

ABC DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Documento elaborado por técnicos da União, dos Estados e dos Municípios, em discussão no Ministério da Saúde (versão de 18 de outubro de 1990)

VOLUME I

I - O QUE HÁ DE NOVO NA SAÚDE?

Entre as diretrizes políticas consolidadas pela Nova Constituição no cenário nacional estão os fundamentos de uma radical transformação do sistema de saúde brasileiro.

O que levou os constituintes a proporem essa transformação foi o consenso, na sociedade, quanto à total inadequação do sistema de saúde caracterizado pelos seguintes aspectos, entre outros:

- um quadro de doenças de todos os tipos, condicionado pelo tipo de desenvolvimento social e econômico do País e que o Sistema de Saúde não conseguia enfrentar com decisão;
 - completa irracionalidade e desintegração do Sistema de Saúde, com sobreoferta de serviços em alguns lugares e ausências em outros;
 - excessiva centralização implicando, por vezes, em impropriedade das decisões, pela distância dos locais onde decorrem os problemas;
 - recursos financeiros insuficientes em relação às necessidades de atendimento e em comparação com outros países;
 - desperdício dos recursos alocados para a saúde, estimado nacionalmente em pelo menos 30%;
 - baixa cobertura existencial da população, com segmentos populacionais excluídos do atendimento, especialmente os mais pobres e nas regiões mais carentes;
 - falta de definição clara das competências entre os órgãos e as instâncias político-administrativas do sistema, acarretando fragmentação do processo decisório e descompromisso com as ações de sua responsabilidade;
- desempenho descoordenado dos órgãos públicos e privados;
 - insatisfação dos profissionais da área da saúde, que vêm sofrendo as conseqüências da ausência de uma política de recursos humanos justa e coerente;
 - baixa qualidade dos serviços oferecidos em termos de equipamentos e serviços profissionais;
 - ausência de critérios e de transparências dos gastos públicos, bem como de participação da população na formulação e gestão políticas de saúde;
 - falta de mecanismos de acompanhamentos, controle e avaliação dos serviços;
 - imensa insatisfação e preocupação da população com o atendimento à saúde.

A partir desse diagnóstico e de experiências isoladas ou parciais acumuladas ao longo dos últimos 10 anos, e especialmente baseando-se nas propostas da 8ª Conferência Nacional da Saúde realizada em 1986, a Constituição de 1988 estabeleceu, pela primeira vez, de forma relevante, uma seção sobre a saúde que trata de três aspectos principais:

Em primeiro lugar, incorpora o conceito mais abrangente de que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes o meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação, etc.); o meio sócio-econômico e cultural (ocupação, renda, educação, etc.); os fatores biológicos (idade, sexo, herança genética, etc.), e a oportunidade de acesso aos serviços que visem a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Isso implica que, para se ter saúde, são necessárias ações em vários setores, o que só uma política governamental integrada pode assegurar.

Em segundo lugar, a Constituição também legitima o direito de todos, sem qualquer discriminação, às ações de saúde em todos os níveis, assim com explicita que o dever de prover o pleno gozo desse direito é responsabilidade do Estado, isto é, do Poder Público.

Isso significa que, a partir da Nova Constituição, a única condição para se ter direito de acesso aos serviços e ações de saúde é precisar deles.

Por último, a Constituição estabelece o Sistema Único de Saúde – SUS, de caráter público, formado por uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, e sob controle dos seus usuários. Os serviços particulares conveniados e

contratados passam a ser complementares e sob diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Ainda que esse conjunto de idéias, direitos, deveres e estratégias não possam ser implantados automaticamente e de imediato, o que deve ser compreendido é que a implantação do SUS tem por objetivo melhorar a qualidade da atenção à saúde no País, rompendo com um passado de descompromisso social e irracionalidade técnico-administrativa, e é a imagem ideal que norteará o trabalho do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Para isso, é necessário que se entenda a lógica do SUS, como ele deve ser planejado e funcionar para cumprir esse novo compromisso, que é assegurar a todos, indiscriminadamente, serviços e ações de saúde de forma equânime, adequada e progressiva.

II – O QUE É SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

É uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde estabelecidas pela Constituição de 1988. O SUS não é sucessor do INAMPS e nem tampouco do SUDS é o novo Sistema de Saúde que está em construção.

Por que Sistema Único?

Porque ele segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal. Assim, o SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um Sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum. Esses elementos integrantes do sistema referem-se, ao mesmo tempo, às atividades de promoção e recuperação da saúde.

Qual a doutrina do SUS?

Baseado nos preceitos constitucionais, a construção do SUS se norteia pelos seguintes princípios doutrinário:

Universalidade – É a garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter acesso a todos os serviços públicos de direito de cidadania e dever dos governos municipal, estadual e federal.

Equidade – É assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira saúde, assim como àqueles contratados pelo

poder público. Saúde é, para o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreira. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades, até o limite do que o Sistema pode oferecer a todos.

Integralidade – É o reconhecimento, na prática, de que:

- cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade;
- as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível, configurando um sistema capaz de prestar assistência integral;
- O homem é um ser integral, biopsicossocial, e será atendido, com esta visão holística, por um Sistema de Saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde.

Quais são os princípios que regem a organização do SUS?

Regionalização e Hierarquização – Os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isto 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 um grau ótimo de resolubilidade (solução de seus problemas).

O acesso da população à rede deve se dar através 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.

A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

Resolubilidade – É a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência.

Descentralização – É entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de

governo, a partir da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Assim, o que é abrangência de um município deve ser de responsabilidade do governo municipal; o que abrange um estado ou uma região estadual deve estar sob responsabilidade do governo estadual; e o que for de abrangência nacional será de responsabilidade federal.

Deverá haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo, com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde – é o que se chama municipalização da saúde – é o que se chama municipalização da saúde.

Aos municípios cabe, portanto, a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde diretamente voltadas para os seus cidadãos.

Participação dos Cidadãos – É a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, poderá participar do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local.

Essa participação deve se dar nos Conselhos de Saúde, com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço, com poder deliberativo. Outra forma de participação são as Conferências de Saúde periódica para definir prioridades e linhas de ação sobre a saúde.

Deve ser também considerado como elemento do processo participativo o dever das instituições oferecerem as informações e conhecimentos necessários para que a população se posicione sobre as questões que dizem respeito à sua saúde.

Complementariedade do Setor Privado – A constituição definiu que quando, por insuficiência do setor público, for necessária a contratação de serviços privados, isso deve se dar sob três condições:

1ª – a celebração de contrato conforme as normas de direito público, ou seja, o interesse público prevalecendo sobre o particular;

2ª - a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS. Prevaecem, assim, os princípios da universalidade, equidade, etc., como se o serviço privado fosse público, uma vez que, quando contratado, atua em nome deste,

3ª - a integração dos serviços privados deverá se dar na mesma lógica organizada do SUS, em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços. Dessa forma, em cada região

deverá estar claramente estabelecido, considerando-se os serviços públicos e privados contratados, quem vai fazer o que, em que nível e em que lugar.

Dentre os serviços privados, devem Ter preferência os serviços não lucrativos, conforme determina a Constituição.

Assim, cada gestor deverá planejar primeiro o setor público e, na seqüência, complementar a rede assistencial com o setor privado, com os mesmos conceitos de regionalização, hierarquização e universalização.

Torna-se fundamental o estabelecimento de normas e procedimentos a serem cumpridos pelos conveniados e contratados, os quais devem constar, em anexo, dos convênios e contratos.

III - PAPEL DOS GESTORES DO SUS

O que significa os gestores?

Gestores são entidades encarregadas de fazer com que o SUS seja implantado e funcione adequadamente dentro das diretrizes doutrinárias e da lógica organizacional, e seja operacionalizado dentro dos princípios anteriormente esclarecidos.

Haverá gestores nas 3 esferas do governo, isto é, nos níveis municipal, estadual e federal.

Quem são os Gestores?

Nos municípios, os gestores são as secretarias municipais de Saúde ou as prefeituras, sendo responsáveis pelas mesmas, os respectivos secretários municipais ou equivalentes e os prefeitos.

Nos estados, os gestores são os secretários estaduais de Saúde e, no nível federal o Ministério da Saúde. A responsabilidade sobre as ações e serviços de saúde em cada esfera do governo, portanto, é do titular da secretaria respectiva e do Ministério da Saúde, no nível Federal.

Quais são as principais responsabilidades dos Gestores?

No nível municipal, cabe aos gestores programar, executar e avaliar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Isto significa que o município deve se o primeiro e o maior responsável pelo planejamento, execução e controle das ações de saúde na sua própria área de abrangência.

Como os servidores devem ser oferecidos em quantidade e qualidade adequada às necessidades de saúde da população, ninguém melhor que os gestores municipais para avaliar e programar as ações de saúde em função da problemática da população do seu município.

O secretário estadual de Saúde, como gestor estadual, é o responsável pela coordenação das ações de saúde do seu estado. Seu plano diretor será a consolidação das necessidades propostas de cada município, através de planos municipais ajustados entre si. O Estado deverá corrigir distorções existentes e induzir os municípios ao desenvolvimento das ações. Assim, cabe também aos estados planejar e controlar o SUS em seu nível de responsabilidade e executar apenas as ações de saúde que os municípios não forem capazes de executar.

A nível Federal, o gestor é o Ministério da Saúde e sua missão é liderar o conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, identificação riscos e necessidades nas diferentes regiões para a melhoria da qualidade de vida do povo brasileiro, contribuindo para o desenvolvimento. Ou seja, ele é responsável pela formulação, coordenação e controle da política nacional de saúde. Tem importantes funções no planejamento, financiamento, cooperação técnica e controle macroestratégico do SUS.

Em cada esfera de governo, o gestor deverá se articular com os demais setores da sociedade que têm interferência direta ou indireta na área da saúde, fomentando sua integração e participação no processo, pois ainda que a saúde seja um direito de todos e um dever do governo, isto não dispensa cada indivíduo da responsabilidade por seu autocuidado, nem as empresas, escolas, sindicatos, imprensa e associações de sua participação no processo.

Nas três esferas deverão participar, também, representantes da população, que garantirão, através de entidades representativas, envolvimento responsável no processo de formulação das políticas de saúde e no controle da sua execução.

Quem é o responsável pelo atendimento ao doente e pela saúde da população?

O principal responsável deve ser o município, através das suas instituições próprias ou de instituições privadas contratadas. Sempre que a complexidade do problema extrapolar a capacidade do município resolvê-lo, o próprio município deve enviar o paciente para outro mais próximo, capaz de fornecer a assistência adequada, ou encaminhar o problema para suportes regionais estaduais nas áreas de alimentação, saneamento básico, vigilância epidemiológica e vigilância sanitária.

Deverá haver, sempre que possível, uma integração entre os municípios de uma determinada região para que sejam, resolvidos os problemas de saúde da população. Conforme o grau de complexidade do problema, entram em ação os estados e/ou a própria União.

Quem deve controlar se o SUS está funcionando bem?

Quem deve controlar é a população, o poder legislativo e cada gestor na sua esfera do governo. A população deve ter conhecimento de seus direitos e reivindicá-los ao gestor local do SUS, sempre que os mesmos não forem respeitados. O sistema deve criar mecanismos através dos quais a população possa fazer essa reivindicação. Os gestores devem, também, dispor de mecanismos formais de avaliação e controle, e democratizar as informações deste processo.

De onde vem o dinheiro para pagar tudo isto?

Os investimentos e o custeio do SUS são feitos com recursos das três esferas de governo: federal, estadual e municipal.

Os recursos federais para o SUS provêm do orçamento da Seguridade Social (que também financia a Previdência Social e a Assistência Social), acrescidos de outros recursos da União constantes da Lei de Diretrizes Orçamentárias, aprovada anualmente pelo Congresso Nacional.

Esses recursos, geridos pelo Ministério da Saúde, são divididos em duas partes: uma é retida para o investimento e custeio das ações federais; e a outra é repassada às secretarias de Saúde estaduais e municipais, de acordo com critérios previamente definidos em função da população, necessidades de saúde e rede assistencial

Em cada Estado, os recursos repassados pelo Ministério da Saúde são somados aos alocados pelo próprio governo estadual, de suas receitas, e geridos pela respectiva secretaria de Saúde, através de um Fundo Estadual de Saúde. Desse montante uma parte fica retida para as ações e os serviços estaduais, enquanto outra parte é repassada ao município, de acordo, também, com critérios específicos.

Finalmente, cabe aos próprios municípios destinar parte adequada de seu próprio orçamento para as ações e serviços de saúde de sua população.

Assim, cada município irá gerir os recursos federais repassados a ele, os estaduais repassados a ele e os seus próprios recursos alocados pelo governo municipal para o investimento e custeio das ações e serviços de saúde de âmbito

municipal. Também das referências, os municípios administrarão os recursos para saúde através de Fundos Municipais de Saúde.

É importante a idéia dos fundos para assegurar que os recursos da saúde sejam geridos pelo setor saúde, e não pelas Secretarias de Fazenda, em caixa único, estadual ou municipal, sobre o qual a Saúde não tem poder.

Hoje, a maior parte dos recursos aplicados em Saúde tem origem na Previdência Social. Esta tendência deverá alterar-se até que se chegue a um equilíbrio das três esferas de governo em relação ao financiamento da saúde. Para tanto, os estados e municípios deverão aumentar os seus gastos com saúde atingindo em torno de 10% de seus respectivos orçamentos, e a União deverá elevar a participação do seu orçamento próprio, de acordo com as necessidades do financiamento, a serem indicadas pelo processo do planejamento-orçamentação ascendente.

IV – QUAIS AS AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS?

Historicamente, atenção à saúde no Brasil vem sendo desenvolvida através da prestação de serviços médicos individuais, com enfoque curativo, a partir da procura espontânea pelos serviços.

O conceito abrangente de saúde, definido na nova Constituição, deverá nortear a mudança progressiva de ações de promoção, proteção da saúde e prevenção das doenças, além das ações de sua recuperação.

O setor deve desenvolver ações que visem a redução dos fatores de risco através de:

- métodos que não dependem exclusivamente da participação do indivíduo, desenvolvendo ações a nível da comunidade, e participando de políticas intersetoriais que possam interferir direta ou indiretamente na saúde da população. Exemplos: suplementação alimentar, educação em saúde, saneamento básico em comunidades, etc.
- ações de prevenção individual, proporcionando condições para o indivíduo evitar e/ou minimizar os fatores de risco à sua saúde. Exemplos: imunização, escovação de dentes, preservativos contra AIDS, etc.

A partir do levantamento do perfil epidemiológico da população, conhecendo as doenças que mais ocorrem e afetam a saúde da população e quais as suas causas, deverão ser planejadas as seguintes ações: vigilância sanitária, controle de vetores e saneamento básico, as quais serão exercidas diretamente no meio ambiente e na

comunidade. Essas ações podem ser desenvolvidas pelo governo, empresas, associações comunitárias e indivíduos, visando a redução de fatores de risco que provocam determinadas doenças. Essas ações se dariam, basicamente, através da educação em saúde, vigilância sanitária legislação específica.

Vigilância Epidemiológica

A vigilância epidemiológica tem como objetivo obter informações necessárias para conhecer, perceber e prevenir qualquer alteração nas causas internas e externas que provocam o aparecimento das doenças. Exemplos: insalubridade do meio ambiente, doenças de notificação obrigatório, morbimortalidade na população ambulatorial e hospitalar, etc. Essas informações são obtidas através de coleta e análise de dados nos diversos níveis de complexidade dos serviços de Saúde. A interpretação dos dados obtidos subsidiam a formulação de estratégias de controle e de planejamento para a área, e essa ação acontece nos níveis municipal, estadual e federal.

Vigilância Sanitária

A Vigilância Sanitária abrange atividades que visam garantir a qualidade de produtos que são consumidos, a qualidade do meio ambiente e dos serviços utilizados pela população, para prevenção e controle dos fatores adversos à saúde.

Estão sujeitos a essa vigilância restaurantes, hotéis, unidades prestadoras de serviços de Saúde, locais e condições de trabalho, linhas de fabricação de produtos, alimentos, medicamentos e situação do meio ambiente.

Educação em Saúde

Sob o enfoque do desenvolvimento de ações junto ao fatores de risco de adoecer, a educação para a saúde da população tem papel relevante e prioritário no sentido da criação e fortalecimento de mecanismos individuais de prevenção dos agravos e proteção da saúde. Deve-se estimular a população a optar por hábitos de vida mais saudáveis (alimentação, exercício físico, higiene), evitando fatores de riscos à saúde, como álcool, drogas etc.

Legislação específica

A legislação específica, voltada para a promoção e proteção da saúde, embora envolva setores aparentemente não relacionados com a área, deve ser utilizada como um meio de regulamentar fatores que influenciam a saúde da população, tais como trânsito, funcionamento de fábricas e empresas, comercialização de produtos e combate à criminalidade e violência

Os atuais códigos sanitários dos estados devem ser atualizados em função da Lei Orgânica da Saúde, da descentralização e de novas tecnologias.

Atendimento nos estabelecimentos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares

As ações de prevenção, detecção precoce, tratamento e reabilitação devem ser desenvolvidas pelos serviços de saúde, que devem ser organizados de forma a oferecer resolutividade (soluções) em todos os níveis de complexidade. As ações de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Controle de Vetores são exercidas tipicamente na comunidade e no meio ambiente, através de vários procedimentos técnicos adequados, e são exercidas (ou desencadeada) também, no atendimento de rotina em todas as unidades ambulatoriais e hospitalares. De todo modo, nestas unidades, as ações típicas são consultas médicas e odontológicas, a imunização, o atendimento de enfermagem, exames diagnósticos e o tratamento, inclusive em regime de internação, e em todos os níveis de complexidade.

A realização de todas essas ações para a população deve corresponder às suas necessidades básicas, e estas transparecem tanto pela procura aos serviços (demanda) como pelos estudos epidemiológicos e sociais de cada região (planejamento da população de serviços).

Programas de Saúde

Existem grupos populacionais que estão mais expostos a riscos na sua saúde. Isto é evidenciado pelos registros disponíveis de morbimortalidade, como, por exemplo menores de 1 ano, gestantes, idosos, trabalhadores urbanos e rurais sob certas condições de trabalho, etc. A intensidade e peculiaridade dessa exposição variam bastante com os níveis sociais e características epidemiológicas de cada região e, muitas vezes, da microregião. A exposição a riscos pode também ser vista e entendida em função de cada doença, como no caso da tuberculose, câncer, hanseníase, doenças cardiovasculares, AIDS e outras. Portanto, no planejamento da produção das ações de educação em saúde e de vigilâncias epidemiológica, vigilância sanitária, controle de vetores e atendimento ambulatorial e hospitalar, devem ser

normalizados alguns procedimentos a serem dirigidos especialmente a situações de risco, com a finalidade de intensificar a promoção, proteção e recuperação da saúde. Daí vem o conceito e prática dos programas de saúde, que são parte da produção geral das ações de saúde pelas instituições, unidades e profissionais da área. Como tal, os programas de Saúde são eficientes para a população-alvo somente quando normas nacionais e estaduais respeitam as condições sociais, epidemiológicas, institucionais e culturais existentes ao nível regional ou microregional, passando por adaptações e até recriações nestes níveis.

VOLUME II

I – ALGUNS ASPECTOS IMPORTANTES NA ORGANIZAÇÃO DO SUS A NÍVEL LOCAL/REGIONAL

1. Se o perfil epidemiológico é quem orienta as ações do plano, é a rede de serviços de saúde quem executa tais ações. Portanto, a organização do sistema de saúde é fundamental para execução do Plano e, conseqüentemente, deve ser priorizada no planejamento.
2. O SUS é um processo em construção e os conceitos, os tipos de unidades e os parâmetros selecionados e apresentados neste documento para elaboração do planejamento e conseqüente organização dos serviços devem ser construídos ou readequados em função de cada realidade específica. Assim, são pontos de partida e de referência para o dimensionamento, adequação e organização da rede de serviços, à luz do perfil epidemiológico, recursos disponíveis, carências e especificidade de cada realidade local-regional.
3. Cada município, ou conjunto de municípios, levantará os seus problemas de saúde e buscará com responsabilidade as soluções, evitando a má distribuição dos equipamentos, de recursos humanos e das unidades de saúde. É preciso ultrapassar a ociosidade e o obsoleto de capacidade instalada da rede pública de serviços.
4. Importante lembrar que o modelo de saúde pretendido deverá ser construído a partir das diretrizes e princípios fundamentais do SUS, formalizados na Constituição da República. Constituições Estaduais e Leis Orgânicas das três esferas de poder.
5. Os municípios deverão encontrar fórmulas próprias para organizar a rede de serviços e desenvolver o modelo de saúde de acordo com as peculiaridades locais/regionais.
6. Dentre os modelos que vêm sendo desenvolvidos, destaca-se a proposta do Distrito da Saúde.

Distrito de Saúde – pode ser a unidade mínima operacional e administrativa do Sistema Único de Saúde, implicando numa delimitação geográfico-populacional

concreta, norteada pelos princípios básicos do SUS. Deve ser resultante das experiências e iniciativas dos municípios. É um resultado a que deverá se chegar em algum momento do processo de descentralização e municipalização, em cada realidade estadual ou regional. A esfera estadual do SUS deverá se limitar ao apoio técnico e articulação com os municípios, tendo em vista as diretrizes e princípios do SUS e a configuração do SUS na unidade federada. Por isso, o sistema loco-regional ou Distrito de Saúde – ou outro nome que venha Ter – não deve ser precipitado “de cima para baixo”, nem tampouco pretender vir a ser o “quarto poder”, acima do poder municipal.

O distrito de Saúde deverá abarcar um conjunto de recursos de saúde, públicos e privados, que se articularão através de mecanismos político-administrativos sob comando único a nível governamental, contando com a participação da população organizada em sua gestão. Assim configurado, o Distrito de Saúde deverá estar capacitado a desenvolver ações integrais de Saúde, capazes de resolver a maior quantidade possível de problemas de Saúde com um enfoque epidemiológico-social.

A construção do Distrito de Saúde envolve processos de natureza política, normativa, gerencial, organizativa e operacional e podem resultar em 3 modelos básicos:

- Distrito de Saúde correspondente à base territorial, populacional, administrativa e sanitária igual ao município, abrangendo o conjunto de serviços públicos e privados sob a direção da secretaria municipal de Saúde;
- Distrito de Saúde correspondente a uma parte de um municípios; geralmente de média e alta densidade populacional, que permite a divisão dos serviços de Saúde no âmbito municipal;
- Distrito de Saúde correspondente ao conjunto de vários municípios pequenos, que tenham fácil comunicação entre si, permitindo integração de serviços, garantindo o acesso à população. Dessa forma, municípios pertencentes a uma mesma região poderão formar um consórcio ou outra forma de associativismo municipal, visando a integração da assistência à saúde nos níveis secundários e terciários. Cada município deverá continuar se responsabilizando pelo atendimento primário.

II – ALGUNS ASPECTOS FUNCIONAIS IMPORTANTES

1- “PORTA DE ENTRADA” DO SISTEMA

O primeiro nível de assistência caracteriza-se pelo fato de permitir o acesso direto da população às unidades de saúde, constituindo-se em PORTA DE ENTRADA

regular do sistema. Compreendo o atendimento elementar e a atenção primária, deve atender de forma imediata e sem burocracia, todas as pessoas que buscam a unidade, com maior resolubilidade possível. Os serviços que atendem as urgências e emergências compõem também a “porta de entrada”, inclusive porque devem orientar seus egressos para acompanhamento nos demais níveis do sistema.

Os tipos de estabelecimentos que compõem a “porta de entrada” do sistema são os postos de saúde, centros de saúde e unidades de emergência.

Cabe os profissionais destas unidades identificar os usuários pertencentes a grupos de risco por faixa etária ou morbidade, e agendá-los para atendimento no programas, de acordo com prioridades estabelecidas, local e regionalmente, bem como para o desencadeamento de ações de vigilância epidemiológica e sanitária.

2- FLUXO DOS USUÁRIOS NO SISTEMA

A esquematização do “caminho” dos usuários no sistema foi feito com o objetivo de facilitar a forma de acesso dos usuários aos serviços, com atendimento imediato, sem burocracia e com acesso a todos os níveis.

O “caminho” dos usuários no sistema, que chamaremos de fluxo, se dá de duas formas:

- fluxo interno às unidades de serviços e
- fluxo externo entre as unidades de serviço (referência e contra-referência).

FLUXO INTERNO

Conforme já mencionado no item anterior, a “porta de entrada” do Sistema é constituída pelas unidades de assistências primária, que atenderão a todas as pessoas, sendo que os usuários que pertencem à área programática da unidade devem ser registrados e possuir um prontuário, através do qual se possa fazer o acompanhamento de sua história clínica.

Os problemas que não podem ser resolvidos pela unidade – consultas especializadas e internações – deverão ser encaminhados para outras unidades de maior complexidade, para os ambulatórios de especialidades ou para os hospitais.

FLUXO EXTERNO

O fluxo externo, que constitui o sistema de referência e contra-referência de casos, visa a assistência integral às necessidades de saúde da população.

Entende-se por referência o ato de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde a outro de maior complexidade. A referência deverá sempre ser feita após a constatação de insuficiência de capacidade resolutive e segundo normas e mecanismos preestabelecidos. O encaminhamento deverá ser acompanhado com todas as informações necessárias ao atendimento do paciente (formulário com resumo da história clínica, resultado de exames realizados, suposição diagnóstica, etc.) e a garanti, através de agendamento prévio, do atendimento na unidade para o qual foi encaminhado.

Por contra-referência entende-se o ato de encaminhamento de um paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência. A contra-referência do paciente deverá sempre ser acompanhada das informações necessárias ao seguimento ou acompanhamento do paciente no estabelecimento de origem onde, juntamente com seus familiares, será atendido nas suas necessidades básicas de saúde.

Para que o sistema de referência e contra-referência funcione é fundamental um boa articulação entre as unidades do sistema local e regional, a partir do estabelecimento do comando e coordenação únicos em cada nível, com definição clara das atribuições de cada unidade dentro do sistema, de acordo com os princípios de regionalização e hierarquização. Em áreas complexas, a existência de centrais de marcação de consultas especializadas e de internações hospitalares facilita este sistema.