

HISTÓRIA DO SUS

ANTES DO SUS (modelo Bismarckiano)

- CAPs / IAPs = centros e institutos de aposentadoria e pensão.
 - Pós-Vargas
 - Construção de hospitais para cada classe de trabalhador.
- INPS
 - Era Militar: todos os institutos unificados / centralização.
 - Dinheiro gasto em outras obras: ponte Rio-Niteroi, transamazônica, Itaipu.
 - Sucateamento dos hospitais existentes.
 - Dinheiro público misturado com privado.
 - Acabou dinheiro para a previdência, pessoas não conseguiam se aposentar.
- INAMPS
 - Mudou apenas o nome, a princípio.
 - Exames e procedimentos limitados a um número = corrupção e desvio de dinheiro com códigos falsos de procedimentos.

OS PROBLEMAS

- Acesso restrito.
- Ênfase na cura.
- Ministério da Saúde era apenas responsável por prevenção: saneamento e vacinação.
- Ministério da Previdência: manejava todos os hospitais e ações curativas.
- Medicina Ditatorial: sem autonomia dos pacientes.

AS REFORMAS / DISCUSSÕES

- **REFORMA SANITÁRIA**
 - Plano CONASP: concentrar nos municípios, controle regionalizado.
 - AIS: atenção integrada à saúde - município geriria os recursos enviados pela federação.
- **VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (1986)**
 - "Saúde é um direito de todos e um dever do Estado".
 - SUDS - "descentralizado" - 1987.
 - Constituição 1988: cria o Sistema Único de Saúde.
 - **Soluções propostas**
 - Universalização.
 - Integridade.
 - Equidade.
 - Descentralização.
 - Regionalização / hierarquização.
 - Participação social.

PRINCÍPIOS DO SUS**• ÉTICOS / DOCTRINÁRIOS**

- **Universalização** = acesso a TODOS os cidadãos.
- **Integralidade** = prevenção, cura e reabilitação.
- **Equidade** = tratamento desigual para os desiguais (prioridade aos que precisam mais).

• ORGANIZACIONAIS / OPERATIVOS

- **Descentralização** = divisão de poderes.
- **Regionalização** = municipalização.
- **Hierarquização** = posto / hospital / diálise (níveis de atenção).
- **Participação social** = Conselhos e Conferências de Saúde.
- **Resolubilidade** = capacidade de resolver os problemas em cada nível, de forma integral.
- **Complementariedade** = contratar o privado se necessário, com ênfase nas instituições filantrópicas ou privadas sem fins lucrativos (ou pagar apenas o procedimento, sem subsidiar lucros).

A EVOLUÇÃO DO SUS (modelo Beveridgiano)**• LEI 8.080 (Funcionamento do SUS - LOAS)****•**

- Descreve o papel de cada gestor do SUS em cada esfera estratégica.
- "Cabe à direção:"
 - Nacional: DEFINIR políticas.
 - Estadual: COORDENADOR políticas.
 - Municipal: EXECUTAR políticas.
- Nacional pode executar? Sim! Vigilância de portos, aeroportos, fronteiras ou em situações especiais / inusitadas (p.e. ANVISA).
- Setor privado: pode atuar de forma livre e complementar.
- Dois artigos vetados por Collor: participação popular e alocação de recursos.

• LEI 8.142 (Gastos e Participação Popular)

- Transferência regular e automática de recursos.
- Conselhos e Conferências.
 - 50% usuários.
 - 50% profissionais da saúde / prestadores de serviço / representantes do Governo.

• CONSELHOS E CONFERÊNCIAS

- **Conselhos**
 - Reunião mensal.
 - Controlam gastos e a execução da saúde.
- **Conferências**
 - Poder permanente e deliberativo (sem interferência do legislativo).
 - Reunião de 4 em 4 anos.
 - Convocadas pelo Executivo ou pelos Conselhos.
 - Avaliam e criam Diretrizes da Política de Saúde.

- **NOB 91**
 - Centraliza a gestão no nível federal (???)
 - Municípios de comportam como prestadores de serviço (???)
 - Recebimento conforme a produção (???)
 - LEI SEM NOÇÃO.
 - Feita para ganhar tempo na transição.
- **NOB 92**
 - Sem importância.
- **IMPEACHMENT DO COLLOR**
 - Cortes de até 90% nos repasses.
 - Reemergência de doenças.
 - Caos na saúde nacional.
- **NOB 93**
 - Municipalização = municípios viram gestores para contornar o caos.
 - Optaram entre gestão incipiente, parcial e semiplena.
 - Transferência regular e automática
 - Cálculo baseado no número de habitantes.
 - Comissões Intergestores
 - Bipartite: estados e municípios (COSEMS).
 - Tripartite: Ministério da Saúde, estados (CONASS) e municípios (CONASEMS).
 - Ministério da Saúde + NAs.
- **NOB 96**
 - **Poder Pleno do Município**
 - Gestão Plena da Atenção Básica
 - Atenção Básica.
 - Gestão Plena do Sistema Municipal
 - Atenção Básica, Média e Alta Complexidade.
 - **Piso da Atenção Básica (PAB)**
 - Fixo / Variável.
 - Saúde da escola, do adolescente, bucal, família, NASF, PMAQ, academias de saúde, consultórios de rua, atenção domiciliar, equipe multidisciplinar de apoio.
- **NOAS 2001 / 2002**
 - Equidade nos recursos e no acesso à saúde.
 - Regionalização organizada
 - Acesso à saúde o mais próximo da residência.
 - Região de saúde: aglomerado de municípios que tem uma identidade territorial, geográfica, cultural, muito próxima => unidade funcional da saúde.
 - Município referência recebe dinheiro para prover média complexidade a toda a região.
 - Ampliação da Atenção Ambulatorial
 - PAB ampliado
 - Observação na urgência.
 - Atendimento domiciliar (médico / enfermeiro).
 - Cirurgias ambulatoriais.

- ECG, teste imunológico de gravidez.
- **PACTO DE SAÚDE 2006**
 - **Pacto em Defesa**
 - Social / \$\$\$.
 - **Pacto em Gestão**
 - Esferas / reafirmar papel dos gestores.
 - **Pacto pela Vida**
 - Saúde do idoso.
 - Câncer de mama e colo uterino.
 - Mortalidade infantil e materna.
 - Doenças emergentes e endemias (dengue, lepra, tuberculose, malária e influenza).
 - Promoção à saúde (qualidade de vida).
 - Atenção básica (PSF / ESF).
- **PRIORIDADES PELA VIDA (importante)**
 - Pacto pela Vida de 2009.
 - Saúde Mental (CAPS).
 - Saúde do Homem.
 - Saúde do Trabalhador.
 - Pessoas com deficiência.
 - Pessoas em risco de violência.
 - Hepatite e AIDS.
 - Saúde Oral (bucal).
- **PRINCÍPIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA (Bárbara Starfield)**
 - **PRINCIPAIS**
 - **Primeiro contato** = porta de entrada (acessibilidade).
 - **Longitudinalidade** = acompanhamento / vínculo.
 - **Integralidade** = integral / completo.
 - **Coordenação** = integração do cuidado.
 - **SECUNDÁRIOS**
 - **Enfoque familiar** = na família / genograma / três gerações e suas relações.
 - **Orientação comunitária** = contato com a comunidade / conduta compartilhada.
 - **Competência cultural** = facilitar a relação.
- **ATENÇÃO PRIMÁRIA**
 - Portarias 648/2006 e 2488/2011.
 - Áreas estratégicas.
 - As oito características:
 - Princípios Principais.
 - Reabilitação também faz parte do básico.
 - Integral 40 horas semanais (médico pode 20h).
 - Equipe multidisciplinar: um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e 4-6 agentes comunitários de saúde.
 - Acolhimento / autonomia do paciente.
 - Reorientação / substitutivo => centrado na pessoa.
 - Elevada complexidade (atender de tudo) / baixa densidade (pouca estrutura).

- Adscrição de clientela / territorialização (ideal 3000 / máximo 4000 pessoas)
- Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)
 - Não é porta de entrada.
 - NASF 1: 5-9 ESF, com no mínimo 5 profissionais.
 - NASF 2: 3-4 ESF, com no mínimo 3 profissionais.
 - NASF 3: 1-2 ESF, com no mínimo 2 profissionais.

FINANCIAMENTO DO SUS

- Seguridade social financia a Saúde e a Previdência Social.
 - Impostos sociais: COFINS, CSLL, CPMF.
 - Principal fonte: desconto em folha do INSS.
 - Não vai dinheiro para saúde, apenas previdência.
- "O financiamento do SUS é uma responsabilidade comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.
- EC 29 (2000) => LEI 141 (2012) => EC 86 (2015)
 - União: 15% da receita vai para a Saúde.
 - Estados: 12%.
 - Municípios: 15%.
- Seis blocos de recursos
 - Atenção básica: PAB fixo e variável.
 - MAC: média e alta complexidade - SAMU, UPA, transplante, diálise, pesquisas.
 - Vigilância da saúde: epidemiológica / ambiental / sanitária.
 - Ações farmacêuticas: medicamentos fornecidos pelo governo.
 - Gestão
 - Investimentos em saúde