

CONSURGE-MG

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REDE
DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO LESTE DE MINAS

Técnico de Enfermagem

EDITAL Nº 16/2023

CÓD: SL-004DZ-23
7908433246107

Português

1. Compreensão e interpretação de textos.	9
2. Gêneros e tipos de texto.....	10
3. Articulação textual: operadores sequenciais, expressões referenciais. Coesão e coerência textual.....	12
4. Identificação, definição, classificação, flexão e emprego das classes de palavras;	13
5. formação de palavras.....	18
6. Verbos: flexão, conjugação, vozes, correlação entre tempos e modos verbais.	20
7. Concordância verbal e nominal	20
8. Regência verbal e nominal.....	21
9. Crase	23
10. Colocação pronominal	24
11. Estrutura da oração e do período: aspectos sintáticos e semânticos.	25
12. Acentuação gráfica.....	30
13. Ortografia.....	31
14. Pontuação	32
15. Variação linguística	34

Normas do Samu

1. Portaria GM/MS nº 2.048, de 05 de novembro de 2002.....	43
2. Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011.....	93
3. Portaria Federal nº 1.010/GM/MS, de 21 de maio de 2012.	96
4. Manual de Capacitação SAMU.....	103
5. Relatório de Classificação das Unidades Hospitalares Segundo Função Por Região de Saúde no Estado de Minas Gerais.....	104
6. Noções de primeiros socorros.	108
7. Grade de Referência da Rede Hospitalar.	115
8. Plano Diretor de Regionalização (PDR).	115

Noções de Informática

1. Noções de Sistemas de Backup: Tipos de backup. Planos de contingência. Meios de armazenamento para backups.	119
2. Noções de Sistemas operacionais: conhecimentos do ambiente Windows. Windows 10: operações com janelas, menus, barra de tarefas, área de trabalho; trabalho com pastas e arquivos: localização de arquivos e pastas; movimentação e cópia de arquivos e pastas; tipos de arquivos e extensões; criação, renomeação e exclusão de arquivos e pastas; configurações básicas do Windows: resolução da tela, cores, fontes, impressoras, aparência, segundo plano, protetor de tela; Windows Explorer	122
3. Editor de texto Microsoft Word 2016 e superior: criação, edição, formatação e impressão; criação e manipulação de tabelas; inserção e formatação de gráficos e figuras; geração de mala direta.....	142
4. Planilha eletrônica Microsoft Excel 2016 e superior: criação, edição, formatação e impressão; utilização de fórmulas; geração de gráficos; classificação e organização de dados.....	151
5. Software de Apresentações PowerPoint 2016 e superior: criação, edição, formatação e impressão das apresentações.....	158

6. Conhecimentos de internet: noções básicas; correio eletrônico (receber e enviar mensagens; anexos; catálogos de endereço; organização das mensagens); navegadores (Internet Explorer, Google Chrome, Mozilla Firefox e Microsoft Edge). Rede Sociais: conceitos e características, vantagens e desvantagens.Noções de rede de computadores: conceitos e serviços relacionados à Internet, tecnologias e protocolos da internet, ferramentas, aplicativos e procedimentos associados à internet/intranet. E ainda todos os conteúdos tratados nas referências definidas no programa desse conteúdo.....	165
7. Noções de Hardware e Software: Fundamentos de computação: Conceitos de hardware e software. Organização e arquitetura de computadores. Componentes de um computador (hardware e software)	173
8. Conceitos de segurança da informação, noções básicas de segurança da informação. Políticas de Segurança da Informação. Classificação da informação, segurança física e segurança lógica. Análise e gerenciamento de riscos. Ameaça, tipos de ataques e vulnerabilidade. Ataques e proteções relativos a hardware, sistemas operacionais, aplicações, bancos de dados e rede.....	176

Raciocínio Lógico

1. Noções básicas da lógica matemática: proposições, conectivos, equivalência e implicação lógica, argumentos válidos, problemas com tabelas e argumentação. Estrutura lógica de relações arbitrárias entre pessoas, lugares, objetos ou eventos fictícios, orientação espacial e temporal, formação de conceitos, discriminação de elementos, Compreensão do processo lógico que, a partir de um conjunto de hipóteses, conduz, de forma válida, a conclusões determinadas, Tautologia, Contradição e Contradição 193	193
2. Linguagem dos conjuntos: o conjunto dos números naturais, inteiros, racionais e reais. Operações de adição, subtração, multiplicação, divisão, potenciação e radiciação nesses conjuntos. Números decimais. Valor absoluto. Propriedades no conjunto dos números naturais. Decomposição de um número natural em fatores primos. Múltiplos e divisores, máximo divisor comum e mínimo múltiplo comum de dois números naturais.....	213
3. Verdades e Mentiras: resolução de problema	225
4. Sequências (com números, com figuras, de palavras)	227
5. Análise combinatória e probabilidade	228
6. Problemas envolvendo raciocínio lógico.....	231
7. Teoria dos conjuntos.....	233
8. Sequências e séries: PA e PG.....	237
9. Equações do primeiro e segundo graus, inequações, equações redutíveis ao segundo grau; Sistemas de equações lineares: resolução, discussão e interpretação geométrica.....	239

Saúde Pública

1. Sistema Único de Saúde (SUS): Histórico. Princípios fundamentais, Diretrizes. Organização governamental e gestão	251
2. Política de Humanização do SUS.....	262
3. Classificação de risco.....	268
4. Sistemas de informação em saúde	270
5. Organização da Urgência e emergência.....	274
6. Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais	281

Conhecimentos Específicos Técnico de Enfermagem

1. Atendimento pré e intra-hospitalar às urgências e emergências clínicas, traumáticas, obstétricas, psiquiátricas e neonatologias.	311
2. Semiologia e sociotécnica de enfermagem.	313
3. Conhecimento com relação a biomecânica do trauma.	327
4. Atendimento ao Grande Queimado.	328
5. Fundamentos de enfermagem: prevenção e controle de infecções.	334
6. Sinais vitais,	348
7. Administração de medicamentos,	356
8. Curativos.	365
9. Técnicas de imobilização e enfaixamento de extremidades,	367
10. Técnicas de esterilização.	367
11. Conhecimento de ética e legislação profissional.	370
12. Assistência à saúde da mulher e criança.	383
13. Enfermagem em saúde pública.	434
14. Enfermagem médico-cirúrgica.	435
15. Primeiros Socorros.	450
16. Assistência de enfermagem ao adulto e ao idoso.	450
17. Sistema Único de Saúde. Legislação do SUS - Sistema Único de Saúde.	460

Entrevista: texto expositivo e é marcado pela conversa de um entrevistador e um entrevistado para a obtenção de informações. Tem como principal característica transmitir a opinião de pessoas de destaque sobre algum assunto de interesse.

Cantiga de roda: gênero empírico, que na escola se materializa em uma concretude da realidade. A cantiga de roda permite as crianças terem mais sentido em relação a leitura e escrita, ajudando os professores a identificar o nível de alfabetização delas.

Receita: texto instrucional e injuntivo que tem como objetivo de informar, aconselhar, ou seja, recomendam dando uma certa liberdade para quem recebe a informação.

GÊNEROS E TIPOS DE TEXTO.

Tipos e gêneros textuais

Os **tipos textuais** configuram-se como modelos fixos e abrangentes que objetivam a distinção e definição da estrutura, bem como aspectos linguísticos de narração, dissertação, descrição e explicação. Eles apresentam estrutura definida e tratam da forma como um texto se apresenta e se organiza. Existem cinco tipos clássicos que aparecem em provas: descritivo, injuntivo, expositivo (ou dissertativo-expositivo) dissertativo e narrativo. Vejamos alguns exemplos e as principais características de cada um deles.

Tipo textual descritivo

A descrição é uma modalidade de composição textual cujo objetivo é fazer um retrato por escrito (ou não) de um lugar, uma pessoa, um animal, um pensamento, um sentimento, um objeto, um movimento etc.

Características principais:

- Os recursos formais mais encontrados são os de valor adjetivo (adjetivo, locução adjetiva e oração adjetiva), por sua função caracterizadora.
- Há descrição objetiva e subjetiva, normalmente numa enumeração.
- A noção temporal é normalmente estática.
- Normalmente usam-se verbos de ligação para abrir a definição.
- Normalmente aparece dentro de um texto narrativo.
- Os gêneros descritivos mais comuns são estes: manual, anúncio, propaganda, relatórios, biografia, tutorial.

Exemplo:

Era uma casa muito engraçada
 Não tinha teto, não tinha nada
 Ninguém podia entrar nela, não
 Porque na casa não tinha chão
 Ninguém podia dormir na rede
 Porque na casa não tinha parede
 Ninguém podia fazer pipi
 Porque penico não tinha ali
 Mas era feita com muito esmero
 Na rua dos bobos, número zero
 (Vinícius de Moraes)

Tipo textual injuntivo

A injunção indica como realizar uma ação, aconselha, impõe, instrui o interlocutor. Chamado também de texto instrucional, o tipo de texto injuntivo é utilizado para prever acontecimentos e comportamentos, nas leis jurídicas.

Características principais:

- Normalmente apresenta frases curtas e objetivas, com verbos de comando, com tom imperativo; há também o uso do futuro do presente (10 mandamentos bíblicos e leis diversas).
- Marcas de interlocução: vocativo, verbos e pronomes de 2ª pessoa ou 1ª pessoa do plural, perguntas reflexivas etc.

Exemplo:

Impedidos do Alistamento Eleitoral (art. 5º do Código Eleitoral) – *Não podem alistar-se eleitores: os que não saibam exprimir-se na língua nacional, e os que estejam privados, temporária ou definitivamente dos direitos políticos. Os militares são alistáveis, desde que oficiais, aspirantes a oficiais, guardas-marinha, subtenentes ou suboficiais, sargentos ou alunos das escolas militares de ensino superior para formação de oficiais.*

Tipo textual expositivo

A dissertação é o ato de apresentar ideias, desenvolver raciocínio, analisar contextos, dados e fatos, por meio de exposição, discussão, argumentação e defesa do que pensamos. A dissertação pode ser expositiva ou argumentativa.

A dissertação-expositiva é caracterizada por esclarecer um assunto de maneira atemporal, com o objetivo de explicá-lo de maneira clara, sem intenção de convencer o leitor ou criar debate.

Características principais:

- Apresenta introdução, desenvolvimento e conclusão.
- O objetivo não é persuadir, mas meramente explicar, informar.
- Normalmente a marca da dissertação é o verbo no presente.
- Amplia-se a ideia central, mas sem subjetividade ou defesa de ponto de vista.
- Apresenta linguagem clara e imparcial.

Exemplo:

O texto dissertativo consiste na ampliação, na discussão, no questionamento, na reflexão, na polemização, no debate, na expressão de um ponto de vista, na explicação a respeito de um determinado tema.

Existem dois tipos de dissertação bem conhecidos: a dissertação expositiva (ou informativa) e a argumentativa (ou opinativa).

Portanto, pode-se dissertar simplesmente explicando um assunto, imparcialmente, ou discutindo-o, parcialmente.

Tipo textual dissertativo-argumentativo

Este tipo de texto — muito frequente nas provas de concursos — apresenta posicionamentos pessoais e exposição de ideias apresentadas de forma lógica. Com razoável grau de objetividade, clareza, respeito pelo registro formal da língua e coerência, seu intuito é a defesa de um ponto de vista que convença o interlocutor (leitor ou ouvinte).

NORMAS DO SAMU

	Intoxicações exógenas	Reconhecer sinais de intoxicações exógenas e adotar medidas para controle e tratamento iniciais destes quadros: manejo respiratório, uso de antídotos e medicamentos disponíveis, esvaziamento gástrico.	
3. Urgências clínicas na criança	Sofrimento agudo por quadros infecciosos, febris, disfunções respiratórias, gastrintestinais, neurológicas, metabólicas, intoxicações exógenas e maus tratos.	Acolher, reconhecer e diagnosticar sinais de disfunção respiratória nas patologias mais prevalentes: mal asmático, obstrução por corpo estranho, faringites, epiglottites e outros;	02 T 06 P
		Acolher, reconhecer e diagnosticar os sinais de distúrbio hídrolítico e metabólico. Acolher, reconhecer e diagnosticar os sinais de toxemia e buscar identificar a causa.	
		Decidir pela melhor terapêutica e adotar medidas para controle das disfunções apontadas.	
4. Urgências cirúrgicas traumáticas e não traumáticas no paciente adulto e na criança.	Atendimento a pacientes vítimas de pequenos ferimentos/abscessos.	Acolher, reconhecer e diagnosticar a maior ou menor gravidade das lesões. Realizar suturas simples e drenagem de pequenos abscessos.	04 T 10 P
	Atendimento inicial do paciente politraumatizado TRM TCE Trauma torácico	Acolher, reconhecer e diagnosticar sinais de gravidade na vítima traumatizada grave: sinais de disfunção respiratória, ventilatória e circulatória. Ser capaz de prestar o atendimento inicial ao paciente traumatizado grave.	
	Trauma abdominal Trauma na gestante Trauma de extremidades Choque e hemorragias Trauma de face. Queimaduras	Adotar medidas específicas no manejo do trauma raquimedular, trauma cranioencefálico, trauma torácico, trauma abdominal, trauma de extremidades, trauma de face e no controle de choques e hemorragias, Queimaduras, Quase afogamento, Choque elétrico, Acidentes com múltiplas vítimas, Acidentes com produtos perigosos.	
	Quase afogamento Choque elétrico Acidentes com múltiplas vítimas Acidentes com produtos perigosos. Choque hipovolêmico e/ou tóxico.	Estar habilitado para a realizar as técnicas de imobilização e remoção.	
5. Urgências psiquiátricas e neurológicas	Psicoses Tentativa de suicídio Depressões Síndromes cerebrais orgânicas Convulsões	Acolher e reconhecer sinais de gravidade das patologias psiquiátricas em situações de urgência. Reconhecer necessidade de acionar outros atores no atendimento às urgências psiquiátricas, quando implicar a segurança da equipe.	02 T 04 P
		Adotar medidas terapêuticas iniciais no manejo dos pacientes convulsivos, agressivos, psicóticos e suicidas.	
6. Urgências obstétricas	Trabalho de parto normal Apresentações distócicas Hipertensão na gestante e suas complicações Hemorragias Abortamento Cesárea pós-mortem	Acolher, reconhecer e diagnosticar trabalho de parto normal, parto distócico e as principais complicações obstétricas, como DHEG e hemorragias.	02 T 04 P

O SIAB baseia-se nos conceitos de modelo de atenção, família, domicílio, área, micro área e território. O Ministério da Saúde orienta que o SIAB seja informatizado. Caso o município não disponha do programa, este deve procurar o DATASUS ou a Coordenação Estadual do PSF para que estes instalem (gratuitamente) o programa.

O SIAB é um sistema idealizado para agregar e para processar as informações sobre a população visitada. Estas informações são recolhidas em fichas de cadastramento e de acompanhamento e analisadas a partir dos relatórios de consolidação dos dados.

O preenchimento das fichas é tarefa do agente comunitário, a partir de suas visitas domiciliares. Elas devem ser atualizadas sempre que necessário, ou seja, mediante ocorrência de eventos, como: óbito, nascimento, inclusão de parente ou agregado ao grupo familiar, etc.

Assim, registrar corretamente os dados com maior fidedignidade possível é responsabilidade do Agente comunitário. As fichas são instrumentos de trabalho do PSF, pois permitem o planejamento das atividades da equipe, tendo como base o conhecimento do diagnóstico de necessidades da população a que assiste.

São instrumentos de coleta de dados:

- Ficha A – cadastramento das famílias;
- Ficha B-GES – acompanhamento de gestantes;
- Ficha B-HÁ – acompanhamento de hipertensos;
- Ficha B-DIA – acompanhamento de diabéticos;
- Ficha B-TB – acompanhamento de pacientes com tuberculose;
- Ficha B-HAN – acompanhamento de pacientes com hanseníase;
- Ficha C (cartão da criança) – acompanhamento de crianças;
- Ficha D – registro de atividades, procedimentos e notificações.

São instrumentos de consolidação de dados:

- Relatórios A1, A2, A3 e A4 – relatório de consolidado anual das famílias cadastradas;
- Relatórios SSA2 e SSA4 – relatório de situação de saúde e acompanhamento das famílias;
- Relatórios PMA2 e PMA4 – relatórios de produção e marcadores para avaliação.

O dado, após coletado, deve ser selecionado, processado, analisado e transformado em informação pela equipe de PSF. Este se conforma como um produto das relações entre os vários atores envolvidos (médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários, famílias, etc.).

O SIAB gera relatórios de uma determinada base populacional, população coberta pelas equipes de saúde da família, a partir da ficha de cadastramento da família denominada Ficha A, cadastramento este realizado pelos agentes comunitários de saúde e que produz informações relativas às condições demográficas, sanitárias e sociais. Além de possibilitar traçar alguns aspectos da situação de saúde referida da população.

Apesar de fornecer algumas informações essenciais para as equipes do Programa de Saúde da Família esse instrumento de coleta e o seu produto são passíveis de crítica.

Quanto ao cadastramento das famílias, é um bom indicador para acompanhamento do planejamento de implantação e implementação da Equipe de Saúde da Família (ESF), pois permite determinar com garantia quanto de cobertura da população do município e de cobertura das famílias estimadas já foram realizadas.

Ainda são possíveis determinar a estrutura familiar, o número de pessoas e a idade por família. Em relação ao saneamento, o instrumento revela-se como suficiente e de fácil manuseio para avaliação das informações, além de proporcionar uma ferramenta para divulgação, planejamento e possibilitar a indicação de serviços e ainda avaliar a prestação de serviço público e mecanismo de autoproteção.

Fonte: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/sistema-de-informacao-de-atencao-basica-siab-o-que-e/37938>

ORGANIZAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

MANUAL DE CAPACITAÇÃO DO SAMU DE MINAS GERAIS

Introdução

A atenção aos casos de urgência e emergência se tornou um dos principais problemas a serem enfrentados pelos sistemas de saúde no mundo, sejam eles de natureza pública ou privada. Há um aumento progressivo na procura dos pontos de atenção às urgências e, apesar de todas as estratégias adotadas na tentativa de redução do problema, permanece aumentando exponencialmente.

O Estado de Minas Gerais vem tentando trabalhar com a concepção da Organização Mundial de Saúde (2003) que divide as doenças em condições crônicas e condições agudas na tentativa de uma melhor organização da resposta do sistema.

Sabemos que devido ao envelhecimento progressivo da população do mundo há hoje um grande predomínio das condições crônicas, o que dificulta o controle e resposta em sistemas de saúde fragmentados ou focados na resposta das condições agudas.

A maior parte da procura pelas portas de urgência se manifesta em situações de baixa complexidade e agudizações de condições crônicas o que nos obriga a estruturarmos sistemas integrados de serviços de saúde, ou redes de atenção à saúde se quisermos melhorar este cenário. Também na resposta moderna a determinadas situações agudas (ex.: trauma maior) a organização de redes regionais é fator de redução de mortalidade.

O fato é que a política de implantação do SAMU no país, como início de uma política nacional de urgências e sendo este um poderoso instrumento de logística numa rede nos tem obrigado a algumas reflexões:

1) O investimento isolado numa vertente, seja ela um ponto de atenção (hospital) ou logístico (SAMU) não garante resultados de melhoria na resposta às condições agudas. Há necessidade de investirmos em soluções mais complexas (redes);

2) Há necessidade de coordenação única nesta rede complexa. Isto nos obriga a uma reflexão profunda a respeito das centrais operativas e de regulação questão o que poderíamos chamar de sistema nervoso central desta rede;

3) Há necessidade de falarmos uma língua comum nos vários pontos desta rede para que as decisões sejam compreendidas por todos;

4) Por fim a conexão de pontos de resposta em locais diferentes e com complexidades diferentes nos obriga a regionalizar a assistência e conseqüentemente a logística. Por isso o Estado de Minas Gerais tem-se proposto a implantar um projeto de estruturação de redes macrorregionais de resposta às urgências, com reestruturação do papel de diversos hospitais e pontos de atenção (aí incluindo a atenção primária), implantação do sistema de classificação de risco de Manchester e investimento para regionalizarmos o SAMU com expansão da função das centrais de regulação. Estes são os pontos fundamentais deste projeto que tem sido um novo marco na política de atenção à saúde do Estado.

Definições Conceituais de Urgência e Emergência

1.1 Urgência e Emergência

Antes de falarmos nos conceitos de regulação médica das urgências, necessitamos inicialmente conceituar “urgência” e “emergência”.

“Emergência”

É o substantivo relativo ao verbo “emergir”. Essa deriva do latim “emero, mersi, mersum”, significando “sair do mar”, “sair da água» [ex-maré]. Como o que “sai do mar” são mamíferos marinhos que vêm à tona para respirar rapidamente ou peixes que afloram subitamente à superfície, o verbo “emerge” [emergir] relacionou-se à ideia de algo que aparece ou acontece “subitamente”, “decúbito”, repentinamente. Esse sentido extensivo é o que se aplica ao conceito usual de “emergência”. Na língua portuguesa o adjetivo “emergente” se refere tanto àquilo que emerge da água, como a algo que ocorre de súbito. Para esse segundo sentido usa-se o vocábulo “emergencial”.

“Urgência”

Vem do verbo latino “urgeo, ursi”, com o significado de apertar, premir, seguir de perto, perseguir, acossar. A ideia predominante é de “premência”. O adjetivo “urgens, entis” significa “aquilo que tem premência”. O advérbio “urgenter” significa “com instância, instantaneamente, insistentemente, prementemente, com premência”. Segundo o Conselho Federal de Medicina, em sua Resolução CFM nº1451, de 10/03/1995, temos: Urgência: ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Emergência: constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

Conceito ampliado: Segundo o professor Le Coutour, “o conceito de urgência difere em função de quem a percebe ou sente”. Para os usuários e seus familiares, pode estar associada a uma ruptura de ordem do curso da vida. É do imprevisto que tende a surgir a urgência: “eu não posso esperar”

Para o médico, a noção de urgência repousa não sobre a ruptura, mas sobre o tempo, com prognóstico vital em certo intervalo: “ele não pode esperar”. Para as instituições, a urgência corresponde a uma perturbação de sua organização, é “o que não pode ser previsto assim, em Minas Gerais e em Santa Catarina, adotamos para fins organizacionais o abaixo exposto:

Emergências: são situações que provocam alteração do estado de saúde com risco iminente à vida, ou seja, risco iminente de morte. O tempo para resolução é extremamente curto, normalmente quantificado em minutos extremamente curto, normalmente quantificado em minutos.

Urgências: são situações que provocam alteração do estado de saúde, porém sem risco iminente à vida, que por sua gravidade, desconforto ou dor, requerem atendimento médico com a maior brevidade possível. Em Minas Gerais, no pré-hospitalar, adotaremos que as urgências são aquelas situações que devam ser resolvidas, ou pelo menos atendidas, em um prazo máximo de 4(quatro) horas.

1.2 Sistema

É o conjunto de partes integradas com uma finalidade comum. O conceito de sistema traz as relações entre as partes e o todo, permitindo a compreensão de toda e qualquer atividade complexa, sendo os sistemas constituídos de conjuntos de componentes que se interagem, se inter-relacionam, se transformam e atuam entre si na execução de um objetivo global. Estes conjuntos poderão ser assumidos como subsistemas ou processos, com funções e objetivos próprios, os quais afetam o comportamento do conjunto como um todo. Qualquer ação de uma parte, necessariamente, provocará uma reação das demais (CHURCHMAN,1975; MELO, 1987; ACKOFF apud ARAÚJO, 1994).

Qualquer sistema é concebido como um todo unificado, composto de partes interdependentes; sendo que os padrões de relações são o que o estruturam. (Lawrence J. Henderson.

1.3 Rede

A proposta de organização em rede se coloca quando o Estado assume um papel de coordenador, ordenador das relações entre os diversos atores que transitam na arena decisória do sistema de saúde.

A gestão em rede realizada pelos complexos reguladores, visa a integração e a interligação das centrais de regulação, compatibilizando inteligentemente as demandas com as ofertas disponíveis em territórios e fluxos definidos.

É um termômetro da prestação dos serviços assistenciais, que identifica e quantifica as demandas, possibilitando o encaminhamento do paciente ao serviço adequado. Para tanto é necessário a organização de sistemas de informação, com rapidez na sua veiculação e tecnologia para transmissão de dados dentro da rede, bem como a necessidade de revisão do papel do controle e avaliação, diante da premissa básica de garantir o acesso dos usuários ao tratamento que necessitam.

Uma rede integrada de pontos de atenção à saúde permite prestar uma assistência contínua a determinada população “- no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa - e se responsabiliza pelos resultados sanitários e econômicos relativos a esta população” (Mendes, 2007)

1.4 Regulação

O termo regulação, inicialmente associado apenas ao componente financeiro, e com conotação de controle econômico e financeiro, foi estendido às atividades médicas na área de urgência na década de 60 na França e vem sendo trabalhado na área da saúde pública brasileira principalmente a partir de 1990.

Regulação = racionalização = racionamento.

X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;

XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;

XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;

XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização; (Vide ADIN 3454)

XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;

XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;

XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;

XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;

XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;

XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;

XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

SEÇÃO II DA COMPETÊNCIA

Art. 16. À direção nacional do SUS compete: (Redação dada pela Lei nº 14.572, de 2023)

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

II - participar na formulação e na implementação das políticas:

a) de controle das agressões ao meio ambiente;

b) de saneamento básico; e

c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

III - definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;

b) de rede de laboratórios de saúde pública;

c) de vigilância epidemiológica; e

d) vigilância sanitária;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal. (Vide Decreto nº 1.651, de 1995)

XX - definir as diretrizes e as normas para a estruturação física e organizacional dos serviços de saúde bucal. (Incluído pela Lei nº 14.572, de 2023)

§1º A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional. (Renumerado do parágrafo único pela Lei nº 14.141, de 2021)

§2º Em situações epidemiológicas que caracterizem emergência em saúde pública, poderá ser adotado procedimento simplificado para a remessa de patrimônio genético ao exterior, na forma do regulamento. (Incluído pela Lei nº 14.141, de 2021)

§3º Os benefícios resultantes da exploração econômica de produto acabado ou material reprodutivo oriundo de acesso ao patrimônio genético de que trata o §2º deste artigo serão repartidos nos termos da Lei nº 13.123, de 20 de maio de 2015. (Incluído pela Lei nº 14.141, de 2021)

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

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

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

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

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

a) de vigilância epidemiológica;

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

- I - perfil demográfico da região;
- II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§1º (Revogado pela Lei Complementar nº 141, de 2012) (Vide Lei nº 8.142, de 1990)

§2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§3º (Vetado).

§4º (Vetado).

§5º (Vetado).

§6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

CAPÍTULO III DO PLANEJAMENTO E DO ORÇAMENTO

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

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

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

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

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

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 39. (Vetado).

§1º (Vetado).

§2º (Vetado).

§3º (Vetado).

§4º (Vetado).

§5º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do Inamps para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros bens móveis e ficarão disponíveis para utilização pelo órgão de direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS ou, eventualmente, pelo estadual, em cuja circunscrição administrativa se encontrem, mediante simples termo de recebimento.

§7º (Vetado).

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

Art. 40. (Vetado)

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

Art. 42. (Vetado).

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

Art. 44. (Vetado).

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

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

§2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

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