

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

ABC DO SUS

DOUTRINAS E PRINCÍPIOS

Brasília/DF
1990

APRESENTAÇÃO

O Ministério da Saúde entrega a primeira cartilha do Sistema Único de Saúde - SUS, compreendendo suas doutrinas e seus princípios, inspirados na Constituição e na Lei Orgânica da Saúde.

Estão aqui consagradas certamente as aspirações de milhões de brasileiros que desejam um SUS que resgate a dignidade do setor saúde em todos os níveis, com descentralização, hierarquização, universalização e certamente com eficiência e resolutividade.

Para elaborar este documento a Secretaria Nacional de Assistência à Saúde -SNAS recorreu à participação de instituições e profissionais de saúde que se empenharam em definir, numa linguagem simples e direta, o que devemos fazer para tornar o SUS modelo aplicado de saúde, confiável e com credibilidade.

Foram valiosas as sugestões recolhidas do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde - CONASS e do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, bem como das equipes mobilizadas pela própria Secretaria para que houvesse um consenso do mais amplo possível e a deliberação de que precisamos avançar para darmos consistência às ações de saúde.

A primeira cartilha consagra “Doutrinas e Princípios” e a segunda, “Planejamento Local”, a terceira, “Nomenclaturas, Parâmetros e Instrumentos de Planejamento”, a Quarta, “Comunicação Visual do SUS”. Desta forma, o Ministério da Saúde coloca à disposição de todos os integrantes do SUS o conjunto inicial das ações, atitudes e atividades que necessariamente serão implantadas.

Esta missão requer de todos nós um esforço redobrado, principalmente dos que estão nas atividades de ponta. A saúde desceu no Brasil a níveis de desconforto e desesperança. Cada mudança que operarmos no âmbito do SUS será um gesto de compreensão e grandeza para retirá-la da inação e da ineficiência.

Aos estados e municípios, aos profissionais de saúde, às instituições privadas, filantrópicas e de ensino, todos somos parceiros do SUS para promovermos a modernidade do Sistema com mais ações do que com palavras.

Brasília, Dezembro de 1990.

ALCENI GUERRA
Ministro de Estado da Saúde

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 condicionados pelo tipo de desenvolvimento social e econômico do país e que o velho sistema de saúde não conseguia enfrentar com decisão;
- completa irracionalidade e desintegração das unidades de saúde, com sobre-oferta de serviços em alguns lugares e ausência em outros;
- excessiva centralização implicando por vezes em impropriedade das decisões pela distância de Brasília dos locais onde ocorrem 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%, produzido por incompetência gerencial;
- baixa cobertura assistencial da população, com segmentos populacionais excluídos do atendimento, especialmente os mais pobres e nas regiões mais carentes;
- falta de definição clara das competências dos vários órgãos e instâncias político-administrativas do sistema, acarretando fragmentação do processo decisório e descompromisso com as ações e falta de responsabilidade com os resultados;
- desempenho desordenado dos órgãos públicos e privados conveniados e contratados, acarretando conflito entre os setores público e privado, superposição de ações, desperdícios de recursos e mau atendimento à população;
- insatisfação dos profissionais da área da saúde que vêm sofrendo as conseqüências da ausência de uma política de recursos humanos justa e coerente;
- insatisfação da população com os profissionais da saúde pela aparente irresponsabilidade para com os doentes, greves freqüentes, freqüentes erros médicos e corporativismo se sobrepondo à saúde do povo;
- baixa qualidade dos serviços oferecidos em termos de equipamentos e serviços profissionais;
- ausência de critérios e de transparência dos gastos públicos, bem como de participação da população na formulação e gestão das políticas de saúde;
- falta de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação dos serviços;
- imensa preocupação e insatisfação da população com o atendimento à sua saúde.

À 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 de 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 cultura** (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, além do Ministério da Saúde e das secretarias de saúde. Isto 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 como, explicita que **o dever de prover o pleno gozo desse direito é responsabilidade do Governo**, isto é, do poder público.

Isto 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 de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, e sob controle dos seus usuários.**

Os serviços particulares quando 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 a velha irracionalidade técnico-administrativa, e é a imagem ideal que norteará o trabalho do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais.

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 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS?

É uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde estabelecida pela Constituição de 1988. O SUS não é o sucessor do INAMPS e nem tampouco do SUDS. O SUS 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 o 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, proteção e recuperação** da saúde.

QUAL É A DOCTRINA DO SUS?

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

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 direito de acesso a **todos** os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: municipal, estadual e federal.

EQÜIDADE – É assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requiera, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos.

INTEGRALIDADE - É o reconhecimento na prática dos serviços de que:

- cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade;
- as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas;
- as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral.

Enfim:

“O homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral 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 ótimo grau 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.

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

PARTICIPAÇÃO DOS CIDADÃOS - É a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local.

Essa participação deve se dar nos Conselhos de Saúde, com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço. Outra forma de participação são as conferências de saúde, periódicas, 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 necessário 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, interesse público prevalecendo sobre o particular;

2ª - a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS. Prevalecem, 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 organizativa 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 sequência, complementar a rede assistencial com o setor privado, com os mesmos concertos 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 SÃO OS GESTORES?

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

Haverá gestores nas três esferas do Governo, isto é, no nível 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 e 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 de 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 ser o primeiro e o maior responsável pelas ações de saúde para a sua população.

Como os serviços devem ser oferecidos em quantidade e qualidade adequadas 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 e/ou que não lhes couber 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 da saúde, identificando riscos e necessidades nas diferentes regiões para a melhoria da qualidade de vida do povo brasileiro, contribuindo para o seu desenvolvimento. Ou seja, ele é o responsável pela formulação, coordenação e controle da política nacional de saúde. Tem importantes funções no planejamento, financiamento, cooperação técnica o controle 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.

Ainda que a saúde seja um direito de todos e um dever do Estado, isto não dispensa cada indivíduo da responsabilidade por seu auto-cuidado, 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 contratadas. Sempre que a complexidade do problema extrapolar a capacidade do município resolvê-lo, o próprio serviço municipal de saúde deve enviar o paciente para outro município mais próximo, capaz de fornecer a assistência adequada, ou encaminhar o problema para suportes regionais e 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 as secretarias estaduais de saúde e/ou o próprio Ministério da Saúde.

QUEM DEVE CONTROLAR SE O SUS ESTÁ FUNCIONANDO BEM?

Quem deve controlar é a população; o poder legislativo; e cada gestor das três esferas de governo. A população deve ter conhecimento de seus direitos e reivindicá-los ao gestor local do SUS (secretário municipal de saúde), sempre que os mesmos não forem respeitados. O sistema deve criar mecanismos através dos quais a população possa fazer essas reivindicações. Os Gestores devem, também, dispor de mecanismos formais de avaliação e controle e democratizar as informações.

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 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 aos municípios, 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 e os seus próprios recursos alocados pelo governo municipal para o investimento e custeio das ações de saúde de âmbito municipal. Também os municípios administrarão os recursos para a saúde através de um fundo municipal de saúde.

A criação dos fundos é essencial, pois asseguram 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 tem pouco acesso.

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.

IV - QUAIS AS AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS?

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

O conceito abrangente de saúde, definido na nova Constituição, deverá nortear a mudança progressiva dos serviços, passando de um modelo assistencial centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura, para um modelo de atenção integral à saúde, onde haja a incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação.

Para melhor identificar quais os principais grupos de ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde, a serem desenvolvidas prioritariamente é necessário conhecer as principais características do perfil epidemiológico da população, não só em termos de doenças mais frequentes, como também em termos das condições sócio-econômicas da comunidade, dos seus hábitos e estilos de vida, e de suas necessidades de saúde, sentidas ou não-sentidas, aí incluída, por extensão, a infra-estrutura de serviços disponíveis.

Ações de promoção e proteção de saúde: esses grupos de ações podem ser desenvolvidos por instituições governamentais, empresas, associações comunitárias e indivíduos. Tais ações visam à redução de fatores de risco, que constituem ameaça à saúde das pessoas, podendo provocar-lhes incapacidades e doenças. Esses grupos compreendem um elenco bastante vasto e diversificado de ações, de natureza eminentemente preventiva, que, em seu conjunto, constituem um campo de aplicação precípua do que se convencionou chamar, tradicionalmente, de Saúde Pública, ou seja: o diagnóstico e tratamento científico da comunidade.

No campo da **promoção**, são exemplos de ações: educação em saúde, bons padrões de alimentação e nutrição, adoção de estilos de vida saudáveis, uso adequado e desenvolvimento de aptidões e capacidades, aconselhamentos específicos, como os de cunho genético e sexual. Através dessas ações, são estimuladas as práticas da ginástica e outros exercícios físicos, os hábitos de higiene pessoal, domiciliar e ambiental e, em contrapartida, desestimulados o sedentarismo, o tabagismo, o alcoolismo, o consumo de drogas, a promiscuidade sexual. No desenvolvimento dessas ações devem ser utilizados, de forma programática e sistemática, com emprego de linguagem adequada ao público-alvo, os diferentes meios e veículos disponíveis de comunicação ao alcance da comunidade: cartazes, rádio, jornal, televisão, alto-falantes, palestras e debates em escolas, associações de bairro, igrejas, empresas, clubes de serviço e lazer, dentre outros.

No campo da **proteção**, são exemplos de ações: vigilância epidemiológica, vacinações, saneamento básico, vigilância sanitária, exames médicos e odontológicos periódicos, entre outros. Através da vigilância epidemiológica, são obtidas as informações para conhecer e acompanhar, a todo momento, o estado de saúde da comunidade e para desencadear, oportunamente, as medidas dirigidas à prevenção e ao controle das doenças e agravos à saúde.

A vigilância sanitária busca garantir a qualidade de serviços, meio ambiente de trabalho e produtos (alimentos, medicamentos cosméticos, saneantes domissanitários, agrotóxicos e outros), mediante a identificação, o controle ou a eliminação de fatores de risco à saúde, neles eventualmente presentes. São exemplos de serviços sujeitos à vigilância sanitária: unidades de saúde, restaurantes, academias de ginástica, institutos de beleza, piscinas públicas, etc. No meio ambiente, a vigilância sanitária procura evitar ou controlar a poluição do ar, do solo, da água, a contaminação por agrotóxicos, o uso do mercúrio nos garimpos, etc. Nos locais de trabalho, a vigilância sanitária preocupa-se, por exemplo em assegurar condições ambientais satisfatórias (iluminação, temperatura, umidade, ventilação, nível sonoro), adequação ergométrica de máquinas, equipamentos e móveis e eliminação de substâncias e produtos que podem provocar doenças ocupacionais. Em relação aos produtos, a vigilância sanitária não se limita apenas à fiscalização dos artigos já expostos ao consumo, mas efetua, com prioridade, a inspeção sanitária e técnica das respectivas linhas de fabricação, de modo a evitar a sua comercialização em condições insatisfatórias de segurança e qualidade.

Todos esses grupos de ações geralmente têm o suporte de legislação específica, na qual são inseridas as normas e regulamentos de proteção à saúde, com vistas à sua observância por todos.

Todas as ações de promoção e proteção da saúde acima descritas, podem e devem ser exercidas (ou desencadeadas), também, durante o atendimento nas unidades de saúde, ambulatoriais e hospitalares, com objetivos e técnicas adequados a estes locais.

Ações de recuperação - esse grupo de ações envolve o diagnóstico e o tratamento de doenças, acidentes e danos de toda natureza, a limitação da invalidez e a reabilitação. Essas ações são exercidas pelos serviços públicos de saúde (ambulatoriais e hospitalares) e, de forma complementar, pelos serviços particulares, contratados ou conveniados, que integram a rede do SUS, nos níveis federal, estadual e municipal, particularmente nos dois últimos, onde deve estar concentrada a maior parte dessas atividades.

De todo modo, nesses serviços as ações típicas são: consultas médicas e odontológicas, a vacinação, 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 produção de serviços).

O diagnóstico deve ser feito o mais precocemente possível, assim como o tratamento deve ser instituído de imediato, de modo a deter a progressão da doença. Por isso, os serviços de saúde, especialmente os de nível primário de assistência, devem buscar o adequado desempenho dessas duas ações fundamentais de recuperação da saúde - o diagnóstico e o tratamento - visto que tais serviços representam a porta de entrada do sistema de saúde, onde a população toma os seus primeiros contatos com a rede assistencial

O tratamento deve ser prestado ao paciente portador de qualquer alteração de sua saúde, desde uma afecção corriqueira, cujo atendimento pode ser efetuado por pessoal de nível elementar, até uma doença mais complexa, que exige a atenção por profissional especializado e tecnologia avançada. O tratamento deve ser conduzido, desde o início, com a preocupação de impedir o surgimento de eventuais incapacidades decorrentes das diferentes doenças e danos.

A **reabilitação** consiste na recuperação parcial ou total das capacidades no processo de doença e na reintegração do indivíduo ao seu ambiente social e a sua atividade profissional. Com essa finalidade, são utilizados não só os serviços hospitalares como os comunitários, visando a reeducação e treinamento, ao reemprego do reabilitado ou à sua colocação seletiva, através de programas específicos junto às indústrias e ao comércio, para a absorção dessa mão-de-obra.

As ações de recuperação da saúde, na maior parte das vezes podem e devem ser planejadas, através de estudos epidemiológicos, definição de cobertura e concentração das ações ambulatoriais e hospitalares, aplicando-se parâmetros de atendimento. No caso da atenção a grupos de risco, a previsão e planejamento destas ações tornam-se conjugadas às ações de promoção e proteção. Assim vistas, as ações de recuperação da saúde devem ser também geradas no diagnóstico e tratamento científico da comunidade, integrando junto às ações promotoras e protetoras, o que podemos chamar de moderna Saúde Pública

PROGRAMAS DE SAÚDE

Existem grupos populacionais que estão mais expostos a riscos na sua saúde. Isto é evidenciado pelos registros disponíveis de morbi-mortalidade, como por exemplo, menores de 01 ano, gestantes, idosos, trabalhadores urbanos e rurais sob certas condições de trabalho etc. A intensidade e a peculiaridade dessa exposição variam bastante com os níveis sociais e características epidemiológicas de cada região, e muitas vezes, da micro-região. 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 vigilância 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 as normas nacionais e estaduais respeitam as condições sociais, epidemiológicas, institucionais e culturais existentes ao nível regional ou micro-regional, passando por adaptações e até recriações nestes níveis.