assume a responsabilidade de realizar atividades de enfermagem específicas na assistência de um paciente. Ser responsável também se refere à esfera das funções de deveres associado ao papel dos enfermeiros. À medida que assumem mais funções, estas funções tornam-se parte de sua responsabilidade. Sendo responsável, ele se torna seguro e digno de confiança pelos colegas e paciente. Um profissional responsável é competente em conhecimento e habilidades. É imperativo que ele também possua responsabilidade ética em relação ao paciente. Um profissional de enfermagem cuida de um paciente que é, no mínimo, parcialmente dependente da escolha de ação feita pelo

enfermeiro e que depositou confiança nas capacidades deste profissional. A responsabilidade de um enfermeiro requer uma disposição de atuação apropriada dentro das diretrizes de conduta da ética profissional.

A profissão de enfermeiro é caracterizada pela responsabilidade; eles precisam estar aptos a responder por suas ações (por exemplo, dar uma dosagem errada de um medicamento). Um profissional de enfermagem responsável denuncia erros e inicia os cuidados para prevenir qualquer prejuízo futuro ao paciente. Ter responsabilidade pede uma avaliação de efetividade do profissional de enfermagem em assumir responsabilidades.

Um profissional de enfermagem tem responsabilidade para com ele, com o paciente, a profissão, a instituição empregadora e a sociedade. Ele assume a responsabilidade por si próprio, por relatar às autoridades apropriadas qualquer conduta que coloque os pacientes em risco. A prioridade mais alta do profissional é a segurança e o bem-estar dos pacientes.

Ter responsabilidade para com o paciente significa que o profissional fornece informação precisa a ele sobre o tratamento. Ele tem a responsabilidade de informar o paciente sobre procedimentos e fornecer informações que o ajudem a tomar decisões.

Ele mantém responsabilidade para com a profissão e, conseqüentemente, para com a sociedade, mantendo altos padrões de ética e encorajando outros profissionais a fazerem o mesmo. Ele relata qualquer conduta de outro profissional da mesma área ou de um médico que coloque em risco o paciente. O profissional de enfermagem que falha em apresentar esta conduta é considerado co-responsável.

O profissional de enfermagem tem responsabilidade em relação à instituição. Administradores de enfermagem e médicos são geralmente as pessoas para as quais os profissionais de enfermagem devem obediência. As instituições desenvolvem normas e procedimentos para fornecer diretrizes coerentes para a realização de atividades de assistência de saúde. Normas e procedimentos previnem confusões e erros quando é dada assistência.

A preocupação ética primária de profissionais de enfermagem é ajudar cada paciente a receber assistência de saúde de alta qualidade. Ele possui o potencial não apenas de ajudar os pacientes, mas também de causar algum desconforto ou estresse. É frequentemente difícil discriminar as ações benéficas das desnecessariamente estressantes. Um profissional de enfermagem pode ser mais responsável por um paciente se os benefícios e as desvantagens das ações forem cuidadosamente ponderadas. Sendo responsável, o profissional de enfermagem terá, como consequência maior responsabilidade.

Os conflitos surgem em situações de ser responsável e ter responsabilidade. Frequentemente, entre administradores de enfermagem e médicos, o profissional de enfermagem pode ficar indeciso sobre quem tem responsabilidade por quem. Normas e procedimentos dão uniformidades aos padrões básicos de assistência de enfermagem, deste modo mantém a qualidade de assistência em uma instituição. Se um enfermeiro discorda das expectativas da instituição, é possível trabalhar dentro do sistema para mudá-las, talvez aperfeiçoando ou modificando normas e procedimentos ultrapassados.

A sociedade como um todo tem objetivo de proporcionar assistência de saúde para todos. Como membro de um sistema de saúde, o profissional de enfermagem age dentro das regras desse sistema. Barreiras burocráticas são sempre impostas por este sistema, o que pode criar conflitos envolvendo valores de ética do profissional. Enfermeiros podem entrar em conflito, ao tentarem proteger os direitos dos indivíduos vulneráveis e em condições inferiores. Entretanto, a menos que defendam os direitos de todos os pacientes, não estarão agindo de acordo com as demandas da sociedade.

A responsabilidade profissional serve quatro propósitos básicos:

- Avaliar as novas normas da prática profissional e re-avaliar as existentes.
- Manter os padrões de assistência de saúde.
- Facilitar a reflexão pessoal, o pensamento ético e o crescimento pessoal por parte dos profissionais.
- Fornecer bases para tomadas de decisão éticas.

O desempenho individual de um profissional de enfermagem pode ser medido? Uma tendência recente na assistência de saúde é o estabelecimento de padrões de assistência. A Comissão Mista de Credenciamento de Hospitais tem recomendado certos padrões para o exercício da assistência de enfermagem. Estes padrões fornecem uma estrutura básica para avaliar se assistências de enfermagem competentes são ministradas. O desempenho então pode ser medido objetivamente, bem como criticamente. Tucker e associados produziram um exemplo de um conjunto de padrões a seguir para proporcionar bem-estar físico geral a um paciente, tal como certificar-se de que o paciente está confortável e na posição correta. Esses padrões não eliminam a necessidade de um plano individual de assistência. Entretanto, profissionais de enfermagem que incorporam esses padrões em um plano de assistência satisfazem sua responsabilidade éticas. A responsabilidade é assegurada porque a qualidade de assistência pode ser medida.

Amparo do Paciente

Os padrões éticos regem o comportamento de profissionais e instituições para com os pacientes. Em contraste, as leis determinam o licenciamento de profissionais e prescrevem os limites da prática legal. Geralmente é verdade que as práticas éticas são práticas legais. Entretanto, somente a lei é prontamente executável.

Como Kohnke destacou, o conceito de amparo transpõe esta lacuna entre a ética e a lei. Em enfermagem, amparo consiste em informar o paciente e, então, apoiar qualquer que seja a decisão tomada. Informar apropriadamente um paciente adequa-se às responsabilidades legais do profissional de enfermagem e apoiá-lo adequa-se às necessidades éticas de respeitar o direito de uma pessoa à autodeterminação.

Amparo é um processo complexo que, primeiro, requer do profissional de enfermagem a aquisição da compreensão de suas próprias atitudes, valores e crenças e, depois aprender a aproximar-se do paciente com a men-

te aberta, reconhecendo valores e crenças diferentes. Amparo não é o mesmo que determinação de valores; entretanto, para dar amparo, o profissional de enfermagem precisa determinar quais são os valores.

As duas funções primárias de amparo são informar e apoiar. Para informar um paciente propriamente, o profissional de enfermagem precisa ter informação exata ou saber onde conseguir. O profissional que dá amparo precisa também desejar que o paciente receba a informação. Entretanto, um paciente precisa concordar em receber a informação; ele tem o direito de não saber. Além disso o profissional de enfermagem que dá amparo, fornece a informação de um modo que tenha significado para o paciente. Finalmente, o profissional protetor reconhece que muitas pessoas, como membros de família, médicos, administradores de assistência de saúde, não querem que o paciente obtenha informações. Esta situação torna amparo muito difícil. O papel de protetor torna-se um ato de ponderação cuidadosa, entre contar ao paciente o que ele precisa saber e não prejudicar a relação do paciente com a família ou o médico.

O profissional de enfermagem também dá apoio ao paciente sem assumir uma posição defensiva ou de salvamento. A responsabilidade da tomada de decisões permanece com o paciente e não com o protetor. O enfermeiro protetor não dá conselhos, faz julgamentos ou dá aprovação. O profissional de enfermagem tem consciência dos riscos que são inevitáveis se o paciente tomar decisão errada sobre o tratamento de saúde, mas é o paciente quem decide após receber a informação. Se a decisão for errada, o profissional instrui o paciente como aceitá-la e como fazer uma escolha melhor no futuro.

O estudante de enfermagem principalmente frequentemente encontrará pacientes que pedirão ajuda para tomar decisões simples, como, por exemplo, tomar banho. Essas questões podem ser importantes para um paciente doente. Elas oferecem excelentes oportunidades a um enfermeiro para ajudar o paciente a tomar decisões. Quando decisões mais importantes tiverem que ser tomadas, ele estará mais apto a tomá-las. Ajudando o paciente a tomar decisões aparentemente de pouca importância, o profissional de enfermagem ganha prática no papel de protetor.

Existe um ponto chave a lembrar quando o profissional de enfermagem exerce este papel. Nem todos os pacientes precisam de "amparo". Existem pacientes que são capazes de tomar suas próprias decisões, sem o auxílio do profissional. Entretanto, é sempre apropriado para ele compartilhar informações pertinentes e importantes com o paciente.

RESOLUÇÃO COFEN Nº 370/2010

Altera o Código de Processo Ético das Autarquias Profissionais de Enfermagem para aperfeiçoar as regras e procedimentos sobre o processo ético-profissional que envolvem os profissionais de enfermagem e Aprova o Código de Processo Ético.

O Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº. 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento da Autarquia, aprovado pela Resolução COFEN nº. 242, de 31 de agosto de 2000;

CONSIDERANDO a necessidade de se aperfeiçoar as regras procedimentais e processuais dos processos éticos dos profissionais de enfermagem;

CONSIDERANDO os estudos realizados pela Comissão de Reformulação do Código de Processo Ético das Autarquias Profissionais de Enfermagem, que fora instituída do COFEN e as sugestões enviadas pelos Conselhos Regionais de Enfermagem;

CONSIDERANDO o que mais consta do Processo Administrativo COFEN Nº 196/2010.

Resolve:

Art. 1º Aprovar o "CÓDIGO DE PROCESSO ÉTICO DOS CONSELHOS DE ENFERMAGEM", que estabelece as normas procedimentais para serem aplicadas nos processos éticos em toda jurisdição de todos os Conselhos de Enfermagem.

Art. 2º Os Conselhos Regionais de Enfermagem deverão dar ampla publicidade ao Código de que trata a presente Resolução, devendo os Profissionais de Enfermagem conhecer seu inteiro teor.

Art. 3º O presente Código de Processo Ético entra em vigor no dia 1º de Janeiro de 2011, revogando as disposições em contrário, em especial a Resolução COFEN Nº 252/2001.

Brasília/DF, 03 de novembro de 2010.

MANOEL CARLOS NERI DA SILVA

COREN-RO

Presidente

Caro candidato essa legislação é extensa e não a abordaremos em sua integralidade, segue o sumário e acesse o link abaixo para estudá-la.

Código de Processo Ético-Disciplinar da Enfermagem

SUMÁRIO

DISPOSIÇÕES GERAIS

DO SISTEMA DE APURAÇÃO E DECISÃO DAS INFRAÇÕES ÉTICO-DISCIPLINARES

DA COMPETÊNCIA

DO IMPEDIMENTO E DA SUSPEIÇÃO

DAS PARTES

DOS PROCEDIMENTOS E DO PROCESSO ÉTICO-DISCIPLINAR

DA ADMISSIBILIDADE

DA AVERIGUAÇÃO PRÉVIA

DOS ATOS PROCESSUAIS

DA COMUNICAÇÃO DOS ATOS

DA CITAÇÃO

DA INTIMAÇÃO

DAS NOTIFICAÇÕES

DA CARTA PRECATÓRIA

DOS PRAZOS

DA COMISSÃO DE INSTRUÇÃO

DA INSTRUÇÃO

DAS TESTEMUNHAS

DO INTERROGATÓRIO DO DENUNCIADO

DA ACAREAÇÃO
DA PROVA DOCUMENTAL
DA PROVA PERICIAL
DO JULGAMENTO EM PRIMEIRA INSTÂNCIA
DO JULGAMENTO
DA DECISÃO
DAS NULDADES E ANULABILIDADES
DO JULGAMENTO EM SEGUNDA INSTÂNCIA
DOS RECURSOS
DO RECURSO PARA A ASSEMBLEIA GERAL DOS DELEGADOS REGIONAIS
DO JULGAMENTO NA SEGUNDA INSTÂNCIA
DA EXECUÇÃO DA PENA
DA REVISÃO DA PENA
DA REABILITAÇÃO
DA PRESCRIÇÃO
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Referências: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-3702010_33338.html

CONCEITOS DE EFICÁCIA, EFICIÊNCIA E EFETIVIDADE

Sob o prisma da Ciência Administrativa, faz-se necessária a verificação dos tradicionais conceitos de eficiência e eficácia e de outro mais novo, a efetividade. A partir desse embasamento, será analisado o entendimento da Ciência Jurídica acerca da introdução do Princípio da Eficiência na CF. Serão vistos os principais debates e dúvidas sobre o tema e, ainda, apresentadas algumas observações.

Idalberto Chiavenato ensina que toda organização deve ser analisada sob o escopo da eficácia e da eficiência, ao mesmo tempo:

eficácia é uma medida normativa do alcance dos resultados, enquanto *eficiência* é uma medida normativa da utilização dos recursos nesse processo. (...) A *eficiência* é uma relação entre custos e benefícios. Assim, a eficiência está voltada para a melhor maneira pela qual as coisas devem ser feitas ou executadas (métodos), a fim de que os recursos sejam aplicados da forma mais racional possível (...) (Chiavenato, 1994, p. 70).

A eficiência não se preocupa com os fins, mas apenas com os meios, ela se insere nas operações, com vista voltada para os aspectos internos da organização. Logo, quem se preocupa com os fins, em atingir os objetivos é a eficácia, que se insere no êxito do alcance dos objetivos, com foco nos aspectos externos da organização.

À medida que o administrador se preocupa em fazer corretamente as coisas, ele está se voltando para a *eficiência* (melhor utilização dos recursos disponíveis). Porém, quando ele utiliza estes instrumentos fornecidos por aqueles que executam para avaliar o alcance dos resultados, isto é, para verificar se as coisas bem feitas são as que realmente deveriam ser feitas, *então ele está se voltando para a eficácia* (alcance dos objetivos através dos recursos disponíveis) (Chiavenato, 1994, p. 70).

O autor diz que nem sempre se é eficiente e eficaz ao mesmo tempo. Uma organização pode ser eficiente e não ser eficaz e vice-versa. O ideal é ser igualmente eficiente e eficaz.

Chiavenato oferece pitorescos exemplos para diferenciarem os conceitos: eficiência é ir à igreja, enquanto eficácia é praticar os valores religiosos; eficiência é rezar, enquanto eficácia é ganhar o céu; ou ainda utilizando um outro exemplo, eficiência é jogar futebol com arte, enquanto eficácia é ganhar o jogo.

Sérgio Rodrigues Bio (1996), caminha no mesmo sentido no que diz respeito aos conceitos. Para ele "eficiência diz respeito a método, a modo certo de fazer as coisas. (...)

Uma empresa eficiente é aquela que consegue o seu volume de produção com o menor dispêndio possível de recursos. Portanto, ao menor custo por unidade produzida". Já a "eficácia diz respeito a resultados, a produtos decorrentes de uma atividade qualquer. Trata-se da escolha da solução certa para determinado problema ou necessidade. (...) Uma empresa eficaz coloca no mercado o volume pretendido do produto certo para determinada necessidade" (BIO, 1996, p. 21).

Porém, o autor vincula a eficácia à eficiência: "(...) a eficácia depende não somente do acerto das decisões estratégicas e das ações tomadas no ambiente externo, mas também do nível de eficiência(...)" (BIO, 1996, p. 22).

Leon C. Megginson, Donald C. Mosley e Paul H. Pietri Jr. dizem que uma das formas de se medir o desempenho organizacional refere-se à eficiência e à eficácia, conceitos que, segundo eles, são bem diferentes.

Para os autores:

eficiência é a capacidade de 'fazer as coisas direito', é um conceito matemático: é a relação entre insumo e produto (input e output). Um administrador eficiente é o que consegue produtos mais elevados (resultados, produtividade, desempenho) em relação aos insumos (mão-de-obra, material, dinheiro, máquinas e tempo) necessários à sua consecução. Em outras palavras, um administrador é considerado eficiente quando minimiza o custo dos recursos usados para atingir determinado fim. Da mesma forma, se o administrador consegue maximizar os resultados com determinada quantidade de insumos, será considerado eficiente (Megginson et al, 1998, p. 11).

Por outro lado, "*eficácia* é a capacidade de 'fazer as coisas certas' ou de conseguir resultados. Isto inclui a escolha dos objetivos mais adequados e os melhores meios de alcançá-los. Isto é, administradores eficazes selecionam as coisas 'certas' para fazer e os métodos 'certos' para alcançá-las" (Megginson et al, 1998, p. 11).

James A. F. Stoner e R. Edward Freeman dizem que:

Peter Drucker propôs o julgamento do desempenho de um administrador através dos critérios gêmeos de eficácia – capacidade de fazer as coisas 'certas' – e eficiência – a capacidade de fazer as coisas 'certo'. Desses dois critérios, pelo que sugere Drucker, a eficácia é o mais importante, já que nenhum nível de eficiência, por maior que seja, irá compensar a escolha dos objetivos errados (Stoner e Freeman, 1995. p. 136).

Richard L. Daft diz que:

eficiência é um conceito mais limitado que diz respeito aos trabalhos internos da organização. A eficiência organizacional é o volume de recursos utilizados para produzir uma unidade de produto. Ela pode ser medida como a razão entre as entradas e as saídas. Se uma organização puder conseguir um determinado nível de produção com menos recursos que outra, diz-se que ela é mais eficiente (Daft, 1999, p. 39).

Segundo o autor, *"a eficácia organizacional é o grau em que a organização realiza seus objetivos. Eficácia é um conceito abrangente. Ele implicitamente leva em consideração um leque de variáveis tanto do nível organizacional como do departamental. A eficácia avalia a extensão em que os múltiplos objetivos – oficiais ou operativos – foram alcançados"* (Daft, 1999, p. 39).

O autor diz que a eficácia é difícil de ser medida nas organizações e tem opinião parecida sobre a relação entre eficácia e eficiência que Chiavenato:

Às vezes a eficiência conduz à eficácia. Em outras organizações, eficiência e eficácia não são relacionadas. Uma organização pode ser altamente eficiente e não conseguir seus objetivos porque fabrica um produto para o qual não existe demanda. De maneira análoga, uma organização pode alcançar suas metas de lucros, mas ser ineficiente (Daft, 1999, p. 39).

Torres traz os dois conceitos para a área pública:

Eficácia: basicamente, a preocupação maior que o conceito revela se relaciona simplesmente com o atingimento dos objetivos desejados por determinada ação estatal, pouco se importando com os meios e mecanismos utilizados para atingir tais objetivos. Eficiência: aqui, mais importante que o simples alcance dos objetivos estabelecidos é deixar explícito como esses foram conseguidos. Existe claramente a preocupação com os mecanismos utilizados para obtenção do êxito da ação estatal, ou seja, é preciso buscar os meios mais econômicos e viáveis, utilizando a racionalidade econômica que busca maximizar os resultados e minimizar os custos, ou seja, fazer o melhor com menores custos, gastando com inteligência os recursos pagos pelo contribuinte (Torres, 2004, p. 175).

Modernamente, a literatura especializada achou por bem incorporar um terceiro conceito, mais complexo que eficiência e eficácia. Trata-se da efetividade, especialmente válida para a administração pública.

A efetividade, na área pública, afere em que medida os resultados de uma ação trazem benefício à população. Ou seja, ela é mais abrangente que a eficácia, na medida em que esta indica se o objetivo foi atingido, enquanto a efetividade mostra se aquele objetivo trouxe melhorias para a população visada.

Mais uma vez vale a pena recorrer a Torres. Para ele:

efetividade: é o mais complexo dos três conceitos, em que a preocupação central é averiguar a real necessidade e oportunidade de determinadas ações estatais, deixando

claro que setores são beneficiados e em detrimento de que outros atores sociais. Essa averiguação da necessidade e oportunidade deve ser a mais democrática, transparente e responsável possível, buscando sintonizar e sensibilizar a população para a implementação das políticas públicas. Este conceito não se relaciona estritamente com a ideia de eficiência, que tem uma conotação econômica muito forte, haja vista que nada mais impróprio para a administração pública do que fazer com eficiência o que simplesmente não precisa ser feito (Torres, 2004, p. 175).

Torres ainda relaciona os conceitos de eficiência e efetividade às reformas gerenciais.

A medida que aumentam as preocupações com a melhoria da qualidade do Estado, as preocupações com eficiência e efetividade vão se sobrepondo às limitadas questões de ajuste fiscal. Ainda segundo o autor, eficiência tem foco na relação custo/benefício, enquanto efetividade se concentra na qualidade do resultado e na própria necessidade de certas ações públicas.

Conforme comentado anteriormente, a introdução do Princípio da Eficiência na Constituição Federal, através da Emenda Constitucional no. 19, representou um marco para a administração pública brasileira.

A Constituição de 1988 representou, para a gestão pública, um retrocesso ao modelo burocrático. Portanto, a edição da Emenda Constitucional no. 19 significa uma verdadeira mudança de paradigma e a possibilidade de importantes avanços para o campo público. Com ela, tem-se a permissão legal para se adotar no Brasil as reformas gerenciais.

A EC 19 contém numerosos artigos com significativas inovações e expressamente traz o Princípio da Eficiência:

*"Art 37- A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e **eficiência**,(...)"*

Nesse momento, ao analisar o texto constitucional, cabe recurso aos ensinamentos da Ciência Jurídica.

O renomado Hely Lopes de Meirelles diz que:

o Princípio da Eficiência exige que a atividade administrativa seja exercida com presteza, perfeição e rendimento funcional. É o mais moderno princípio da função administrativa, que já não se contenta em ser desempenhada apenas com legalidade, exigindo resultados positivos para o serviço público e satisfatório atendimento das necessidades da comunidade e seus membros (Meirelles, 2002, p. 94).

Maria Sylvia di Pietro cita a mesma definição do Prof Meirelles e acrescenta definição dada por Carvalho Simas, que esse dever de eficiência corresponde ao dever de boa administração da doutrina italiana, o que já se acha consagrado, entre nós, pela Reforma Administrativa Federal do Dec. Lei 200/67, quando submete toda a atividade do Executivo ao controle de resultado, fortalece o sistema de mérito, sujeitando a administração à eficiência administrativa e recomendando a demissão ou dispensa do servidor comprovadamente ineficiente ou desidioso.

A autora ainda diz tratar-se de ideia muito presente entre os objetivos da Reforma do Estado. Com esse objetivo estão sendo idealizados institutos, como os contratos de gestão, as agências autônomas, as organizações sociais e tantas outras inovações com que depara o administrador a todo o momento.

Alexandre de Moraes (2000) diz que este princípio obriga a Administração direta e indireta e seus agentes a prática do bem comum, por meio do manejo de suas competências de maneira imparcial, neutra, transparente, participativa, eficaz, sem burocracia e sempre almejando a qualidade, bem como adotando os critérios necessários para melhor utilização dos recursos públicos.

Por outro lado, Celso Antônio Bandeira de Mello tem uma visão bem crítica sobre a introdução do princípio:

Trata-se, evidentemente, de algo mais do que desejável. Contudo, é juridicamente tão fluido e tão difícil o controle ao lume do Direito, que mais parece um simples adorno agregado ao artigo 37 ou o extravasamento de uma aspiração dos que buliram no texto. (...) Finalmente, este princípio é uma faceta de um princípio mais amplo já superiormente tratado há muito tempo no Direito italiano: o princípio da boa administração.

Lúcia Valle Figueiredo também não vê a novidade com bons olhos:

é de se perquirir o que muda com a inclusão do princípio da eficiência, pois, ao que se infere, com segurança, à Administração Pública sempre coube agir com eficiência com seus cometimentos. Na verdade, no novo conceito instaurado de Administração Gerencial, de 'cliente', em lugar de administrado, o novo 'clichê' produzido pelos reformadores, fazia-se importante, até para justificar perante o país as mudanças constitucionais pretendidas, trazer ao texto o princípio da eficiência. Tais mudanças, na verdade, redundaram em muito pouco de substancialmente novo, e em muito trabalho aos juristas para tentar compreender figuras emprestadas sobretudo do Direito Americano, absolutamente diferente do Direito Brasileiro (Figueiredo, 2001, p. 63).

O Prof Antônio Carlos da Cintra do Amaral, renomado jurista, escreveu um artigo intitulado "O Princípio da Eficiência no Direito Administrativo", na revista eletrônica *Diálogo Jurídico*, no. 13, de junho/agosto de 2002.

Neste artigo, o autor afasta conjecturas sobre a vontade do legislador e sobre a preocupação que ocorreu no Congresso Nacional sobre a tramitação da proposta de emenda constitucional. Para ele, esses fatores não são de nenhuma relevância para a interpretação das normas. Nesse caso, o que deve prevalecer é o significado objetivo do princípio da eficiência, contido no 'caput' do art. 37 da CF.

Em seguida, Amaral remete ao significado comum das palavras eficiência e eficácia no dicionário de Aurélio Buarque de Holanda, no qual elas são consideradas sinônimas. Como acha insuficiente, na busca do significado de eficiência recorre à ciência da Administração, mais especificamente aos conceitos de Idalberto Chiavenato, para diferenciar eficiência de eficácia.

Ao analisar os conceitos da administração, diz que a distinção também existe na ciência do Direito, na doutrina civilista, que distingue, *obrigações de meio* e *obrigações de resultado*.

Nesse sentido, cita Orlando Gomes: *para compreender a discrepância, impõe-se a distinção entre as obrigações de meios e as obrigações de resultado. Correspondem as primeiras a uma atividade concreta do devedor, por meio da qual faz o possível para cumpri-las.*

Nas outras, o cumprimento só se verifica se o resultado é atingido (Gomes, 1984, p. 21).

E vai buscar correspondência ainda com o Direito Italiano em Alberto Trabucchi, que afirma: "se a obrigação é de resultado, o adimplemento se entende verificado somente quando o resultado é alcançado; se é de meios, a obrigação é cumprida quando é empregada a atividade que se podia exigir da diligência do bom pai de família" (Trabucchi, 1991. p. 476).

Conclui dizendo que "entendo que o *princípio da eficiência*, contido no 'caput' do art. 37 da Constituição, refere-se à noção de *obrigações de meios*. Ao dizer-se que o agente administrativo deve ser eficiente, está-se dizendo que ele deve agir, como diz Trabucchi, com 'diligência do bom pai de família'".

E argúi se o artigo é de alguma utilidade ou é um simples adorno como diz Celso Antônio Bandeira de Mello, demonstrando pouca convicção acerca de sua serventia.

No entendimento de Amaral, o princípio contido no art 37 da CF aborda apenas o conceito de eficiência, não englobando o da eficácia, nem tampouco, portanto, o da efetividade.

A própria Constituição reconhece a diferença entre eficiência e eficácia. É o que fica patente com a leitura do artigo 74, que trata de um sistema de controle interno integrado entre os Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, inciso II: "comprovar a legalidade e avaliar os resultados, quanto à **eficácia** e **eficiência** da gestão orçamentária, (...)".

Compartilhando da visão de Amaral, não se pode admitir que a Constituição reconhece a distinção entre conceitos em um artigo e não o faz em outro. Tal hipótese seria completamente absurda.

Nessa seara, pode-se concluir que a CF, ao tratar do princípio da eficiência, não faz menção à eficácia, nem tampouco à efetividade.

Surge então um questionamento fundamental. É viável ou mesmo desejável um Estado eficiente, mas que não seja eficaz nem efetivo? É claro que a resposta é negativa. Toda a moderna teoria gerencial sobre o Estado e, mais ainda, todas as ações do Estado devem ocorrer no sentido de que os objetivos desejados pela administração devam ser alcançados, com os melhores meios possíveis, atendendo às necessidades da população visada. Portanto, dizer que a Constituição naquele momento se referia somente aos meios é um contra-senso.

Outros autores podem afirmar que a vontade do legislador deve ser levada em consideração e que o princípio englobaria o conceito de eficácia, como pode se inferir da opinião de mestres como Moraes e Di Pietro.

Ou seja, para alguns autores o legislador, ao anunciar o princípio da eficiência, estaria englobando também os princípios da eficácia e da efetividade, ou, pelo menos, o primeiro. Os três ou dois princípios estariam condensados em um só. Seria como afirmar que os Constituintes não conheciam ou não levaram em conta a diferenciação oriunda da Ciência Administrativa.

Trilhando essa vertente se avista a solução. O artigo 74 data da redação original da Constituição. Sempre o tema de Controle Interno sofreu muita influência da Ciência da Administração. Daí a menção à eficiência e eficácia.

Já a redação da EC 19 se deu em outra realidade. O que se buscava era a modernização da administração pública. Uma mudança de paradigmas do modelo burocrático, que se preocupava principalmente com meios, para o modelo gerencial, com ênfase em resultados.

A introdução do Princípio da Eficiência significou um norte, um estímulo, uma indicação de caminho para a administração pública. Ela não se satisfazia somente com o controle, ela queria resultados.

A administração pública no Brasil é pendular. Ora grava para o controle, ora para a flexibilidade. A Constituição de 1988 foi um movimento no sentido do controle. A Emenda Constitucional 19 um movimento para a flexibilidade.

Outra controvérsia acerca do Princípio da Eficiência é sua relação com outros princípios, notadamente o Princípio da Legalidade.

Amaral ressalta que não vê oposição entre os princípios da eficiência e o da legalidade, na medida em que a atuação do agente administrativo deve ser eficiente e legal.

Di Pietro afirma que a eficiência é princípio que soma aos demais impostos à administração, não podendo sobrepor-se a nenhum deles, especialmente ao da legalidade, sob pena de gerar sérios riscos à segurança jurídica e ao próprio Estado de Direito.

Bento diz que se pode presumir a possibilidade de ocorrer conflito entre o princípio da eficiência e o da legalidade, ou mesmo o da moralidade. Argumenta que uma saída para essa questão seria o princípio da eficiência ser usado para barrar atos ineficientes, ainda que legais e morais, ou seja, uma arma contra a falta de inteligência administrativa. Para este autor, dizer que a eficiência deve ocorrer dentro dos limites da legalidade não resolve a questão, pois coloca a eficiência em um patamar meramente residual. Mas é preciso ir além e verificar a questão da discricionariedade administrativa.

Uma saída seria:

a distinção entre as instâncias superiores da administração, encarregadas de formular as estratégias mais gerais a respeito das políticas públicas além de estabelecer o seu marco regulatório, e aqueles órgãos inferiores encarregados da sua implementação, concentrando o projeto antidiscionário sobre o topo da administração enquanto admite a flexibilização organizacional – posto que sempre supervisionada, inclusive do ponto de vista da eficiência – na sua base (Bento, 2003. p. 149).

Aqui cabe discordar da visão de Bento. Ao se avaliar uma ação estatal sob o prisma da eficiência e sob o da legalidade, não se está diminuindo nenhum dos dois princípios. A Constituição determinou que os Poderes obedecerão aos princípios da eficiência e da legalidade. Logo, todos os atos públicos deverão caminhar sob o resguardo de ambos os princípios. Não pode haver choque entre eles. Não se pode admitir uma ação dentro dos limites da legalidade e não atinente à eficiência, ou vice-versa.

Nesse momento, poderia haver o questionamento se esses debates sobre conceitos jurídicos teriam alguma utilidade para a administração. A resposta com certeza seria positiva. Em toda a oportunidade que alguém ligado a qualquer ciência afirmar que o Princípio da Eficiência

só diz respeito aos meios, que ele é somente um adereço e que guarda alguma objeção ao Princípio da Legalidade, poderá ser respondido pelo administrador público.

A Emenda Constitucional 19 visou à boa administração, a administração capaz de proporcionar bem estar à população. Ela não foi um adereço. Ela permite que leis infraconstitucionais adotem mecanismos inovadores, sob a alegação de que estão de acordo com o Princípio da Eficiência.

A partir dela, toda conduta do governante estritamente legal sob o ponto de vista processual, mas que não traga benefícios práticos, afronta a lei. Por exemplo, a construção de uma ponte. Não basta que o processo licitatório esteja dentro da conformidade legal e que a construção seja feita na melhor relação entre qualidade e preço. É necessário que estes pressupostos sejam cumpridos, mas impõe-se um passo adiante. A ponte tem de atender aos anseios das pessoas que dela se servirão. Ela tem de trazer benefícios à população.

A promulgação da emenda não significou um choque entre duas ciências. Ao contrário, representa um momento em que a Ciência Jurídica, sob a influência dos administradores públicos, produziu um texto condizente com as práticas modernas de gestão e, a partir daí, inclusive utilizando-se de conhecimentos jurídicos, a Ciência da Administração pôde produzir significativos avanços na condução das políticas públicas.

Surgiram as agências executivas, as agências reguladoras, as Oscips, as O.S., o contrato de gestão, o termo de parceria, a modalidade de pregão no âmbito da licitação, e ocorreu o fim da unicidade do regime jurídico único como obrigatoriedade. Essas, entre outras medidas, significaram a materialização dos pressupostos do Princípio da Eficiência, a saber: a eficiência, a eficácia e a efetividade.

Na prática, o que se viu é que o Princípio da Eficiência ultrapassou os limites do debate acadêmico e se instalou definitivamente na vida pública nacional. A partir dele, sob o escopo legal, abriu-se a possibilidade de se praticar a administração pública com eficiência, eficácia e efetividade. Os pressupostos da moderna teoria gerencial podem ser adotados por qualquer governo, seja nos planos federal, estadual ou municipal.

Ou seja, a introdução desse princípio no ordenamento jurídico é a autorização básica e necessária para introduzir a moderna teoria gerencial na administração pública brasileira.

Portanto, cabe agora aos gestores públicos dar as efetivas respostas à população, no sentido de garantir a ela a prestação de comodidades públicas condizentes com seus anseios reais, a tanto tempo postos em segundo plano pelos governantes brasileiros.¹

¹ Fonte: www.anpad.org.br - Texto adaptado de Rodrigo Batista de Castro

CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988, SEÇÃO II – DA SAÚDE

CONSTITUIÇÃO FEDERAL ART. 196 A 202

Seção II DA SAÚDE

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

Art. 197. São de relevância pública as ações 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 ações 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.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 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: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

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; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

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 § 3º. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - os percentuais de que trata o § 2º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

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; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 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. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006) (Vide Medida provisória nº 297, de 2006) Regulamento

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 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. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)

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

§ 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.

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

§ 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.

§ 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 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;

ÍNDICE

CONHECIMENTOS BÁSICOS

Sistema Único de Saúde: princípios, diretrizes e formas de organização dos serviços.....	01
Principais problemas de saúde da população brasileira.....	06
Vigilância epidemiológica.....	16
Promoção à saúde e Atenção Básica, Indicadores de saúde.....	16

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: PRINCÍPIOS, DIRETRIZES E FORMAS DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS;

Prezado candidato, o material de Lei referente a este tópico já foi abordado em CONHECIMENTOS GERAIS EM SAÚDE. Não deixe de conferir.

LEGISLAÇÃO, OBJETOS E DIRETRIZES

A primeira e maior novidade do Sistema Único de Saúde é seu conceito de saúde. Esse “conceito ampliado de saúde”, resultado de um processo de embates teóricos e políticos, como visto anteriormente, traz consigo um diagnóstico das dificuldades que o setor da saúde enfrentou historicamente e a certeza de que a reversão deste quadro extrapolava os limites restritos da noção vigente.

Encarar saúde apenas como ausência de doenças evidenciou um quadro repleto não só das próprias doenças, como de desigualdades, insatisfação dos usuários, exclusão, baixa qualidade e falta de comprometimento profissional.

Para enfrentar essa situação era necessário transformar a concepção de saúde, de serviços de saúde e, até mesmo, de sociedade. Uma coisa era se deparar com a necessidade de abrir unidades, contratar profissionais, comprar medicamentos. Outra tarefa é conceber a atenção à saúde como um projeto que iguale saúde com condições de vida.

Ao lado do conceito ampliado de saúde, o Sistema Único de Saúde traz dois outros conceitos importantes: o de sistema e a ideia de unicidade. A noção de sistema significa que não estamos falando de um novo serviço ou órgão público, mas de um conjunto de várias instituições, dos três níveis de governo e do setor privado contratado e conveniado, que interagem para um fim comum.

Na lógica do sistema público, os serviços contratados e conveniados são seguidos dos mesmos princípios e das mesmas normas do serviço público. Os elementos integrantes do sistema referem-se, ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Esse sistema é único, ou seja, deve ter a mesma doutrina e a mesma forma de organização em todo país. Mas é preciso compreender bem esta ideia de unicidade. Em um país com tamanha diversidade cultural, econômica e social como o Brasil, pensar em organizar um sistema sem levar em conta essas diferenças seria uma temeridade.

O que é definido como único na Constituição é um conjunto de elementos doutrinários e de organização do Sistema Único de Saúde, os princípios da universalização, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular. Esses elementos se relacionam com as peculiaridades e determinações locais, por meio de formas previstas de aproximação de gerência aos cidadãos, seja com descentralização político-administrativa, seja por meio do controle social do sistema.

O Sistema Único de Saúde pode, então, ser entendido a partir da seguinte imagem: um núcleo comum (único), que concentra os princípios doutrinários, e uma forma

de organização e operacionalização, os princípios organizativos. A construção do SUS norteia-se, baseado nos seus preceitos constitucionais, pelas seguintes doutrinas:

- **Universalidade:** É a garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão (“A saúde é direito de todos e dever do Estado” – Art. 196 da Constituição Federal de 1988).

Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como aqueles contratados pelo poder público de saúde, independente de sexo, raça, renda, ocupação ou outras características sociais ou pessoais. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: Municipal, Estadual e Federal.

- **Equidade:** O objetivo da equidade é diminuir desigualdades. Mas isso não significa que a equidade seja sinônima de igualdade. Apesar de todos terem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e por isso têm necessidades diferentes. Então, equidade é a garantia a todas as pessoas, em igualdade de condições, ao acesso às ações e serviços dos diferentes níveis de complexidade do sistema.

O que determinará as ações será a prioridade epidemiológica e não o favorecimento, investindo mais onde a carência é maior. Sendo assim, todos terão as mesmas condições de acesso, 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 pode oferecer para todos.

- **Integralidade:** As ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde não podem ser fracionadas, sendo assim, os serviços de saúde devem reconhecer na prática que: se cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade, as ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde também não podem ser compartimentalizadas, assim como as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, configuram um sistema capaz de prestar assistência integral.

Ao mesmo tempo, o princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Para organizar o SUS a partir dos princípios doutrinários apresentados e considerando-se a ideia de seguridade social e relevância pública existem algumas diretrizes que orientam o processo. Na verdade, trata-se de formas de concretizar o SUS na prática.

- **Regionalização e hierarquização:** Os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos em uma área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida.

Planejados a partir de critérios epidemiológicos, implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando alto grau de resolutividade (solução de problemas).

A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior da situação de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

Deve o acesso da população à rede se dar por intermédio dos serviços de nível primário de atenção, que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica. Estes caminhos somam a integralidade da atenção com o controle e a racionalidade dos gastos no sistema

Sistemas de Saúde no Brasil

- 1) Todos os estados e municípios devem ter conselhos de saúde compostos por representantes dos usuários do SUS, dos prestadores de serviços, dos gestores e dos profissionais de saúde. Os conselhos são fiscais da aplicação dos recursos públicos em saúde.
- 2) A União é o principal financiador da saúde pública no país. Historicamente, metade dos gastos é feita pelo governo federal, a outra metade fica por conta dos estados e municípios. A União formula políticas nacionais, mas a implementação é feita por seus parceiros (estados, municípios, ONGs e iniciativa privada)
- 3) O município é o principal responsável pela saúde pública de sua população. A partir do Pacto pela Saúde, assinado em 2006, o gestor municipal passa a assumir imediata ou paulatinamente a plenitude da gestão das ações e serviços de saúde oferecidos em seu território.
- 4) Quando o município não possui todos os serviços de saúde, ele pactua (negocia e acertar) com as demais cidades de sua região a forma de atendimento integral à saúde de sua população. Esse pacto também deve passar pela negociação com o gestor estadual
- 5) O governo estadual implementa políticas nacionais e estaduais, além de organizar o atendimento à saúde em seu território. A porta de entrada do sistema de saúde deve ser preferencialmente a atenção básica (postos de saúde, centros de saúde, unidades de Saúde da Família, etc.). A partir desse primeiro atendimento, o cidadão será encaminhado para os outros serviços de maior complexidade da saúde pública (hospitais e clínicas especializadas).
- 6) O sistema público de saúde funciona de forma referenciada. Isso ocorre quando o gestor local do SUS, não dispondo do serviço de que o usuário necessita, encaminha-o para outra localidade que oferece o serviço. Esse encaminhamento e a referência de atenção à saúde são pactuados entre os municípios
- 7) Não há hierarquia entre União, estados e municípios, mas há competências para cada um desses três gestores do SUS. No âmbito municipal, as políticas são aprovadas pelo CMS – Conselho Municipal de Saúde; no âmbito estadual, são negociadas e pactuadas pela CIB – Comissão Intergestores Bi-

partite (composta por representantes das secretarias municipais de saúde e secretaria estadual de saúde) e deliberadas pelo CES – Conselho Estadual de Saúde (composto por vários segmentos da sociedade: gestores, usuários, profissionais, entidades de classe, etc.); e, por fim, no âmbito federal, as políticas do SUS são negociadas e pactuadas na CIT – Comissão Intergestores Tripartite (composta por representantes do Ministério da Saúde, das secretarias municipais de saúde e das secretarias estaduais de saúde).

- 8) Os medicamentos básicos são adquiridos pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, dependendo do pacto feito na região. A insulina humana e os chamados medicamentos estratégicos - incluídos em programas específicos, como Saúde da Mulher, Tabagismo e Alimentação e Nutrição - são obtidos pelo Ministério da Saúde. Já os medicamentos excepcionais (aqueles considerados de alto custo ou para tratamento continuado, como para pós-transplantados, síndromes – como Doença de Gaucher – e insuficiência renal crônica) são comprados pelas secretarias de saúde e o ressarcimento a elas é feito mediante comprovação de entrega ao paciente. Em média, o governo federal repassa 80% do valor dos medicamentos excepcionais, dependendo dos preços conseguidos pelas secretarias de saúde nos processos licitatórios. Os medicamentos para DST/Aids são comprados pelo ministério e distribuídos para as secretarias de saúde.
- 9) Com o Pacto pela Saúde (2006), os estados e municípios poderão receber os recursos federais por meio de cinco blocos de financiamento: 1 – Atenção Básica; 2 – Atenção de Média e Alta Complexidade; 3 – Vigilância em Saúde; 4 – Assistência Farmacêutica; e 5 – Gestão do SUS. Antes do pacto, havia mais de 100 formas de repasses de recursos financeiros, o que trazia algumas dificuldades para sua aplicação.

Há hierarquia no Sistema Único de Saúde entre as unidades da Federação?

A relação entre a União, estados e municípios não possui uma hierarquização. Os entes federados negociam e entram em acordo sobre ações, serviços, organização do atendimento e outras relações dentro do sistema público de saúde. É o que se chama de pactuação intergestores. Ela pode ocorrer na Comissão Intergestora Bipartite (estados e municípios) ou na Comissão Intergestora Tripartite (os três entes federados).

Qual a responsabilidade financeira do governo federal na área de saúde?

- A gestão federal da saúde é realizada por meio do Ministério da Saúde.
- O governo federal é o principal financiador da rede pública de saúde. Historicamente, o Ministério da Saúde aplica metade de todos os recursos gastos no país em saúde pública em todo o Brasil. Estados e municípios, em geral, contribuem com a outra metade dos recursos.

- O Ministério da Saúde formula políticas nacionais de saúde, mas não realiza as ações. Para a realização dos projetos, depende de seus parceiros (estados, municípios, ONGs, fundações, empresas, etc.).
- Também tem a função de planejar, criar normas, avaliar e utilizar instrumentos para o controle do SUS.
- Os estados possuem secretarias específicas para a gestão de saúde.
- O gestor estadual deve aplicar recursos próprios, inclusive nos municípios, e os repassados pela União.
- Além de ser um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais de saúde, o estado formula suas próprias políticas de saúde.
- Ele coordena e planeja o SUS em nível estadual, respeitando a normatização federal.
- Os gestores estaduais são responsáveis pela organização do atendimento à saúde em seu território.

Qual a responsabilidade do governo municipal na área de saúde?

- A estratégia adotada no país reconhece o município como o principal responsável pela saúde de sua população.
 - A partir do Pacto pela Saúde, de 2006, o gestor municipal assina um termo de compromisso para assumir integralmente as ações e serviços de seu território.
 - Os municípios possuem secretarias específicas para a gestão de saúde.
 - O gestor municipal deve aplicar recursos próprios e os repassados pela União e pelo estado.
 - O município formula suas próprias políticas de saúde e também é um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais e estaduais de saúde.
 - Ele coordena e planeja o SUS em nível municipal, respeitando a normatização federal e o planejamento estadual.
 - Pode estabelecer parcerias com outros municípios para garantir o atendimento pleno de sua população, para procedimentos de complexidade que estejam acima daqueles que pode oferecer.
 - Em setembro de 2000, foi editada a Emenda Constitucional nº 29.
 - O texto assegura a co-participação da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios no financiamento das ações e serviços de saúde pública.
 - A nova legislação estabeleceu limites mínimos de aplicação em saúde para cada unidade federativa.
 - Mas ela precisa ser regulamentada por projeto de lei complementar que já está em debate no Congresso Nacional.
- O novo texto definirá quais tipos de gastos são da área de saúde e quais não podem ser considerados gastos em saúde.

Quanto a União, os estados e municípios devem investir?

- A Emenda Constitucional nº 29 estabelece que os gastos da União devem ser iguais ao do ano anterior, corrigidos pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).
- Os estados devem garantir 12% de suas receitas para o financiamento à saúde.
- Já os municípios precisam aplicar pelo menos 15% de suas receitas.

Quais são as receitas dos estados?

Elas são compostas por:

- A) Impostos Estaduais: ICMS, IPVA e ITCMD (sobre herança e doações).
- B) Transferências da União: cota-parte do Fundo de Participação dos Estados (FPE), cota-parte do IPI-Exportação, transferências da Lei Complementar nº 87/96 – Lei Kandir.
- C) Imposto de Renda Retido na Fonte.
- D) Outras Receitas Correntes: receita da dívida ativa de impostos e multas, juros de mora e correção monetária de impostos;

Para onde vão e como são fiscalizados esses recursos?

A Emenda Constitucional nº 29 estabeleceu que deveriam ser criados pelos estados, Distrito Federal e municípios os fundos de saúde e os conselhos de saúde. O primeiro recebe os recursos locais e os transferidos pela União. O segundo deve acompanhar os gastos e fiscalizar as aplicações.

O que quer dizer transferências “fundo a fundo”?

Com a edição da Emenda Constitucional nº 29, fica clara a exigência de que a utilização dos recursos para a saúde somente será feita por um fundo de saúde. Transferências fundo a fundo, portanto, são aquelas realizadas entre fundos de saúde (ex.: transferência repassada do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais).

Quem faz parte dos conselhos de saúde?

Os conselhos são instâncias colegiadas (membros têm poderes iguais) e têm uma função deliberativa. Eles são fóruns que garantem a participação da população na fiscalização e formulação de estratégias da aplicação pública dos recursos de saúde. Os conselhos são formados por representantes dos usuários do SUS, dos prestadores de serviços, dos gestores e dos profissionais de saúde.

Como funciona o atendimento ao SUS?

O sistema de atendimento funciona de modo descentralizado e hierarquizado.

O que quer dizer descentralização?

Significa que a gestão do sistema de saúde passa para os municípios, com a conseqüente transferência de recursos financeiros pela União, além da cooperação técnica.

Os municípios, então, devem ter todos os serviços de saúde?

Não. A maior parte deles não tem condições de ofertar na integralidade os serviços de saúde. Para que o sistema funcione, é necessário que haja uma estratégia regional de atendimento (parceria entre estado e municípios) para corrigir essas distorções de acesso.

Como é feita essa estratégia de atendimento?

- No Sistema Único de Saúde, há o que se chama de referencialização. Na estratégia de atendimento, para cada tipo de enfermidade há um local de referência para o serviço. A entrada ideal do cidadão na rede de saúde é a atenção básica (postos de saúde, equipes do Saúde da Família, etc.).
- Um segundo conceito básico do SUS é a hierarquização da rede. O sistema, portanto, entende que deve haver centros de referência para graus de complexidade diferentes de serviços.

Quanto mais complexos os serviços, eles são organizados na seguinte seqüência: unidades de saúde, município, pólo e região.

Como se decide quem vai atender o quê?

Os gestores municipais e estaduais verificam quais instrumentos de atendimento possuem (ambulâncias, postos de saúde, hospitais, etc.). Após a análise da potencialidade, traçam um plano regional de serviços. O acerto ou pactuação irá garantir que o cidadão tenha acesso a todos os tipos de procedimentos de saúde. Na prática, uma pessoa que precisa passar por uma cirurgia, mas o seu município não possui atendimento hospitalar, será encaminhada para um hospital de referência em uma cidade vizinha.

Os municípios têm pleno poder sobre os recursos?

Os municípios são incentivados a assumir integralmente as ações e serviços de saúde em seu território. Esse princípio do SUS foi fortalecido pelo Pacto pela Saúde, acertado pelos três entes federados em 2006. A partir de então, o município pode assinar um Termo de Compromisso de Gestão. Se o termo for aprovado na Comissão Bipartite do estado, o gestor municipal passa a ter a gestão de todos os serviços em seu território. A condição permite que o município receba os recursos de forma regular e automática para todos os tipos de atendimento em saúde que ele se comprometeu a fazer.

Há um piso para o recebimento de recursos da atenção básica?

Trata-se do Piso da Atenção Básica (PAB), que é calculado com base no total da população da cidade. Além desse piso fixo, o repasse pode ser incrementado conforme a adesão do município aos programas do governo federal. São incentivos, por exemplo, dados ao programa Saúde da Família, no qual cada equipe implementada representa um acréscimo no repasse federal. As transferências são realizadas fundo a fundo.

Como são feitos os repasses para os serviços hospitalares e ambulatoriais?

A remuneração é feita por serviços produzidos pelas instituições credenciadas no SUS. Elas não precisam ser públicas, mas devem estar cadastradas e credenciadas para realizar os procedimentos pelo serviço público de saúde. O pagamento é feito mediante a apresentação de fatura, que tem como base uma tabela do Ministério da Saúde que especifica quanto vale cada tipo de procedimento.

Pode-se, então, gastar o quanto se quiser nesse tipo de procedimento?

Não. Há um limite para o repasse, o chamado teto financeiro.

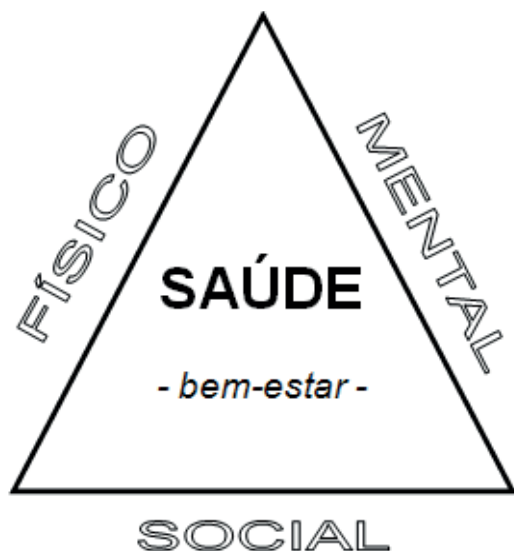
O teto é calculado com base em dados como população, perfil epidemiológico e estrutura da rede na região.

E os convênios? O que são?

Esse tipo de repasse objetiva a realização de ações e programas de responsabilidade mútua, de quem dá o investimento (concedente) e de quem recebe o dinheiro (conveniente). O quanto o segundo vai desembolsar depende de sua capacidade financeira e do cronograma físico-financeiro aprovado. Podem fazer convênios com o Ministério da Saúde os órgãos ou entidades federais, estaduais e do Distrito Federal, as prefeituras municipais, as entidades filantrópicas, as organizações não-governamentais e outros interessados no financiamento de projetos específicos na área de saúde. Os repasses por convênios significam transferências voluntárias de recursos financeiros (ao contrário das transferências fundo a fundo, que são obrigatórias) e representam menos de 10% do montante das transferências.

Conceito de Saúde

Segundo a Organização Mundial de Saúde- OMS, Saúde é um estado de completo bem estar. A OMS é uma agência especializada em saúde, fundada em 7 de abril de 1948 e subordinada à Organização das Nações Unidas. Sua sede é em Genebra, na Suíça.



Saúde é um direito universal e fundamental do ser humano, firmado na Declaração Universal dos Direitos Humanos e assegurado pela Constituição Federal, que estabelece a saúde com direito de todos e dever do Estado, garantindo 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 aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, art. 196).

A atual legislação brasileira amplia o conceito de saúde, considerando-a um resultado de vários fatores determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais. Por isso, as gestões municipais do SUS- em articulação com as demais esferas de governo – devem desenvolver ações conjuntas com outros setores governamentais, como meio ambiente, educação, urbanismo, dentre outros, que possam contribuir, direta ou indiretamente, para a promoção de melhores condições de vida e de saúde para população.

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: 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: 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.

Assistência Farmacêutica: Conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, tendo os medicamentos como insumos essenciais e visando à visibilização do acesso aos mesmos, assim como de seu uso racional. Envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

CONTROLE SOCIAL NO SUS

A Lei 8142/90, determina duas formas de participação da população na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS: Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde. Conferências de Saúde – no artigo 1º da 8142/90 parágrafo 1º diz:- A Conferência de Saúde reunir-se-á cada 4(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 este ou pelo Conselho de Saúde.

Conselhos de Saúde – no artigo 1º da 8142/90 parágrafo 2º diz:

- O Conselho de Saúde, é um órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo do Sistema Único de Saúde- SUS. O colegiado do Conselho de Saúde é composto por:
- 25% de representantes do governo e prestadores de serviços, 25% de profissionais de saúde e 50% de usuários, atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cuja decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

A Resolução nº 333 de 04/11/2003, do Conselho Nacional de Saúde aprova diretrizes para a Criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

Direitos dos Usuários do SUS

A “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde” traz informações para que você conheça seus direitos na hora de procurar atendimento de saúde. Ela reúne os seis princípios básicos de cidadania que asseguram ao brasileiro o ingresso digno nos sistemas de saúde, seja ele público ou privado. A Carta é uma importante ferramenta para que você conheça seus direitos e, assim, ajude o Brasil a ter um sistema de saúde ainda mais efetivo.

Os princípios da Carta são:

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

PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO BRASILEIRA;

TUBERCULOSE

A tuberculose é uma doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* bacilo de Koch em homenagem ao seu descobridor, o bacteriologista alemão Robert Koch em 1882. Essa doença pode atingir todos os órgãos do corpo, em especial os pulmões.

Segundo Souza (2008)

A Tuberculose é uma doença crônica, infectocontagiosa, produzida pelo *Mycobacterium tuberculosis* e que se caracteriza anatomicamente pela presença de granulomas e de necrose caseosa central, ainda representando um grande problema em Saúde Pública. Pode atingir todos os grupos etários, embora cerca de 85% dos casos ocorram em adultos e 90% em sua forma pulmonar. De cada 100 pessoas que se infectam com o bacilo, cerca de 10 a 20% adoecerão. Dados recentes do Ministério da Saúde indicam um aumento de sua incidência em todo o território nacional.

O Brasil integra o grupo dos 22 países que concentram 80% dos casos de Tuberculose registrados no mundo. Segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde, cerca de 6 mil pessoas morrem todos os anos no país em decorrência da tuberculose. Nos últimos anos, a média de detecção foi de 85 mil novos casos.

Atualmente o Brasil apresenta 73% de índice de cura dos casos tratados e cerca de 12% de abandono do tratamento.

A transmissão da tuberculose é quase que exclusivamente por vias aéreas. Através da tosse de uma pessoa com tuberculose pulmonar são eliminadas gotículas contendo o microrganismo e podem infectar uma pessoa em contato íntimo e prolongado. A ocorrência ou não da infecção dependerá também do estado imunológico da pessoa.

Os sintomas da tuberculose incluem:

- Tosse seca e contínua;
- Tosse com catarro quando a doença evolui. Podendo surgir pus ou sangue no catarro;
- Febre baixa, geralmente no final da tarde;
- Suores noturnos;

- Perda de apetite;
- Fraqueza, cansaço e prostração;
- Perda de peso.

Em casos mais graves, a pessoa doente pode apresentar dificuldade para respirar, dor no peito e tosse com eliminação de sangue.

É importante também destacar que alguns pacientes não apresentam nenhum indício da doença e outros apresentam sintomas aparentemente simples que são ignorados durante meses ou anos.

Segundo Souza (2008)

O tratamento é feito através de drogas, e é eficaz. Hoje em dia são usadas arifampicina, isoniazida, pirazinamida, estreptomicina, etambutol, etionamida e outras. Estas drogas produzem diversos efeitos colaterais e desta forma o acompanhamento médico é imperativo. O esquema atualmente mais utilizado é o RIP (rifampicina, isoniazida e pirazinamida) num esquema de seis meses de terapia, dito tríplice para diminuir a possibilidade de resistência das drogas e de diminuir a população bacteriana a curto prazo.

A prevenção da tuberculose é feita com a aplicação da vacina BCG em crianças, que geralmente é aplicada nos primeiros meses de vida.

HANSENÍASE

A hanseníase é uma doença causada por um micróbio chamado de Hansen (*Mycobacterium leprae*), que ataca normalmente a pele, os olhos e os nervos. É também conhecida como Lepra, morfeia, mal de Lázaro, mal-da-pele ou mal-do-sangue.

Segundo Araújo (2003)

A hanseníase é doença infecciosa crônica causada pelo *M. leprae*. A predileção pela pele e nervos periféricos confere características peculiares a esta moléstia, tornando o seu diagnóstico simples na maioria dos casos. Em contrapartida, o dano neurológico responsabiliza-se pelas sequelas que podem surgir. Constitui importante problema de saúde pública no Brasil e em vários países do mundo e persiste como endemia em 15 países ao final de 2000 (prevalência acima de 1,0/ 10.000 habitantes). Apesar de todo o empenho em sua eliminação, o Brasil continua sendo o segundo país em número de casos no mundo.

Os sinais e sintomas da hanseníase estão localizados principalmente nas extremidades das mãos e dos pés, na face, nas orelhas, nas costas, nas nádegas e nas pernas.

Os principais sintomas são:

Manchas esbranquiçadas, avermelhadas ou amareladas em qualquer parte do corpo.

Área de pele seca e com falta de suor.

Área da pele com queda de pêlos, mais especialmente nas sobrancelhas.

Área da pele com perda ou ausência de sensibilidade (dormências, diminuição da sensibilidade ao toque, calor ou dor). Neste caso, pode ocorrer de uma pessoa se queimar no fogão e nem perceber, indo verificar a lesão avermelhada da queimadura na pele mais tarde.

Parestesias (sensação de formigamento na pele, principalmente das mãos e dos pés).

Dor e sensação de choque, fisgadas e agulhadas ao longo dos nervos dos braços e das pernas.

Edema ou inchaço de mãos e pés.

Diminuição da força dos músculos das mãos, pés e face devido à inflamação de nervos, que nesses casos podem estar engrossados e doloridos.

Úlceras de pernas e pés.

Nódulo (caroços) no corpo, em alguns casos avermelhados e dolorosos.

Hanseníase tem cura, por isso é fundamental seguir o tratamento. Segundo Araújo (2003)

O tratamento da hanseníase compreende quimioterapia específica, supressão dos surtos reacionais, prevenção de incapacidades físicas, reabilitação física e psicossocial. Este conjunto de medidas deve ser desenvolvido em serviços de saúde da rede pública ou particular, mediante notificação de casos à autoridade sanitária competente. As ações de controle são realizadas em níveis progressivos de complexidade, dispondo-se centros de referência locais, regionais e nacionais para o apoio da rede básica.

Uma importante medida de prevenção é a informação sobre os sinais e sintomas da doença, pois, quanto mais cedo for identificada, mais fácil e rápida será a cura. Uma outra medida preventiva é a realização do exame dermatoneurológico e aplicação da vacina BCG nas pessoas vivem com os portadores dessa doença.

Doenças Sexualmente Transmissíveis

Doenças sexualmente transmissíveis ou Infecção sexualmente transmissível, conhecida popularmente por DST são patologias antigamente conhecidas como doenças venéreas. São doenças infecciosas que se transmitem essencialmente (porém não de forma exclusiva) pelo contato sexual. O uso de preservativo (camisinha) tem sido considerado como a medida mais eficiente para prevenir a contaminação e impedir sua disseminação. Alguns grupos, principalmente os religiosos, afirmam que a castidade, a abstinência sexual e a fidelidade poderiam bastar para evitar a disseminação de tais doenças.

Pesquisas afirmam que a contaminação de pessoas monogâmicas e não-fielis portadoras de DST tem aumentado, em resultado da contaminação ocasional do companheiro(a), que pode contrair a doença em relações extra-conjugais. Todavia, as campanhas pelo uso do preservativo nem sempre conseguem reduzir a incidência de doenças sexualmente transmissíveis.

História: Nas primeiras civilizações havia o culto aos deuses e deusas da fertilidade, que eram consideradas como uma dádiva. O culto à essas deusas era feito principalmente a partir da prostituição. Uma das características presentes nessas sociedades era a promiscuidade, um dos motivos para o surgimento dessas doenças, que mais tarde seriam conhecidas como doenças venéreas, em referência à Vênus, considerada a deusa do amor. A Gonorreia foi citada na bíblia, mas a causa da doença só foi conhecida no século XIX. Além disso, no Egito antigo tumbas apresentaram alguns registros sobre a Sífilis. Em 1494 houve um surto de sífilis na Europa. A doença se

espalhou rapidamente pelo continente, matando mais de cinco milhões de pessoas. Cada localidade que ela passava recebia um nome diferente. Contudo, em 1536 foi publicado um poema médico, em que um dos personagens da história havia contraído a doença. O nome do personagem era Sífilo. Antes de serem inventados os medicamentos, as doenças eram consideradas incuráveis, e o tratamento se limitava a diminuir os sintomas. Todavia, no século XX surgiu os antibióticos, que se mostraram bastante eficientes. Em 1980 a herpes genital e a AIDS na sociedade como doenças incuráveis. Essa, por sua vez se tornou uma pandemia.

Causa

Vários tipos de agentes infecciosos (vírus, fungos, bactérias e parasitas) estão envolvidos na contaminação por DST, gerando diferentes manifestações, como feridas, corrimentos, bolhas ou verrugas.

Bactérias Cancro mole (*Haemophilus ducreyi*)

Clamídia (*Chlamydia trachomatis*)

Granuloma inguinal (*Dovania granulomatis*)

Gonorreia (*Neisseria gonorrhoeae*)

Sífilis (*Treponema pallidum*)

Vaginose Bacteriana (*Gardnerella vaginalis*)

Vírus Hepatite

Herpes simples

HIV ou Aids

HPV

Molusco contagioso

Parasitas Piolho-da-púbis

Protozoários Tricomoniase (*Trichomonas vaginalis*)

Prevenção

Preservativo: O preservativo, mais conhecido como camisinha é um dos métodos mais seguros contra as DSTs. Sua matéria prima é o latex. Antes de chegar nas lojas, é submetido à vários testes de qualidade. Apesar de ser o método mais eficiente contra a transmissão do vírus HIV (causador da epidemia da SIDA), o uso de preservativo não é aceito pela Igreja Católica Romana, pelas Igrejas Ortodoxas e pelos praticantes do Hinduísmo. O principal argumento utilizado pelas religiões para sua recusa é que um comportamento sexual avesso à promiscuidade e à infidelidade conjugal bastaria para a proteção contra DSTs.

Vacina: Alguns tipos de HPV, a Hepatite A e B podem ser prevenidas através da vacina.

Abstinência sexual: A abstinência sexual consiste em evitar relações sexuais de qualquer espécie. Possui forte ligação com a religião.

Tratamento

Algumas DST's são de fácil tratamento e de rápida resolução quando tratadas corretamente, contudo outras são de tratamento difícil ou permanecem latentes, apesar da falsa sensação de melhora. As mulheres representam um grupo que deve receber especial atenção, uma vez que em diferentes casos de DST os sintomas levam tem-

po para tornarem-se perceptíveis ou confundem-se com as reações orgânicas comuns de seu organismo. Isso exige da mulher, em especial aquelas com vida sexual ativa, independente da idade, consultas periódicas ao serviço de saúde. Certas DST, quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, podem evoluir para complicações graves como infertilidade, infecções neonatais, malformações congênitas, aborto, câncer e a morte. Num caso, a primeira recomendação é procurar um médico, que fará diagnóstico para que seja preparado um tratamento. Também há o controle de cura, ou seja, uma reavaliação clínica. A automedicação é altamente perigosa, pois pode até fazer com que a doença seja camuflada.

Epidemiologia: Incidência de DST's (exceto AIDS) por idade a cada 100 mil habitantes em 2004. As taxas de incidência de doenças sexualmente transmissíveis continuam a altos níveis em todo o mundo, apesar dos avanços de diagnóstica e tratamento. Em muitas culturas, especialmente para as mulheres houve a eliminação de restrições sexuais através da mudança na moral e o uso de contraceptivos, e tanto médicos e pacientes acabam tendo dificuldade em lidar de forma aberta e francamente com essas questões. Além disso, o desenvolvimento e a disseminação de bactérias resistentes aos antibióticos fazem que certas doenças sejam cada vez mais difíceis de serem curadas.

Em 1996, a OMS estimou que mais de um milhão de pessoas estavam sendo infectadas diariamente, e cerca de 60% dessas infecções em jovens menores de 25 anos de idade, e cerca desses jovens 30% são menores de 20 anos. Entre as idades de 14 a 19 anos, as doenças ocorrem mais em mulheres em uma proporção quase dobrada. Estima-se que cerca de 340 milhões de novos casos de sífilis, gonorreia, clamídia, tricomoníase ocorreram em todo o planeta em 1999. A Aids é a maior causa da mortalidade na África Subsaariana, sendo que em cinco mortes uma é por causa da doença. Por causa da situação, o governo do Quênia pediu que a população deixasse de fazer sexo por dois anos. No Brasil, desde o primeiro caso até junho de 2011 foram registrados mais de seiscentos mil casos da doença. Entre 2000 e 2010, a incidência caiu na Região Sudeste, enquanto nas outras regiões aumentou. A mortalidade também diminuiu. As cidades de São Paulo, Rio de Janeiro, Curitiba e Porto Alegre são as que possuem o maior número dos portadores da doença. Em contrapartida, o país é um dos que mais se destacam no combate, além de ser o líder em distribuição gratuita do Coquetel anti-HIV.

O modelo de Política Pública para DST/Aids do Estado de São Paulo. O Programa Estadual de DST/Aids (PE-DST/Aids) foi criado em 1983, com quatro objetivos básicos: vigilância epidemiológica, esclarecimento à população para evitar o pânico e discriminação dos grupos considerados vulneráveis na época, garantia de atendimento aos casos verificados e orientação aos profissionais de saúde. No primeiro momento, a Divisão de Hanseníase e Dermatologia Sanitária, órgão do Instituto de Saúde da SES/SP, sediou o Programa e a organização inicial do que seria posteriormente o serviço de referência.

O Instituto de Infectologia Emílio Ribas (IIER) e o Ins-

tituto Adolfo Lutz (IAL) foram designados, respectivamente, como retaguardas hospitalar e laboratorial. Em 1988, foi criado o Centro de Referência e Treinamento em Aids (CRT-A), vinculado ao gabinete do Secretário da Saúde. Tinha como metas prioritárias, além da referência técnica, atuar como capacitador e gerador de normas técnicas, com vistas a um processo de descentralização das atividades de prevenção, vigilância e assistência no Estado de São Paulo.

Além de capacitação e monitorização técnica, o CRT-A teve, neste período, um importante papel na implementação de alternativas assistenciais, como hospital-dia e assistência domiciliar terapêutica. Em 1993, ocorre a junção dos programas de aids e DST e a transformação do CRT em Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids (CRT-DST/Aids). Em 1995, o CRT-DST/Aids retoma seu papel de instância de Coordenação do Programa Estadual de DST/Aids, o que delimitou com maior precisão a função estratégica da instituição, como referência técnica e como sede da Coordenação do Programa Estadual de DST/Aids. Em 1996 o CRT-DST/Aids passa a ser vinculado à Coordenação dos Institutos de Pesquisa (CIP), órgão então responsável pela definição das políticas de saúde pública no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde-SP.

Com a mudança de estrutura ocorrida na Secretaria de Estado da Saúde em 2005, a Coordenação dos Institutos de Pesquisa passou a chamar-se Coordenadoria de Controle de Doenças. A Coordenação do Programa Estadual de DST/Aids, apoiada na estrutura do CRTDST/Aids, é responsável pela implementação, articulação, supervisão e monitoramento das políticas e estratégias relativas às DST/Aids, nas áreas de Prevenção, Assistência, Vigilância Epidemiológica, em todo o Estado de São Paulo.

O PE-DST/Aids adota como referências éticas e políticas a luta pelos direitos de cidadania dos afetados e contra o estigma e a discriminação, a garantia do acesso universal à assistência gratuita, incluindo medicamentos específicos, e o direito de acesso aos meios adequados de prevenção. O PE-DST/Aids atua de forma coordenada com outros setores governamentais, como Justiça, Educação e Promoção Social, e em estreita colaboração com as ONGs que atuam nesta área.

O Estado de São Paulo é dividido em 28 Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE) que, por sua vez, contam com um interlocutor do PE-DST/Aids, responsáveis pela implementação das ações nos níveis regionais e locais.

A estrutura e a missão do CRT DST/Aids permitem prover atendimento, criar e validar procedimentos preventivos e modelos de assistência, avaliar e levar adiante pesquisas clínicas e oferecer treinamentos com maior legitimidade diante dos profissionais e instituições do Estado.

Este modelo organizacional é único no Brasil e na América Latina e tem sido uma estrutura e a missão do CRTDST/Aids permitem prover atendimento, criar e validar procedimentos preventivos e modelos de assistência, avaliar e levar adiante pesquisas clínicas e oferecer treinamentos com maior legitimidade diante dos profissionais e instituições do Estado. Este modelo organizacional é único no Brasil e na América Latina e tem sido um dos fatores para os êxitos obtidos pelo Programa Estadual DST/Aids, nos últimos anos.

HIV

O vírus da imunodeficiência humana (VIH), também conhecido por HIV (sigla em inglês para human immunodeficiency virus), é da família dos retrovírus e o responsável pela SIDA (AIDS). Esta designação contém pelo menos duas sub-categorias de vírus, o HIV-1 e o HIV-2. No grupo HIV-1 existe uma grande variedade de subtipos designados de -A a -J. Esses dois grupos tem diferenças consideráveis, sendo o HIV-2 mais comum na África Subsaariana e bem incomum em todo o resto do mundo. Portugal é o país da Europa com maior número de casos de HIV-2, provavelmente pelas relações que mantém com diversos países africanos. É estimado que 45% dos portadores de HIV em Lisboa tenham o vírus HIV-2. Em 2008, a OMS estimou que existam 33,4 milhões de infectados, sendo 15,7 milhões mulheres e 2,1 milhões jovens abaixo de 15 anos. O número de novos infectados neste ano (2009) foi de 2,6 milhões. O número de mortes de pessoas com AIDS é estimado em 1,8 milhões.

Já dentro do corpo, o vírus infecta principalmente uma importante célula do sistema imunológico, designada como linfócito T CD4+ (T4). De uma forma geral, o HIV é um retrovírus que ataca o sistema imunológico causando eventualmente a síndrome da imunodeficiência adquirida em casos não tratados.

História: o HIV-1 foi descoberto e identificado como causador da AIDS por Luc Montagnier e Françoise Barré-Sinoussi da França e Odete Ferreira de Portugal em 1983 no Instituto Pasteur na França. O HIV-2 foi descoberto por Odete Ferreira de Portugal em Lisboa em 1985. Sua descoberta envolveu uma grande polêmica, pois cerca de um ano após Montagnier anunciar a descoberta do vírus, chamando-o de LAV (vírus associado à linfadenopatia), Robert Gallo publicou a descoberta e o isolamento do HTLV-3. Posteriormente se descobriu que o vírus de Gallo era geneticamente idêntico ao de Montagnier, e que possivelmente uma amostra enviada pelo francês havia contaminado a cultura de Gallo.

O último boletim da UNAIDS projeta cerca de 33,2 milhões de pessoas que vivem com o HIV em todo o mundo no final de 2007, a maioria na África. Segundo a UNAIDS (2008), dois terços dos infectados estão na África sub-saariana. Nos Estados Unidos, infectar voluntariamente outro indivíduo configura transmissão criminosa do HIV. Acontece o mesmo em muitos países ocidentais, inclusive no Brasil.

O vírus do HIV adaptou-se à espécie humana a partir de símios SIV. Ver artigo principal: Vírus da imunodeficiência símia. Nas pessoas com HIV, o vírus pode ser encontrado no sangue, no esperma, nas secreções vaginais e no leite materno. Assim, uma pessoa pode adquirir o HIV por meio de relações sexuais, sem proteção - camisinha -, com parceiros portadores do vírus, transfusões com sangue contaminado e injeções com seringas e agulhas contaminadas. Mulheres grávidas portadoras de HIV podem transmitir o vírus para o feto através da placenta, durante o parto ou até mesmo por meio da amamentação. A transmissão de doenças de mãe para filho é chamada de transmissão vertical.

Na África subsaariana, principalmente na África do Sul, por muitos anos houve um movimento contrário à existência do HIV, por parte de membros do governo, aliada a inúmeras superstições e mitos, apesar das comprovações científicas. Por isso em alguns locais dessa região a quantidade de indivíduos infectados é de mais de 35%.

Reprodução em laboratório do genoma viral: em 2010, pesquisadores das Universidades Federais de Pernambuco e do Rio de Janeiro, da equipa do professor do Departamento de Genética da UFPE, Sergio Crovella, divulgaram trabalho de investigação dirigido à obtenção de uma vacina terapêutica de vírus recombinante, tendo reproduzido artificialmente o genoma do vírus.

Transmissão: Dois modelos sobre a entrada do vírus no linfócito TO vírus é mais frequentemente transmitido pelo contacto sexual (característica que faz da AIDS uma doença ou infecção sexualmente transmissível), pelo sangue (inclusive em transfusões), durante o parto (mãe para o filho), durante a gravidez ou no aleitamento. Por isso é importante que todas as mulheres grávidas façam testes para HIV. No Brasil, é uma prática comum aconselhar gestantes que chegam ao hospital a fazer todos os testes de doenças transmissíveis verticalmente.

No Brasil, em 2002, a cobertura de exames de HIV em grávidas foi estimada em 52%, sendo pior no Nordeste com 24% e melhor no Sul com 72% de cobertura. Somente 27% seguiram todas as recomendações do Ministério da Saúde. Ter maior escolaridade e morar em cidades com mais de 500 mil habitantes foram os melhores preditores de grávidas que fazem todos os exames. Ainda relativo ao Brasil, o Ministério da Saúde oferece gratuitamente o leite substituto em alguns postos de saúde, hospitais e farmácias cadastrados.

No caso de transmissão pelo sangue, é mais provável por seringas compartilhadas entre usuários de drogas ou caso seja feita reutilização. Algumas pessoas consideram a possibilidade de transmissão pelo beijo, porém é altamente improvável, pois o vírus é danificado por 10 substâncias diferentes presentes na saliva. Além disso existem poucas células CD4 na boca. Ter boa higiene oral e tomar os medicamentos diminui as possibilidades ainda mais. Mesmo em pessoas com AIDS (carga viral no sangue por volta de 100.000/ml) é difícil encontrar HIV na saliva.

Características: no Brasil, nos últimos anos a transmissão do HIV que antes era predominantemente masculina, mais frequente entre os homossexuais e afetando todas as classes sociais, agora caracteriza-se por quatro processos:

- Heterossexualização (aumento entre os heterossexuais, que já são a maioria);
- Feminização (aumento entre mulheres, cerca de 1/3 dos casos no Brasil);
- Interiorização (aumento nas cidades do interior);
- Pauperização (aumento nas populações mais pobres).

Fatores de risco: no contato sexual, pode ser qualquer tipo de sexo, como oral, vaginal e anal. A transmissão do HIV durante o contato sexual pode ser facilitada por vários fatores, incluindo:

- Penetração sem camisinha;
- Ser o receptor (passivo) na relação sexual;
- Presença concomitante de doenças sexualmente transmissíveis, especialmente aquelas que levam ao aparecimento de feridas genitais;
- Lesões genitais durante a relação sexual;
- Elevado número de parceiros sexuais e relações desprotegidas;
- Carga viral elevada da pessoa infectada;
- Hemorróida avançada;
- Uso de drogas injetáveis;
- Transtornos psicológicos associados a descaso com a própria saúde;
- Falta de conhecimento.
- Outro dado observado é o aumento na proporção de pessoas com escolaridade mais baixa e em adultos com mais de 30 anos.

Fatores de proteção: o uso de camisinha evita a transmissão do HIV em casais heterossexuais onde um dos parceiros é HIV positivo. Alguns dos fatores que diminuem a probabilidade da transmissão são:

- Usar sempre preservativo masculino ou preservativo feminino corretamente;
- Usar lubrificante (pois resulta em menos microferimentos);
- Baixa quantidade de vírus no portador;
- Tomar os medicamentos antirretrovirais corretamente;
- Circuncisão masculina. (porém há estudos com resultados controversos)

Em um estudo longitudinal de 20 meses de duração com casais heterossexuais sorodiferentes, de 124 casais que usaram sempre camisinha nenhum contaminou seu parceiro, enquanto 12 dos 121 que usavam camisinha inconsistentemente foram infectados. Também são raros os casos de transmissão por ferimentos, pois apesar de haver relatos esporádicos, o vírus não resiste muito tempo fora do corpo e é necessário que haja contato com o sangue tanto por parte do portador como do receptor. É pouco provável que o sangue contaminado em contato com uma pele saudável (sem ferimentos) contamine outra pessoa, apesar de ser possível, pois existem muitos fatores envolvidos.

O uso da terapia antirretroviral diminui em 96% o risco de transmissão do HIV. Por isso os remédios podem ser receitados aos parceiros não infectados de soropositivos. No caso de profissionais de saúde, é possível tomar os medicamentos antirretrovirais para prevenir a infecção por 28 dias caso o contágio tenha ocorrido em menos de 72h. O risco estimado de contaminação por contato com uma agulha contaminada é de 0,3%. No Brasil, pacientes que tenham experienciado situação com alto nível de contágio (como sexo anal sem camisinha com pessoa de sorologia desconhecida) há menos de 72h podem solicitar ao médico que prescreva antirretrovirais para prevenir a contaminação.

1. Sinais e sintomas

Infecção aguda inicial: assim que se adquire o HIV, o sistema imunológico reage na tentativa de eliminar o vírus. Cerca de 15 a 60 dias depois, pode surgir um conjunto de sinais e sintomas semelhantes ao estado gripal, o que é conhecido como síndrome da soroconversão aguda. A infecção aguda pelo HIV é uma síndrome inespecífica, que não é facilmente percebida devido à sua semelhança com a infecção por outros agentes virais como a mononucleose, gripe, até mesmo dengue ou muitas outras infecções virais. Mas os sintomas mais comuns da infecção aguda são:

- Febre persistente
- Cansaço e Fadiga
- Erupção cutânea
- Perda de peso rápida
- Diarreia que dure mais de uma semana
- Dores musculares
- Dor de cabeça
- Tosse seca prolongada
- Lesões roxas ou brancas na pele ou na boca
- Além disso, muitos desenvolvem linfadenopatia. Faringite, mialgia e muitos outros sintomas também ocorrem.

Em geral esta fase é auto-limitada e não há sequelas. Por ser muito semelhante a outras viroses, dificilmente os pacientes procuram atendimento médico e raramente há suspeita da contaminação pelo HIV, a não ser que o paciente relate ocorrência de sexo desprotegido ou compartilhamento de seringas, por exemplo. Entretanto, na fase aguda inicial, mesmo sem tratamento adequado, os sintomas são temporários. Os pacientes poderão ficar assintomáticos por um período variável entre 3 e 20 anos e alguns nunca desenvolverão doença relacionada ao HIV. Este fato relaciona-se com a quantidade e qualidade dos receptores de superfície dos linfócitos e outras células do sistema imune. Tais receptores (os principais são o CD4, CCR5 e CXCR4) funcionam como fechaduras que permitem a entrada do vírus no interior das células: quanto maior a quantidade e afinidade dos receptores com o vírus, maior será a sua penetração nas células, maior a replicação viral e maior velocidade de progressão para doença.

Foi criada então uma classificação não muito rígida:

- Rápido progressor (adoece em até 3 anos)
- Médio progressor (adoece entre 4 e 7 anos)
- Longo progressor (entre 8 e mais anos)

Estas características são determinadas por fatores genéticos e outros fatores desconhecidos. Não obstante, os hábitos e a qualidade de vida podem ser determinantes da velocidade de progressão da doença, tendo em conta o impacto de fatores como tabagismo, alcoolismo, toxicod dependência, estresse, alimentação irregular e outros. A velocidade de progressão está relacionada com a queda da contagem de linfócitos T CD4 no sangue (a contagem normal dos linfócitos varia de 1.000 a 2.500 células/ml de sangue) e com a contagem da carga viral do HIV (a contagem da carga viral é considerada alta acima de

ÍNDICE

CONHECIMENTO ESPECÍFICOS

Sistema Único de Saúde: princípios, diretrizes e formas de organização dos serviços de saúde.....	01
Aspectos normativos do processo de descentralização de ações e serviços do Sistema Único de Saúde.....	01
Principais problemas de saúde da população brasileira.....	02
Vigilância Epidemiológica.....	02
Determinantes sociais de saúde.....	02
Promoção da saúde.....	04
Conceitos fundamentais de Epidemiologia; Estudos epidemiológicos; Indicadores de saúde.....	04
Formulação e implementação de políticas de saúde; Planejamento em saúde: abordagens metodológicas.....	04
Avaliação de programas e sistemas de saúde.....	06

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: PRINCÍPIOS, DIRETRIZES E FORMAS DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE;

Prezado candidato, o tópico indicado já foi abordado em Conhecimentos Gerais em Saúde. Não deixe de conferir.

ASPECTOS NORMATIVOS DO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE;

Com vistas a regulamentar o processo de descentralização proposto pelo SUS, é editada pelo Presidente do INAMPS, por meio da Resolução nº. 273, de 17 de julho de 1991, a Norma Operacional Básica nº. 01/91. Apesar de buscar instituir o arranjo institucional previsto na legislação para a gestão descentralizada do SUS (exigência dos requisitos legais para a transferência de recursos), na prática, esta norma descaracteriza os principais objetivos do SUS ao redefinir a lógica de transferência de recursos a estados e municípios e, conseqüentemente, de organização do Sistema.

Estados e municípios passaram a receber por produção de serviços de saúde, nas mesmas tabelas nacionais existentes para o pagamento dos prestadores privados, impondo um modelo de atenção à saúde voltado para a produção de serviços e avaliado pela quantidade de procedimentos executados, independentemente da qualidade e dos resultados alcançados. Ou seja, continuou prevalecendo a estrutura de compra de serviços privados de saúde do INAMPS, agora aplicado aos gestores públicos estaduais e municipais. (OLIVEIRA JR., 1998. p. 126).

Além da lógica da compra de serviços assinalada, reforça-se a ênfase nas atividades curativas, pois a referida tabela não previa a remuneração de ações promocionais e preventivas, contrariando o princípio de integralidade.

A NOB 91 foi editada por três vezes. A primeira, contestada pelos juristas por ter saído pelo INAMPS, foi reeditada de imediato após autorização do Ministério da Saúde e, depois de seis meses, revisada. Na sequência veio a NOB 92 – ambas no governo Collor, com o ministro Alcení e o presidente do INAMPS, Ricardo Akel. A NOB 93 foi anterior à extinção do INAMPS e saiu no governo Itamar, com o ministro Jamil Haddad e o presidente do INAMPS, Carlos Mosconi. A NOB 94 foi pensada e discutida internamente na equipe e na comissão tripartite em sua essência, pois era apenas complementar à NOB 93, mas foi vetada pelo Ministério da Fazenda. Era no governo Itamar, sendo ministro, Henrique Santillo. Não havia mais INAMPS e a responsabilidade transferida à Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da saúde, então dirigida, por Gilson Carvalho.

A NOB 96, em análise, foi natimorta (não pelos que a fizeram, mas por quem os sucedeu). Não chegou a ser implementada na essência em que foi escrita. Foi no governo de Fernando Henrique Cardoso, sendo ministro, Adib Jatene, e dirigente da Secretaria de Assistência à

Saúde, Eduardo Levcovitz. A NOB 98 (nunca existiu com este nome) foi feita por portarias modificadoras da essência da NOB 96. Ainda presidente FHC, mas ministro, Carlos Albuquerque, conduzido pelo vice Barjas Negri. A NOB-2000/NOAS 2001, que não se denominou mais NOB, mas, para marcar a era Serra, ainda que no governo FHC, teve o eufemismo de denominar-se NOAS-2001 – Norma Operacional Básica da Assistência.

Guido Carvalho foi um eminente jurista e estudioso do direito universal à saúde. Coautor de grande parte da legislação de saúde nas décadas de 1980/1990, desde as AIS e o SUDS. Nunca à frente de cargos, mas como colaborador engajado na luta da saúde, questionava sempre as denominadas NOBs. Seu argumento era que as NOBs e outras portarias do executivo se detinham em regulamentação excessiva e minuciosa de questões que não precisariam ser regulamentadas. Além disso, discursavam intenções inócuas, pois elas já estavam na Constituição Federal e na Lei Orgânica de Saúde.

Isso, na verdade, é um traço característico de todas as NOBs onde se tenta reinventar princípios e bases que não precisariam mais estar repetindo. Na hierarquia das leis teríamos na Constituição Federal os princípios pétreos e as bases essenciais do Sistema Único de Saúde/SUS. A Lei Orgânica de Saúde, representada inicialmente pela 8.080 e 8.142, e hoje já complementada com outras tantas, tem como objetivo explicar e completar as bases da CF. Nada pode contrariar ou inovar em relação à lei. Para se fazer a operacionalização das leis utiliza-se decretos e portarias. As NOBs são “penduricalhos” de portarias, anexas a elas e de natureza subservientes às leis.

Ao contrário do que defendia Guido, lamentavelmente as NOBs têm incorrido em dois erros crassos e maléficos ao Sistema Único de Saúde:

- 1) tentam inovar e criar normas além e acima do que está na CF e na LOS (Lei Orgânica de Saúde) e, geralmente, de caráter restritivo às leis maiores;
- 2) utilizam tempo e espaço para repetir o desnecessário, pois já está suficientemente claro ou não precisariam estar escritos em termos de normatização, mas em simples comentários não normativos à CF e LOS. O primeiro erro é gravíssimo e, se houvesse maior atenção ao cumprimento da lei, todas as NOBs, sem exceção, poderiam sofrer impugnação dada a ilegalidade de vários itens nelas contidos. Por não atingirem sua meta de ser o esmiuçamento da lei, elas acabam gerando INs (Instruções Normativas) para ocupar seu papel. As NOBs, ao assumirem o papel da CF e das leis, tentando ilegalmente inovar, deixam de cumprir seu caráter operacional e precisam de uma nova e mais profunda explicação! As INs: a explicação da explicação. Bem burocrática e burocratizante, principalmente para as esferas e escalões inferiores.

A prova mais incontestável do relatado acima é que a lei 8.080, combinada com a 8.142, determina que todo o recurso federal para a saúde seja passado em valor per capita segundo quociente populacional. Vejamos: a lei 8.080, no art. 35, parágrafo 1º, diz: “Metade dos recursos destinados a estados e municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de ha-

bitantes, independente de qualquer procedimento prévio". O art.3, parágrafo 1o, da lei 8.142 diz: "Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35/8.080, será utilizado, para o repasse dos recursos, exclusivamente o critério estabelecido no parágrafo primeiro do mesmo artigo". Com estes dois artigos de lei diferentes só existe uma maneira de interpretação: até regular o art. 35 da lei 8.080, todos os recursos federais deverão ser repassados aos estados, distrito federal e municípios, exclusivamente pelo critério populacional. Nunca se cumpriu, e todas as NOBs afrontam esta prescrição criando outros critérios de distribuição de recursos.

Mas, então, por que em dez anos, de 1991 a 2001, se repete o mesmo erro? Por que as NOBs tentam operacionalizar a CF e a LOS, infringindo o mandamento maior hierarquicamente que ela? Há quase uma delinquência consentida neste país em que a prática é que o executivo não cumpra as leis. O legislativo, coniventemente, não regulamenta o que está na CF e/ou não cobra do executivo o cumprimento do regulamentado. O judiciário não pune os dois, e o Ministério Público ainda anda perdido entre a obrigatoriedade de defesa dos direitos do cidadão (incluindo saúde) e seu caráter pré-constitucional.

REFERÊNCIA

(<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/nutricao/o-papel-das-normas-operacionais-basicas/13455>)

PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

Prezado candidato, o tópico indicado já foi abordado em Conhecimentos Básicos. Não deixe de conferir.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA;

Prezado candidato, o tópico indicado já foi abordado em Conhecimentos Básicos. Não deixe de conferir.

DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE;

Uma vez que a Constituição Federal aponta as políticas econômicas e sociais como intervenções fundamentais para assegurar o direito à saúde (PAIM, 2009, p. 44), o art. 196 da Constituição prevê a atuação imediata do Estado, na promoção e aplicação da saúde preventiva ou curativa. Cumpre evidenciar que compreendemos a norma constitucional com a função de inscrever o direito à saúde, no rol daquele complexo integrado de prestações afirmativas dos poderes públicos.



Fonte: Processo Saúde - Doença – Cuidado (Dahlgren e Whitehed, 1992)

De acordo com definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), os determinantes sociais da saúde estão relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha. Também podem ser considerados os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego.

Estudos sobre determinantes sociais apontam que há distintas abordagens possíveis. É necessário avaliar a coletividade na qual ele se insere.

Os determinantes sociais não podem ser avaliados somente pelas doenças geradas, pois vão além, influenciando todas as dimensões do processo de saúde das populações, tanto do ponto de vista do indivíduo, quanto da coletividade na qual ele se insere.



EXERCÍCIOS COMENTADOS

1. Ano: 2018 Banca: CESPE Órgão: EBSERH Provas: CESPE - 2018 - EBSERH - Conhecimentos Básicos - Cargos de Nível Superior

Acerca dos determinantes sociais da saúde, julgue o item que se segue.

Atualmente, o foco dos determinantes sociais da saúde está no mecanismo de produção das iniquidades.

() CERTO () ERRADO

Resposta: Certo

Iniquidade social

A iniquidade social acontece quando as normas e leis destinadas à sociedade, de um modo geral, não estão sendo cumpridas igualmente, seguindo os princípios dos Direitos Humanos, da moral e da ética.

No Brasil, por exemplo, existem vários casos de iniquidades sociais, praticados por instituições públicas e privadas, seja na área da educação escolar, sistema de saúde ou segurança pública.

A **iniquidade na saúde** é um dos grandes problemas do país, que enfrenta déficit de profissionais qualificados e equipamentos nos hospitais e centros de saúde, indo de encontro às leis que regem os Direitos Humanos Universais, que determinam que todo o ser humano deve ter o direito a uma assistência em saúde de qualidade e gratuita.

2. Ano: 2018 Banca: IADES Órgão: SES-DF Prova: IADES - 2018 - SES-DF - Administrador

O Brasil foi o primeiro país a criar a própria Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), integrando-se ao movimento global em torno dos determinantes sociais da saúde (DSS), desencadeado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Quanto aos DSS, assinale a alternativa correta.

a) Segundo essa concepção, enfrentar as causas das causas das determinações econômicas e sociais mais gerais dos processos saúde-enfermidade envolve ações apenas no sistema de atenção à saúde.

- b) O relatório final ressaltou a necessidade da busca por estratégias centradas na prevenção da saúde.
- c) No relatório final, foi proposta a criação de espaços institucionais para o enfrentamento dos DSS.
- d) Programas de apoio a projetos de pesquisa são dispensáveis, uma vez que as evidências científicas a respeito dos DSS são suficientes para direcionar rumos novos ao modelo.
- e) A participação social deve ser revista, pois o tema exige um nível instrução não acessível a toda a população.

Resposta: Letra C

A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) diz em seu relatório que o monitoramento das iniquidades e o estudo sistemático e aprofundado de seus determinantes deverão permitir identificar pontos mais vulneráveis ao impacto de políticas públicas que buscam combatê-las.

Serão suas principais linhas de atuação:

- estimular a melhoria da qualidade e completude das informações sociodemográficas nos sistemas de informação oficiais da saúde, de forma a permitir o monitoramento das desigualdades sociais em saúde;
- introduzir a temática dos determinantes sociais da saúde e das consequências das desigualdades na formação dos profissionais de saúde;
- fomentar e mobilizar os profissionais e gestores de saúde em prol de políticas públicas focadas, explicitamente, na busca da equidade em saúde;
- mobilizar a sociedade civil para a defesa do princípio da equidade na execução das políticas públicas pertinentes;
- criar instrumentos que possibilitem a circulação, na sociedade, dos conhecimentos e direitos relativos aos determinantes sociais da saúde;
- criar fóruns intersetoriais para o debate do tema e estabelecimento de compromissos pactuados de enfrentamento do problema, incluindo a discussão de modelos de políticas de curto, médio e longo prazo;
- estimular a produção de conhecimentos sobre os determinantes sociais em saúde através de linhas específicas de financiamento à pesquisa e de apoio à formação de investigadores;
- incluir metas para redução das desigualdades sociais em saúde, de maneira explícita, nas políticas sociais;
- articular-se com outras iniciativas de políticas públicas de redução da pobreza e de riscos à saúde, a exemplo do Conselho Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (CNPES), Fome Zero, Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA) e outros;
- promover a defesa e indução de **ações para o enfrentamento dos determinantes sociais em saúde**, no Brasil, junto as três esferas de governo, nos âmbitos executivo e legislativo;
- garantir a inclusão e a execução, refletidas nos orçamentos públicos das três esferas de governo, de ações dirigidas à redução das iniquidades em saúde.

PROMOÇÃO DA SAÚDE;

Prezado candidato, o tópico indicado já foi abordado em Conhecimentos Básicos. Não deixe de conferir.

CONCEITOS FUNDAMENTAIS DE EPIDEMIOLOGIA; ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS; INDICADORES DE SAÚDE

Prezado candidato, o tópico indicado já foi abordado em Conhecimentos Gerais em Saúde. Não deixe de conferir.

FORMULAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE; PLANEJAMENTO EM SAÚDE: ABORDAGENS METODOLÓGICAS;

Prezado candidato, confira tudo sobre legislação de saúde em Conhecimentos gerais e básicos em Saúde.

Planejamento no SUS

O trabalho com o Planejamento no SUS deve seguir as seguintes diretrizes:

O processo de planejamento no âmbito do SUS deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão. Essa forma de atuação representará o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde baseado nas responsabilidades de cada esfera de gestão, com definição de objetivos e conferindo direcionalidade ao processo de gestão do SUS, compreendendo nesse sistema o monitoramento e avaliação.

Este sistema de planejamento pressupõe que cada esfera de gestão realize o seu planejamento, articulando-se de forma a fortalecer e consolidar os objetivos e diretrizes do SUS, contemplando as peculiaridades, necessidades e realidades de saúde locais.

Como parte integrante do ciclo de gestão, o sistema de planejamento buscará, de forma tripartite, a pactuação de bases funcionais do planejamento, monitoramento e avaliação do SUS, bem como promoverá a participação social e a integração intra e intersetorial, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

No cumprimento da responsabilidade de coordenar o processo de planejamento se levará em conta as diversidades existentes nas três esferas de governo, de modo a contribuir para a consolidação do SUS e para a resolubilidade e qualidade, tanto da sua gestão, quanto das ações e serviços prestados à população brasileira.

Objetivos do Sistema de Planejamento do SUS:

- Pactuar diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS e o elenco dos instrumentos a serem adotados pelas três esferas de gestão;
- Formular metodologias e modelos básicos dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação que traduzam as diretrizes do SUS, com capacidade de adaptação às particularidades de cada esfera administrativa;
- Promover a análise e a formulação de propostas destinadas a adequar o arcabouço legal no tocante ao planejamento no SUS;
- Implementar e difundir uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidiar a tomada de decisão por parte de seus gestores;
- Desenvolver e implementar uma rede de cooperação entre os três entes federados, que permita um amplo compartilhamento de informações e experiências;
- Promover a institucionalização e fortalecer as áreas de planejamento no âmbito do SUS, nas três esferas de governo, com vistas a legitimá-lo como instrumento estratégico de gestão do SUS;
- Apoiar e participar da avaliação periódica relativa à situação de saúde da população e ao funcionamento do SUS, provendo os gestores de informações que permitam o seu aperfeiçoamento e ou redirecionamento;
- Promover a capacitação contínua dos profissionais que atuam no contexto do planejamento no SUS;
- Promover a eficiência dos processos compartilhados de planejamento e a eficácia dos resultados, bem como da participação social nestes processos;
- Promover a integração do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS, bem como a sua intersectorialidade, de forma articulada com as diversas etapas do ciclo de planejamento;
- Monitorar e avaliar o processo de planejamento, as ações implementadas e os resultados alcançados, de modo a fortalecer o planejamento e a contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS.

- Pontos de pactuação priorizados para o Planejamento
- Considerando a conceituação, caracterização e objetivos preconizados para o sistema de planejamento do SUS, configuraram-se como pontos essenciais de pactuação:
- Adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS;
- Integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo;
- Institucionalização e fortalecimento do Sistema de Planejamento do SUS, com adoção do processo planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS;
- Revisão e adoção de um elenco de instrumentos de planejamento – tais como planos, relatórios, programações – a serem adotados pelas três esferas de gestão, com adequação dos instrumentos legais do SUS no tocante a este processo e instrumentos dele resultantes;
- Cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade no processo de planejamento no SUS.

Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde – PPI

A PPI é um processo que visa definir a programação das ações de saúde em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros para saúde a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores.

A PPI deve explicitar os pactos de referência entre municípios, gerando a parcela de recursos destinados à própria população e à população referenciada.

As principais diretrizes norteadoras do processo de programação pactuada são:

- A programação deve estar inserida no processo de planejamento e deve considerar as prioridades definidas nos planos de saúde em cada esfera de gestão;
- Os gestores estaduais e municipais possuem flexibilidade na definição de parâmetros e prioridades que irão orientar a programação, ressalvados os parâmetros pactuados nacional e estadualmente.
- A programação é realizada prioritariamente, por áreas de atuação a partir das ações básicas de saúde para compor o rol de ações de maior complexidade;
- A tabela unificada de procedimentos deve orientar a programação das ações que não estão organizadas por áreas de atuação, considerando seus níveis de agregação, para formar as aberturas programáticas;
- A programação da assistência devida buscar a integração com a programação da vigilância em saúde;
- Os recursos financeiros das três esferas de governo devem ser visualizados na programação.

- O processo de programação deve contribuir para a garantia de acesso aos serviços de saúde, subsidiando o processo regulatório da assistência;
- A programação deve ser realizada a cada gestão, revisada periodicamente e sempre que necessário, em decorrência de alterações de fluxo no atendimento ao usuário; de oferta de serviços; na tabela de procedimentos; e no teto financeiro, dentre outras.
- A programação pactuada e integrada deve subsidiar a programação física financeira dos estabelecimentos de saúde.
- A programação pactuada e integrada deve guardar relação com o desenho da regionalização naquele estado.

Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial

Para efeitos destas diretrizes, serão adotados os seguintes conceitos:

Regulação da Atenção à Saúde - tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. As ações da Regulação da Atenção à Saúde compreendem a Contratação, a Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial, o Controle Assistencial, a Avaliação da Atenção à Saúde, a Auditoria Assistencial e as regulamentações da Vigilância Epidemiológica e Sanitária.

Contratação - o conjunto de atos que envolvem desde a habilitação dos serviços/prestadores até a formalização do contrato na sua forma jurídica.

Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial - conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes.

Complexos Reguladores - uma das estratégias de Regulação Assistencial, consistindo na articulação e integração de Centrais de Atenção Pré-hospitalar e Urgências, Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames, Protocolos Assistenciais com a contratação, controle assistencial e avaliação, assim como com outras funções da gestão como programação e regionalização. Os complexos reguladores podem ter abrangência intramunicipal, municipal, micro ou macro regional, estadual ou nacional, devendo esta abrangência e respectiva gestão, serem pactuadas em processo democrático e solidário, entre as três esferas de gestão do SUS.

Auditoria Assistencial ou clínica - processo regulador que visa aferir e induzir qualidade do atendimento amparada em procedimentos, protocolos e instruções de trabalho normatizados e pactuados. Deve acompanhar e analisar criticamente os históricos clínicos com vistas a verificar a execução dos procedimentos e realçar as não conformidades.

Como princípios orientadores do processo de regulação, fica estabelecido que: cada prestador responde apenas a um gestor.

A regulação dos prestadores de serviços deve ser preferencialmente do município conforme desenho da rede da assistência pactuada na CIB, observado o Termo de Compromisso de Gestão do Pacto e os seguintes princípios:

- da descentralização, municipalização e comando único;
- da busca da escala adequada e da qualidade;
- considerar a complexidade da rede de serviços locais;
- considerar a efetiva capacidade de regulação;
- considerar o desenho da rede estadual da assistência;
- a primazia do interesse e da satisfação do usuário do SUS.

A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes.

A operação dos complexos reguladores no que se refere a referência intermunicipal deve ser pactuada na CIB, podendo ser operada nos seguintes modos:

- Pelo gestor estadual que se relacionará com a central municipal que faz a gestão do prestador.
- Pelo gestor estadual que se relacionará diretamente com o prestador quando este estiver sob gestão estadual.
- Pelo gestor municipal com co-gestão do estado e representação dos municípios da região;

Modelos que diferem do item acima devem ser pactuados pela CIB e homologados na CIT.

São metas para este Pacto, no prazo de um ano:

Contratualização de todos os prestadores de serviço;
Colocação de todos os leitos e serviços ambulatoriais contratualizados sob regulação;

Extinção do pagamento dos serviços dos profissionais médicos por meio do código 7.

AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS E SISTEMAS DE SAÚDE.

O QUE É AVALIAÇÃO?

O termo "avaliação" pode ser definido como um processo no qual algo (uma intervenção, um serviço, uma ação, um procedimento etc.) é analisado e julgado com base em um referencial considerado como o ideal (parâmetro).

Avaliação em saúde pública

Na saúde pública, a avaliação constitui um fator importante, cujo o principal objetivo é identificar possíveis problemas em ações e serviços desenvolvidas pelo SUS (Sistema Único de Saúde) e auxiliar na tomada de decisão com relação aos mesmos.



#FicaDica

Criado em 1988, o SUS é um sistema de saúde pública que atende mais de 190 milhões em todo o país. Sua função é executar as ações públicas voltadas a promoção, proteção e recuperação da saúde da população.

Embora a avaliação seja uma boa estratégia para identificar e corrigir problemas, monitorar a eficácia dos serviços ofertados e acompanhar os resultados das intervenções, incorporá-la ao SUS representa um grande desafio.

Nesse contexto, como tentativa para institucionalizar a avaliação, ou seja, para incorporá-la ao sistema de saúde, em 2005 foi criado o Departamento de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (DEMAS/SE/MS) que propôs o Sistema de Monitoramento e Avaliação do SUS.

Segundo o artigo 10, do Decreto 7.530/11, o DEMAS é responsável por:

- coordenar a formulação e execução da Política de Monitoramento e Avaliação do SUS;
- coordenar os processos de elaboração, negociação, implantação e implementação de normas, instrumentos e métodos necessários ao fortalecimento das práticas de monitoramento e avaliação do SUS;
- articular e integrar as ações de monitoramento e avaliação executadas pelos órgãos e unidades do Ministério da Saúde;
- desenvolver metodologias e apoiar iniciativas que qualifiquem o processo de monitoramento e avaliação do SUS;
- viabilizar e coordenar a realização de estudos e pesquisas visando à produção do conhecimento no campo do monitoramento e avaliação do SUS;
- desenvolver ações com órgãos de controle interno e externo, com outros órgãos da Administração Federal e com entidades das áreas de informação e avaliação, visando a ampliar a qualidade do monitoramento e avaliação do SUS;
- participar da coordenação do processo colegiado de monitoramento, avaliação e gestão das informações do SUS; h) sistematizar e disseminar informações estratégicas para subsidiar a tomada de decisão na gestão federal do SUS.

Sistema de Monitoramento e Avaliação do SUS

O Sistema de Monitoramento e Avaliação do SUS nada mais é do que um conjunto de programas de avaliação independentes que, de forma complementar, fornecem informações necessárias e estratégicas para o desenvolvimento e qualificação do SUS, que devem ser aplicadas no planejamento em saúde.

Esse sistema é composto pelos seguintes programas:

- Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS);
- Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS);
- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ);
- Pesquisas nacionais de avaliação do acesso e de satisfação dos usuários (Carta-SUS).

Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS)

Como o próprio nome sugere, o IDSUS é o programa responsável por avaliar o desempenho do SUS em relação ao cumprimento de seus princípios.



FIQUE ATENTO!

O SUS deve cumprir princípios doutrinários e organizativos.

Princípios doutrinários

- Universalização:** todas as pessoas tem direito a saúde e é dever do Estado assegurar o cumprimento do mesmo, independente de raça, sexo, religião, ocupação e outros.
- Equidade:** diferentes pessoas e populações possuem diferentes necessidades. Assim, cada pessoa ou população precisa ser tratada conforme suas necessidades.
- Integralidade:** cada indivíduo deve ser visto como um todo e precisa ter acesso garantido a ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação.

Princípios organizativos

- Regionalização e Hierarquização: os serviços e ações de saúde oferecidos pelo SUS devem ser organizados de forma regionalizada (para garantir que toda a população do país tenha acesso aos mesmos) e hierarquizada (organizados de acordo com sua complexidade em níveis crescentes).
- Descentralização e Comando Único:** cada região do país possui características econômicas, sociais e sanitárias diferentes e, portanto, necessidades distintas. Assim, a gestão do SUS precisa estar distribuída entre as três esferas do governo (União, Estados e Municípios).
- Participação Popular:** a participação da sociedade na administração do SUS deve ser garantida pela criação de Conselhos e Conferências de Saúde.

Os resultados obtidos com essa avaliação são apresentados na forma de mapas, tabelas e gráficos que permitem identificar os principais problemas e definir estratégias para a construção de um SUS que atenda de fato aos direitos de cidadania e de saúde da população brasileira.

Objetivos do IDSUS

O objetivo principal do IDSUS é avaliar o desempenho do SUS em relação aos seus princípios doutrinários e organizativos. Para isso, o programa tem como objetivos específicos:

- avaliar toda a rede pública de saúde quanto ao acesso e aos resultados das ações e serviços oferecidos não só na atenção básica (realizada no município), mas também na atenção especializada, ambulatorial e hospitalar (realizada tanto no próprio município, quanto em outras cidades e polos estaduais ou nacionais);
- identificar e avaliar os principais problemas e deficiências do SUS, traçando metas para a superação dos mesmos;
- servir de referência para o estabelecimento de pactos entre os gestores das três esferas (União, Estados e Municípios).

Modelo avaliativo do IDSUS

Para avaliar o acesso (potencial e obtido) e a efetividade das ações e serviços oferecidos pelo SUS, o modelo avaliativo do IDSUS considera:

- a avaliação da vigilância e do cuidado à saúde da população de cada município do país;
- a adoção de vários métodos estatísticos;
- a caracterização dos municípios com base nas semelhanças socioeconômicas, situação de saúde e estrutura do sistema de saúde.



#FicaDica

Acesso potencial: se refere a oferta de atendimentos.

Acesso obtido: se refere aos atendimentos realizados.

Efetividade: se refere ao grau com que as ações e serviços atingem os resultados esperados.

Indicadores do IDSUS

O IDSUS é composto por 24 indicadores utilizados para avaliar o desempenho do SUS. São 14 de acesso (potencial ou obtido) e 10 de efetividade, distribuídos entre os serviços de: atenção básica; atenção ambulatorial e hospitalar; e urgência e emergência.

Indicadores de acesso potencial ou obtido:

- Atenção básica:** Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde; Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal; e Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.
- Atenção ambulatorial e hospitalar/ Urgência e emergência:** Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 e a população da mesma faixa etária; Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população da mesma faixa etária; Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade e população residente; Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente; Razão de

procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados e população residente. Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade e população residente; Proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade para não residentes; Proporção de internações de média complexidade para não residentes; Proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes; Proporção de internações de alta complexidade para não residentes; e Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente.

Indicadores de efetividade:

- a) Atenção básica:** Cobertura com a vacina tetravalente; Taxa de Incidência de Sífilis Congênita; Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera (TBC); Proporção de cura dos casos novos de hanseníase; Proporção de internações sensíveis à atenção básica (ISAB); Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada; e Proporção de exodontia em relação aos procedimentos.
- b) Atenção ambulatorial e hospitalar/ Urgência e emergência:** Proporção de parto normal; Proporção de óbitos em menores de 15 anos que usaram Unidades de Terapia Intensiva (UTIs); e Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).

Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS)

Reformulado em 2015 pela Portaria GM/MS Nº 28, o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) é responsável por avaliar os estabelecimentos de atenção ambulatorial e hospitalar que recebem recursos financeiros provenientes do Ministério da Saúde.



FIQUE ATENTO!

Para ser incluído na avaliação do PNASS, o estabelecimento precisa:

- receber recursos financeiros do Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC);
- estar habilitado/qualificado na Rede Ce-gonha;
- estar habilitado/qualificado na Rede de Urgências e Emergências;
- estar habilitado em Terapia Renal Substitutiva (TRS);
- estar habilitado como Centro Especializado de Reabilitação (CER);
- estar habilitado em Oncologia;
- ser de natureza jurídica pública (federais, estaduais ou municipais);

Foram excluídos da avaliação, os Hospitais de Pequeno Porte (HPP) com até 49 leitos e que não apresentem qualquer uma das habilitações citadas acima.

O PNASS avalia esses estabelecimentos quanto: a estrutura, o processo, os resultados, a produção do cuidado, o gerenciamento de risco e a satisfação dos usuários.

Objetivos do PNASS

O PNASS possui como objetivos específicos:

- consolidar o processo de avaliação sistemática dos estabelecimentos que oferecem os serviços de atenção ambulatorial e hospitalar;
- conhecer a gestão dos estabelecimentos avaliados;
- verificar o grau de satisfação dos usuários de ações e serviços dos estabelecimentos avaliados;
- incorporar indicadores capazes de medir o resultado da atenção/assistência oferecida pelos estabelecimentos avaliados;
- conhecer a inserção dos estabelecimentos avaliados como ponto da rede de atenção à saúde;
- incentivar a avaliação do processo de trabalho dos gestores de saúde;
- incentivar a avaliação de estabelecimentos de saúde do SUS;
- consolidar o PNASS como uma ferramenta de gestão do SUS;
- transformar o PNASS em um instrumento de regulação do SUS.

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)

Lançado em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi criado com o propósito principal de promover a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade dos serviços de atenção básica oferecidos pelo SUS.



#FicaDica

A atenção básica é um conjunto de ações que visam promover e proteger a saúde da população, além de prevenir o surgimento de agravos, diagnosticar doenças, tratar, reabilitar, reduzir os possíveis danos e manter a saúde de cada cidadão. Os serviços de atenção básica são desenvolvidos por equipes multiprofissionais nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), no domicílio e em locais como escolas, creches e praças.

Para isso, o programa propõe aos municípios participantes, um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho de suas equipes de saúde da atenção básica.

Como recompensa, aqueles municípios que mostram uma melhora da qualidade dos serviços de atenção básica, recebem um valor maior de recursos do governo federal.

No PMAQ-AB, a avaliação das equipes de saúde é feita em três partes:

- a) **com o auxílio de um instrumento, a própria equipe avalia o trabalho que desenvolve (corresponde a 10% da nota);**
- b) **a equipe é avaliada conforme seu desempenho nos 24 indicadores firmados no momento em que passa a participar do programa (corresponde a 20% da nota);**
- c) **a equipe é avaliada conforme seu desempenho na avaliação realizada por avaliadores externos (corresponde a 70% da nota).**

Objetivos do PMAQ-AB

São alguns dos objetivos específicos do programa:

- a) aumentar o impacto da atenção básica nas condições de saúde e na satisfação da população atendida pelo SUS por meio da melhoria no acesso e na qualidade dos serviços e ações oferecidos;
- b) fornecer padrões de boas práticas e organização que direcionem a melhoria da qualidade das ações e serviços de atenção básica desenvolvidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs);
- c) garantir maior conformidade entre as UBSs e os princípios da atenção básica, melhorando a efetividade do sistema de saúde e assegurando a satisfação de seus usuários;
- d) assegurar a qualidade e inovação na gestão da atenção básica, reforçando os processos de autoavaliação, monitoramento, avaliação, educação e apoio institucional nas três esferas do governo (União, Estados e Municípios);
- e) melhorar a qualidade dos Sistemas de Informação usados como ferramenta no processo de gestão da atenção básica;
- f) incorporar o processo de avaliação da atenção básica no SUS, permitindo uma gestão baseada na indução e acompanhamento de processos e resultados;
- g) estimular o foco da atenção básica na melhoria das condições de saúde da população e na satisfação dos usuários do SUS.

Pesquisas nacionais de avaliação do acesso e de satisfação dos usuários (Carta-SUS)

A Carta SUS nada mais é do que uma correspondência enviada pelo Ministério da Saúde aos usuários SUS, ou seja, trata-se de um instrumento de avaliação e fiscalização utilizado com o objetivo de identificar possíveis irregularidades na prestação de serviços da saúde.

Além dos dados do cidadão, a Carta SUS também possui:

- a) informações referentes ao procedimento realizado ou internação;
- b) o valor pago pelo Ministério da Saúde para realização do serviço;
- c) pesquisa de satisfação em relação ao atendimento prestado na unidade de saúde.

Para responder a pesquisa, o usuário deve preencher o cartão resposta destacável da carta e entrega-lo ao carteiro ou agência dos Correios. Caso seja de sua preferência,

o usuário também pode responder a pesquisa via telefone (Central de Teleatendimento do Ministério da Saúde - Disque Saúde 136) ou internet (www.saude.gov.br/cartasus).

Dessa maneira, é possível verificar a correspondência entre os dados fornecidos e os serviços prestados, permitindo não só conhecer e acompanhar os custos dos mesmos, mas também, fazer a avaliação do atendimento e dos serviços realizados nas unidades de saúde públicas ou conveniadas.

Dependendo do serviço desejado, os usuários podem receber:

- a) Carta AIH (Autorização de Internação Hospitalar): documento gerado no Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) e enviado aos usuários que precisam de internação. Nele, o gestor municipal autoriza a internação e garante o pagamento das despesas, conforme os valores determinados pelo Ministério da Saúde.
- b) Carta APAC (Autorização de Procedimento de Alta Complexidade): documento gerado no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e enviado aos usuários que buscam procedimentos de alta complexidade como hemodiálise, tomografia computadorizada, ressonância magnética, cateterismo entre outros (a lista dos procedimentos que exigem essa autorização pode ser conferida no Sistema de Gerenciamento da Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP).



HORA DE PRATICAR

1. O direito à participação nas políticas e práticas de saúde é um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), conquistado na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Federal 8.142/1990. Tal direito, chamado de Controle Social, é efetivado por intermédio de:

- a) Espaços Paritários e de Poder
- b) Gestão Estratégica e Participativa.
- c) Conselhos e Conferências de Saúde.
- d) Sociedade Civil Organizada e Participativa.
- e) Conselhos de Saúde e Comitês de Gestão Participativa

2. O princípio do SUS – Sistema Único de Saúde, que permite a articulação das ações e serviços no âmbito da prevenção e cura aplicados de forma individual e coletiva exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, é:

- a) Descentralização.
- b) Integralidade da assistência.
- c) Universalidade.
- d) Equidade.
- e) Beneficência.

3. Segundo a Lei nº 8.080/90, a execução dos serviços de Vigilância Epidemiológica é de competência:

- a) do Ministério da Saúde, com colaboração do Ministério do Meio Ambiente;
- b) da Fundação Nacional de Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde;
- c) da Direção Municipal e, em caráter complementar, da Direção Estadual do SUS;
- d) das Secretarias Municipais de Saúde e da iniciativa privada;
- e) de Fundações e Sociedades Beneficentes.

4. (Pref. Itupeva/SP-2016/Técnico de Enfermagem/BIORIO) De acordo com o Art. 6º da Lei 8080/90, estão incluídas no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), entre outras, EXCETO:

- a) a execução de ações de vigilância sanitária.
- b) a execução de ações de vigilância epidemiológica.
- c) execução de ações de assistência terapêutica integral, excluída a farmacêutica.
- d) a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico.
- e) a vigilância nutricional e a orientação alimentar.,

5. (Pref. Marilândia/ES-2016/Analista de Serviços Afins-Enfermagem/IDECAN) A quantificação de casos, a elaboração de estratégias de controle de uma doença e integração com laboratórios de saúde pública são papéis da:

- a) ANVISA.
- b) Vigilância sanitária.
- c) Vigilância epidemiológica.
- d) Vigilância em saúde animal.



GABARITO

1	B
2	B
3	C
4	C
5	C