



RESUMO EXECUTIVO

Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite do dia 12/02/04

I. PAUTA

A. Homologação

- 1) Habilitação de municípios
- 2) Desabilitação do município de Porto Seguro
- 3) Habilitação de estados
- 4) Recursos de municípios
- 5) Qualificação de estados e municípios para o recebimento do Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST – CNDST/AIDS
- 6) Certificação de estados e municípios à gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças

B. Temas para discussão e pactuação

- 1) Reorganização da CIT - SE
- 2) Diretrizes para a Política Nacional de Saúde Bucal - SAS
- 3) Vigilância alimentar e nutricional – SAS
- 4) Proesf – SAS
- 5) Diretrizes para atenção à saúde dos adolescentes atendidos em regime de internação, internação provisória e semiliberdade - SAS

C. Temas para apresentação e debate

- a) Projeto de Qualificação da Atenção à Saúde - SE
- b) Política para pequenos hospitais - SAS

D. Informes

- 1) Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde – SGTES
- 2) Diretrizes para o Plano Nacional de Saúde - SE
- 3) Terapia Renal Substitutiva – SAS
- 4) Sistema Nacional de Atenção às Urgências - SAS
- 5) Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – SAS
- 6) Assistência farmacêutica básica, incentivo e medicamentos de alto custo – SCTIE
- 7) Vigisus II – SVS
- 8) Teto financeiro para Vigilância Sanitária – Anvisa
- 9) Apoio integrado à gestão descentralizada - SE

II. DESENVOLVIMENTO

A. HOMOLOGAÇÃO:

A.1 Habilitação de municípios – foi homologada a habilitação de 121 municípios em Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada – GPABA e 10 municípios em Gestão Plena de Sistema Municipal – GPSM, habilitados ad referendum da CIT nas competências janeiro e fevereiro. Para a competência março foram homologadas as habilitações de 82 municípios em GPABA e 11 em GPSM. A partir da competência março estão habilitados conforme a NOAS, 1517 municípios em GPABA e 190 municípios em GPSM. Foi entregue aos Secretários Estaduais de Saúde presentes um resumo, por estado, da situação dos municípios já habilitados quanto ao cumprimento do art. 4º da Portaria/GM 397 de 04/04/03 que estabelece os critérios de avaliação da atenção básica para habilitação dos municípios conforme a NOAS, inclusive no que se refere à comprovação pelo registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, de eletrocardiógrafo e posto de coleta para exames laboratoriais ou laboratório; sobre o assunto foi

informado que o prazo de 180 dias para o cumprimento das pendências esgotará no dia 31 de março de 2004. Foi pactuado que para habilitação de municípios no 1º semestre de 2004 será verificada a alimentação do SIOPS do 1º semestre de 2003 e para habilitação de municípios no 2º semestre de 2004, a partir de 1º de julho será verificada a alimentação do SIOPS do ano de 2003.

A.2 Desabilitação do município de Porto Seguro/BA – foram homologadas a desabilitação do município de Porto Seguro/BA conforme a Resolução CIB/BA nº 94/2003 e a habilitação do referido município em Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada conforme Resolução CIB/BA nº 95/2003, a partir da competência março.

A.3 Habilitação de estados: foi aprovado o pleito de habilitação do estado de Pernambuco em Gestão Plena de Sistema Estadual, com pendências na elaboração da Programação Pactuada e Integrada e do Plano Diretor de Regionalização; a publicação da portaria de habilitação está condicionada ao cumprimento desses itens. O pleito de habilitação do estado do Espírito Santo deverá ser apreciado na reunião do mês de março.

A.4 Recursos de municípios à CIT – sobre o assunto foi pactuado o seguinte: todos os recursos de municípios deverão cumprir o fluxo que está estabelecido no item 69 da NOAS 2002: “*as instâncias de recurso para questões relativas à implementação desta Norma são consecutivamente a Comissão Intergestores Bipartite, o Conselho Estadual de Saúde, a Comissão Intergestores Tripartite e, em última instância, o Conselho Nacional de Saúde*”. Será solicitado aos Conselhos Estaduais de Saúde que se pronunciem num prazo de 30 dias. O Grupo de Trabalho de Gestão do SUS, vinculado à Câmara Técnica da CIT terá a atribuição de analisar os recursos, verificar sua admissibilidade e se o citado fluxo foi cumprido, antes do encaminhamento à CIT. Quanto aos recursos que já chegaram à Secretaria Técnica da CIT o Ministério da Saúde comunicou que serão devolvidos aos interessados para o cumprimento do fluxo. O Conass ressaltou que a decisão da CIB deve ser acatada pelo Ministério da Saúde enquanto o recurso cumpre o fluxo mencionado, considerando os itens 60.1, 61.2 e 69, da NOAS 2002. O Conasems ressaltou que o Ministério da Saúde deve aguardar o julgamento do recurso para só então cumprir a decisão da CIB. O presidente do Conass protestou veementemente, reafirmando que as decisões das CIB devem ser imediatamente cumpridas, enquanto os recursos estão tramitando. Como não houve consenso sobre o tema o coordenador da reunião, Dr. Cipriano Maia de Vasconcelos informou que o Ministério da Saúde vai avaliar que posição tomará sobre o assunto.

A.5 Qualificação de estados e municípios para o recebimento do Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST – a CIT homologou a qualificação de 27 municípios ao Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DST, totalizando até o momento 400 municípios qualificados dos 411 selecionados. Como principais avanços em 2003 podem ser mencionados: a indução de um aprimoramento do processo de planejamento principalmente para estabelecimento de prioridades de metas e ações para o controle/combate à epidemia; agilização no repasse dos recursos, de forma automática (1/12 avos/mês); inserção dos Conselhos de Saúde, como instâncias de participação da sociedade civil e de controle social na aprovação do plano de metas e ações para o enfrentamento da epidemia; estabelecimento de referência e contra referência nas relações estado e município e na pactuação de responsabilidade por insumos estratégicos (medicamentos IO e DST e preservativos).

A.6 Certificação de estados e municípios à gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças – a CIT homologou a certificação de 30 municípios, certificados ad referendum em dezembro e janeiro e para competência março mais 48 municípios, totalizando 5012 municípios certificados.

B. TEMAS PARA DISCUSSÃO E PACTUAÇÃO

B.1 Reorganização da CIT – o Diretor do Departamento de Apoio à Descentralização apresentou a seguinte proposta, discutida anteriormente com o Conass e o Conasems. Destacam-se os seguintes pontos: definir a pauta da CIT com antecedência de 10 dias, incluindo para discussão e pactuação apenas os temas discutidos anteriormente na Câmara Técnica; pautar e amadurecer na Câmara Técnica todos os temas que estarão no item 2 da pauta da CIT - temas para discussão e pactuação; enviar para o Conass e Conasems, com antecedência mínima de 10

dias, o material da pauta da CIT que trata dos temas para discussão e pactuação; evitar reunir a Câmara Técnica para debater os temas de pauta com as áreas do Ministério, após a data limite de 10 dias antes da reunião da CIT (em caso de necessidade, a Coordenação Executiva da Câmara Técnica deverá ser consultada). Foi apresentada a proposta de revisão nos itens de organização da pauta da CIT que passou a ter quatro eixos: 1. homologação; 2. temas para discussão e pactuação; 3. temas para apresentação e debate (15min. apresentação 15min. debate); 4. informes (3 min.). Cada segmento que compõe a CIT - Conass, Conasems e Ministério da Saúde deverá indicar 2 representantes para compor a Coordenação Executiva da Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite. A Câmara Técnica terá 09 Grupos de Trabalho, sendo que alguns deles, em função da sua especificidade poderão ter Comissões Temáticas. O Ministério da Saúde financiará, quando necessário, uma passagem para o Conass e uma para o Conasems, por reunião dos Grupos de Trabalho. São os seguintes os Grupos de Trabalho vinculados à Câmara Técnica da CIT: Vigilância em Saúde; Vigilância Sanitária; Atenção à Saúde; Informação e Informática; Gestão do Trabalho e Educação Permanente; Ciência e Tecnologia; Assistência Farmacêutica; Financiamento, orçamentação e alocação de recursos; Gestão do SUS. O Conass solicitou a inclusão da agenda estratégica no documento, bem como os temas pendentes de 2003 já levantados pela Secretaria Técnica da CIT. O Conasems solicitou a inclusão do tema contratação de Recursos Humanos, com destaque para o problema do Código 7, na agenda estratégica, preferencialmente para a pauta da próxima CIT. O Conass solicitou que seja oficializado o fluxo dos recursos, com análise da admissibilidade pelo GT de Gestão vinculado à Câmara Técnica da CIT. O tema reorganização da CIT foi aprovado.

B.2 Diretrizes para a Política Nacional de Saúde Bucal – o coordenador da Coordenação de Saúde Bucal da Secretaria de Atenção à Saúde apresentou a seguinte proposta: a) pressupostos: qualificação da atenção básica; integralidade das ações; utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento; acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados; centrar a atuação na vigilância à saúde ; incorporar a saúde da família como uma importante estratégia na reorganização da atenção básica; definir política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal; estabelecer política de financiamento; definir uma agenda de pesquisa científica; b) princípios norteadores das ações: gestão participativa; ética; acesso; acolhimento; vínculo; responsabilidade profissional; c) Ações: ações de promoção e proteção de saúde; fluoretação das águas; educação em saúde; higiene bucal supervisionada; aplicação tópica de flúor; ações de recuperação; ações de reabilitação; d) ampliação e qualificação da atenção básica: prevenção e controle do câncer bucal; implantação e aumento da resolutividade do pronto-atendimento; inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica; inclusão da reabilitação protética na atenção básica; ampliação do acesso; ampliação de qualificação da atenção secundária e terciária; a estratégia de saúde da família; inclusão de produtos odontológicos na farmácia do saúde da família; e) ações estratégicas: implantação de centros de especialidades odontológicas e laboratórios de prótese dentária; distribuição de kits de higiene oral para escolares (escova de dente e creme dental); fluoretação da água de abastecimento. O Conass e o Conasems fizeram comentários sobre a importância da proposta e a oportunidade de ampliação e resolutividade do atendimento na atenção básica, a qualificação da atenção secundária e terciária e a integralidade das ações de saúde bucal. O Conasems enfatizou a importância da oferta de flúor na água de abastecimento, mas ressaltou a preocupação com a fluorose causada pelo excesso de flúor proveniente de várias fontes. O Conass sugeriu a aprovação da proposta de Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, tendo em vista que contempla os princípios do SUS; o Conass solicita que as discussões na Câmara Técnica continuem para definir as questões relacionadas a financiamento, operacionalização e gestão; em relação à atenção secundária e terciária o Conass enfatiza a necessidade de definir quais são esses procedimentos. A proposta de Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal foi aprovada. Será marcada reunião da Câmara Técnica para continuação das discussões.

B.3 Vigilância alimentar e Nutricional - as informações geradas pela Vigilância Alimentar e Nutricional destinam-se: à tomada de decisões, inclusive controle social; à formulação de políticas públicas; diagnóstico descritivo e analítico da situação alimentar e nutricional; ao conhecimento da natureza e magnitude dos problemas nutricionais, identificando com isso áreas

geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco; ao diagnóstico precoce de possíveis desvios nutricionais. Transição SBA/Vigilância Alimentar e Nutricional: o aplicativo vigilância alimentar e nutricional é um aperfeiçoamento e ampliação do Sistema Bolsa Alimentação; o cumprimento da Agenda de Compromisso do Programa Bolsa Alimentação incluía avaliação nutricional; o Sistema SBA está instalado atualmente (caixa postal autenticada) em 3.987 municípios brasileiros; coleta das medidas peso e altura: rotina nos serviços de saúde. Proposta: Indicadores identificados segundo sua essencialidade e importância para o diagnóstico da situação; Indicadores pactuados com áreas técnicas do MS e referendados pela comunidade científica; Informações geradas e integradas ao SIAB (módulo do sistema); Informações para usuários do SUS em todas as fases do ciclo de vida; Principais variáveis para geração dos indicadores: DN, Sexo, Peso e Altura; Indicadores adicionais para todas as fases do ciclo de vida: CID: doenças e/ou intercorrências direta ou indiretamente relacionadas ao estado nutricional; ações do Ministério da Saúde (anemia ferropriva, DDI, hipovitaminose A, HA, DM, entre outros); Relatórios de Saída (consolidados), Brasil, Estados, Município, Unidade Básica de Saúde (indivíduo). O assunto foi aprovado.

B.4 Proesf – foi apresentada a proposta de remanejamento dos recursos do projeto tendo em vista que a lógica operacional estabelecida no Acordo de Empréstimo do PROESF para implementação das ações de desenvolvimento de RH (Componente 2) era divergente da política do MS; o Ministério decidiu pelo financiamento de 100% dos municípios acima de 100 mil habitantes; e a avaliação do MS sobre a necessidade de fortalecimento das estruturas de monitoramento e avaliação das SES. Os recursos financeiros do Bird para o Proesf continuam sendo US\$ 68 milhões distribuídos nos componentes 1 e 3 – apoio à conversão do modelo de atenção básica de saúde e monitoramento e avaliação da atenção básica; os recursos do governo brasileiro no projeto foram ampliados para US\$ 86 milhões, dos quais US\$ 38 milhões exclusivamente para o componente 2 - Pólos de Educação Permanente. Dos 231 municípios acima de 100 mil habitantes, 197 já estão recebendo os recursos. Aproximadamente 75 Pólos de educação Permanente estão em processo de organização; 21 Pólos e 3 Fóruns Estaduais de Educação Permanente já enviaram projetos para apreciação; a maior parte dos locais está em processo de elaboração de projetos; na Amazônia Legal, o Ministério está acompanhando e apoiando tecnicamente a constituição dos Pólos e a elaboração dos projetos, e nos demais estados e regiões, o apoio será mediante demanda. Em processo de elaboração e contratação: Curso à distância para formação de facilitadores da educação permanente; Oficinas para formação de formuladores de políticas; Metodologia de avaliação e acompanhamento dos Pólos e dos processos de educação permanente. O Conass sugeriu a aprovação do remanejamento dos recursos e da proposta de institucionalização das ações de monitoramento e avaliação da Atenção Básica pelas Secretarias Estaduais de Saúde com as seguintes ressalvas: que a referência da construção de indicadores nos planos estaduais de monitoramento e avaliação seja a partir de pactuação e definição na CIT; que seja constituído Grupo de Trabalho para análise e discussão do detalhamento da operacionalização dos Planos principalmente no que se refere aos critérios de alocação de recursos e a questão da reserva técnica. O Conass solicitou que o critério exigido em relação à questão orçamentária seja a alimentação do SIOPS. O Conass solicitou definição do Ministério da Saúde sobre a qualificação do DF no Proesf, tendo em vista que na ocasião que apresentou o pleito foi aprovado mas não houve até agora o repasse dos recursos. O Ministério da Saúde informou que o Tribunal de Contas da União determinou a suspensão do repasse de recursos do Ministério da Saúde para o Saúde da Família do Distrito Federal. O Secretário de Saúde do DF, Dr. Arnaldo Bernardino, afirmou que a proibição de transferência se referia ao Instituto Candango e que a SES/DF já rompeu contrato com o Instituto desde setembro de 2003. O Ministério da Saúde considerará a SES/DF incluída no PROESF, dará todos os encaminhamentos técnicos, porém fará consulta jurídica sobre se ainda persistem impedimentos para a transferência dos respectivos recursos

B.5 Diretrizes para atenção à saúde dos adolescentes atendidos em regime de internação, internação provisória e semiliberdade - Objetivos da Proposta: garantir e promover a atenção Integral à Saúde do adolescente privado de liberdade indo ao encontro das suas necessidades sociais e singularidades; cumprir a Constituição Federal e o ECA; organizar os serviços de saúde dentro dos princípios do SUS. Aspectos principais da Proposta: criar o incentivo para a atenção à

Saúde de adolescentes atendidos em regime de internação e internação provisória; os ambulatórios das unidades de internação, internação provisória e as equipes de saúde serão cadastrados no CNES; os recursos do Ministério da Saúde serão repassados Fundo a Fundo; a Secretaria Especial de Direitos Humanos irá alocar recursos para reforma, ampliação, construção e compra de equipamentos para ambulatório dentro da unidade; a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres alocará recursos para o financiamento da capacitação em gênero das(os) adolescentes e dos(as) profissionais envolvidos no atendimento aos adolescentes; a adesão se dará mediante a elaboração do Plano Operativo que será construído pelo estado e município e aprovado posteriormente pelo Conselho de Saúde e de Direitos da Criança e do Adolescente; a habilitação do Estado se dará após a aprovação do Plano Operativo pelos Conselhos de Saúde e de Direitos da Criança e do Adolescente, bem como pelo Ministério da Saúde; será constituída a Comissão Nacional para acompanhar a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes; para dar suporte a esta Comissão, a proposta será monitorada pela equipe técnica da saúde do adolescente em ambiente virtual interativo e em rede; o Ministério da Saúde, por meio da SAS, regulamentará as Normas Operacionais das Diretrizes para implantação e implementação da Atenção à Saúde dos adolescentes atendidos em regime de internação e semiliberdade. A proposta de diretrizes foi aprovada e a sua regulamentação deverá ser objeto de discussão e pactuação na CIT.

C. TEMAS PARA APRESENTAÇÃO E DEBATE (estes temas não foram pactuados)

C.1 Projeto de qualificação da atenção à saúde – o tema foi apresentado e o Conass e o Conasems debateram levantando questões sobre a abrangência do projeto que propõe soluções para pontos importantes do sistema. O Conasems ressaltou a importância das propostas de qualificação e pacto que avançam na construção do SUS. O resumo da apresentação está em anexo.

C.2 Política para pequenos hospitais - foi apresentada a versão preliminar da Reforma do Sistema Hospitalar Brasileiro - pequenos hospitais: uma estratégia alternativa de organização e financiamento; em anexo um resumo da proposta.

C.3 Terapia Renal Substitutiva - o Secretário de Atenção à Saúde insistiu que os estados e municípios devem se preocupar com o controle e regulação dos gastos com Terapia Renal Substitutiva e informou que a partir da competência janeiro/2004 o Ministério da Saúde vai pagar tendo como referência a Portaria/GM nº 1112 de 13 de junho de 2002, levando em consideração os gastos no quadrimestre setembro/dezembro de 2003 e fazendo uma revisão nos tetos, ajustando aos valores gastos neste período. Nos meses de setembro e outubro serão aplicados 5%. Nova portaria será publicada com estes critérios informados. A partir de janeiro o Ministério não pagará mais os valores que extrapolarem os tetos fixados no FAEC: passarão a ser debitados dos recursos de média e alta complexidade dos limites financeiros das Unidades Federadas. Serão feitas revisões periódicas nos valores dos tetos para TRS, por Unidade Federada. O Conass manifestou-se pela necessidade de apresentação da Política Nacional para Atendimento ao Doente Renal que deve contemplar as questões de financiamento e outras.

D. INFORMES

D.1 Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde - o Tribunal de Contas da União concedeu ao Ministério da Saúde uma prorrogação do prazo para manutenção do convênio com o CNPq visando o pagamento dos bolsistas do PITS, até 22 de julho de 2004 e o Ministério deve finalizar uma proposta de política de atenção básica para pequenos municípios, até abril.

D.2 Diretrizes para o Plano Nacional de Saúde – para a elaboração do Plano o Ministério da Saúde deve disponibilizar aos gestores um aplicativo para ser respondido via internet com sugestões de prioridades a serem contempladas no Plano. As metas do Plano devem ser regionalizadas. Sugestões podem ser enviadas pelo e-mail pns@sauda.gov.br.

D.3 Sistema Nacional de Atenção às Urgências – foi apresentado o monitoramento da 1ª fase do projeto SAMU 192. As propostas apresentadas cobrem 1.463 municípios e 60 milhões de habitantes e estão em fase de análise.

D.4 Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS - foram distribuídas cópias da Portaria/GM 52 de 20/01/04 que institui o Programa Anual de

Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS e da Portaria/GM 53 de 20/01/04 que cria novos procedimentos no âmbito do citado Plano. Este Programa prevê a redução progressiva de leitos, reclassificando os hospitais a partir do número de leitos SUS, com recomposição de diárias. No dia 09 de março será realizado em Brasília um Seminário sobre o Programa, do qual deverão participar os gestores de municípios com hospitais psiquiátricos acima de 160 leitos e os coordenadores estaduais. Até o final de abril a SAS deve apresentar proposta de reorganização da atenção em saúde mental em hospital geral e de mudança dos mecanismos de financiamento aplicáveis a esta modalidade.

D.5 Assistência farmacêutica básica, incentivo e medicamentos de alto custo – os medicamentos dos Programas Estratégicos serão adquiridos pelo Ministério da Saúde e distribuídos; sobre medicamentos essenciais para a assistência básica foram informadas as providências que estão sendo tomadas: 1)redefinição do elenco; 2)endereçamento para as SMS; 3)processo de reposição (3º trimestre); 4)fluxo de informação reposição (MS – SES– SMS); 5)distribuição a partir do fabricante; 6)aumento do quantitativo; 7)inclusão de novas drogas; 8)organização das áreas de assistência farmacêutica municipais e estaduais. Os medicamentos de hipertensão arterial e diabetes terão aumento de cobertura, o suprimento deverá ser segundo protocolo clínico, endereçamento às SMS, o fluxo de informação de reposição será MS – SES – SMS, a distribuição a partir do fabricante. O Ministério vai aumentar a contrapartida federal do incentivo de assistência farmacêutica básica de R\$ 1,00 para R\$ 2,00, a partir da competência janeiro, para 1.201 municípios do semi-árido, em 10 estados, inscritos no Programa Fome Zero, cobrindo uma população de 18.338.970 habitantes, num total de R\$ 3.056.495,00 ao mês. Quanto aos medicamentos de dispensação excepcional o assunto está em estudo na Câmara Técnica e a proposta do Ministério da Saúde é a seguinte: menor valor apresentado em procedimentos licitatórios estaduais (equalização de tabela); preço de comercialização informado à Anvisa; estabelecimento de competição interna, por grupo terapêutico; atendimento dos protocolos clínicos; novas apresentações com melhor adesão do paciente ao tratamento; registro na Anvisa; redução nos custos dos procedimentos, nos serviços de saúde do SUS; avaliação do impacto financeiro da droga considerando o montante do programa; compra centralizada de Imiglucerase; registro de preço para tratamento da hepatite C, genótipo I (interferon peguilado); revisão semestral da tabela; continuidade do grupo assessor para medicamento de dispensação em caráter excepcional; co-financiamento: 80% união e 20% estados. O Conass reafirmou sua posição pela descentralização dos recursos da assistência farmacêutica básica e pela não fragmentação por meio de kits (PSF, hiperdia); em relação aos medicamentos de dispensação em caráter excepcional a idéia é dar continuidade às discussões e negociações sobre a proposta apresentada pelo Ministério da Saúde, tratando, além das questões relativas à nova Tabela e de co-financiamento, a todo o Programa de dispensação de medicamentos em caráter excepcional nos seus aspectos de gestão e operacionalização. Em relação aos medicamentos de dispensação em caráter excepcional, o Conass solicitou o encontro de contas do 1º trimestre de 2004, com base nos valores de setembro a novembro de 2003.

D.6 Vigisus II - Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde - Ao iniciar a apresentação o Secretário de Vigilância à Saúde, Dr. Jarbas Barbosa, informou que alguns pontos da exposição já haviam sido pactuados com o CONASS e o CONASEMS em reuniões anteriores da CIT, entretanto outros itens ainda não representavam a intenção da SVS. Objetivo geral do projeto: aperfeiçoar e fortalecer o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde para reduzir a morbi-mortalidade, bem como os fatores de risco associados à saúde. Período: 2004-2008. Componentes: Componente I - vigilância em saúde; Componente II - saúde indígena; Componente III - administração do projeto. Diretrizes para o VIGISUS II: elaboração de ações estruturantes (obras, equipamentos e capacitação de recursos humanos), sob a forma de “circuitos completos”, buscando produzir impacto sobre as deficiências e necessidades detectadas no sistema; discussão e aprovação nas CIB das ações programadas para o estado e ajustamento dos “padrões nacionais” às características regionais; aquisição centralizada de veículos e equipamentos com entrega direta ao usuário final; utilização da modalidade de transferência de recursos “fundo a fundo” para metas pré-pactuadas de indicadores relevantes para o sistema. Incentivo baseado em desempenho; fortalecimento da assessoria técnica aos estados e municípios na execução das ações; fortalecimento do sistema de monitoramento e

avaliação do projeto. Componente I - Vigilância em Saúde: Subcomponente I: Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças Transmissíveis; Subcomponente II: Vigilância Ambiental; Subcomponente III: Análise de Situação de Saúde e Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis; Subcomponente IV: Fortalecimento da Gestão em Vigilância em Saúde nos Estados e Municípios. Escolha de Indicadores: as UF serão estratificadas pelo nível atual da linha de base para cada indicador; as metas serão estabelecidas para cada estrato, com valores intermediários para cada ano do projeto; esses indicadores servirão para avaliar o impacto do projeto e para o repasse de recursos vinculados ao desempenho. Beneficiados: todas as SES e SMS capitais; SMS RM e pólos – 147 melhores propostas. Avaliação do Projeto: baseado no desempenho das metas estabelecidas e na execução orçamentária, o desempenho das UF e dos municípios contemplados com o subcomponente 4 será classificado, ao 18º mês, em Bom, Regular e Insuficiente. no sentido de estimular o desempenho ótimo, foram propostos incentivos “positivos” e “restritivos”: Desempenho Bom - receberão um adicional de 10%; Desempenho Regular - suporte técnico no sentido de auxiliá-los no cumprimento das metas estabelecidas; Desempenho Insuficiente – recursos destinados serão reduzidos em 10%. Cronograma: Janeiro – Missão de aprovação – 26 a 30/1/04; Abril – Missão de Negociação; Julho de 2004 – início da execução. Recursos: R\$ 284.233.549,00

D.7 Orçamento – o Conass solicitou ao Ministério da Saúde que informe até que ponto o Ministério está sendo afetado com o corte dos R\$ 6 bilhões no orçamento da União; sobre o aumento de cerca de R\$ 552 milhões no orçamento de assistência ambulatorial e hospitalar, o Conass solicitou que o Ministério apresente, ainda no primeiro trimestre de 2004, proposta de redistribuição desses recursos para recomposição dos tetos dos estados, utilizando metodologia semelhante à de 2003, corrigindo desigualdades. A SAS informou que vai procurar trazer um estudo na reunião de março.

D.8 Teto financeiro para Vigilância Sanitária – foram distribuídas uma Nota Técnica e uma minuta de portaria com os valores dos Tetos propostos para os estados, conforme define a Portaria/GM 2.473 de 29/12/03 que estabelece a programação pactuada das ações de vigilância sanitária. Os recursos orçados pela Anvisa para repasse fundo a fundo são da ordem de R\$ 66.400 milhões, provenientes da arrecadação das Taxas de Fiscalização de Vigilância Sanitária, estimada para 2004, de acordo com os seguintes macro-setores: medicamentos, alimentos e tecnologia de produtos para saúde.

D.9 Pacto da redução da mortalidade materna – proposta de lançamento político do pacto no dia 08 de março, na solenidade oficial do Dia Internacional da Mulher. Manter o cronograma de discussão com o Conass e o Conasems para pactuar a agenda operacional desse pacto.

D.10 Apoio integrado à gestão descentralizada – objetiva fortalecer a capacidade de governo sobre o sistema de saúde nas esferas estadual e municipal, contribuindo assim para o fortalecimento da gestão do SUS e para a qualificação e humanização da assistência nos diversos níveis. Serão encontros periódicos, regulares, com um momento inicial para análise da situação do SUS no estado, onde se pactua a agenda de prioridades. O atendimento de demandas por apoio técnico específico a cada subárea, assim como o atendimento a situações emergenciais, serão intercalados aos encontros periódicos, subsidiados pelas informações da gestão, podendo também gerar demandas para o trabalho de apoio à gestão. O desdobramento da reorganização desse processo de apoio será a coordenação e articulação dos processos de avaliação da política e do sistema de saúde nas três esferas de governo. Esta estratégia já teve início em cinco estados no mês de dezembro e no mês de março será ampliada para mais seis estados: TO, RO, PI, SE, AP, RS.

D.11 Portaria – A Portaria que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor será assinada pelo Ministro e publicada nos próximos dias. O Ministério da Saúde já recebeu 25 projetos de Pólos que estão sendo analisados. Os estados que não mandaram ainda os projetos devem mandar logo pois os recursos estão disponíveis.

ANEXOS

Projeto de Qualificação da Atenção à Saúde

Necessidade de melhorar a qualidade da atenção à saúde e a avaliação que a população tem do Sistema Único de Saúde.

INSATISFAÇÃO DA POPULAÇÃO

Baixo acolhimento dos serviços, gerando filas sem qualificação da gravidade e necessidade de atendimento prioritário

Baixa capacidade instalada em algumas regiões do país sobretudo para urgências /emergências

Grande afluxo de pacientes com problemas de baixa complexidade aos serviços de urgência e especializados

Falta de qualificação da rede básica, com pouca resolutividade para os problemas mais simples, além do baixo acolhimento e responsabilidade das equipes pelos usuários

Desarticulação entre os níveis de assistência, não garantindo retaguarda adequada para rede básica e emergências.

Controle social incipiente e burocratizado;

Capacidade reduzida de gestão e regulação do sistema.

Formação dos profissionais de saúde que priorizam a abordagem da doença.

POLÍTICA DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS

OBJETIVO

Melhorar a qualidade da atenção à saúde realizada pelo Sistema Único de Saúde, levando a uma maior resolutividade, satisfação do usuário com o sistema e legitimação da política de saúde na sociedade.

PRESSUPOSTOS PARA POLÍTICA DE QUALIFICAÇÃO

Deve abranger os principais pontos de insatisfação da população.

Pretende mudar a imagem do SUS - a forma como a população percebe o SUS.

Exige transversalidade em toda ação do Ministério da Saúde.

Envolve um conjunto de mudanças de técnicas mas também de atitudes, tendo como ponto de enfoque o respeito aos usuários do sistema de saúde.

A extensão territorial, as diversidades regionais, culturais, econômicas e sociais geram uma grande pluralidade de experiências e necessidades na organização e qualificação do sistema de saúde.

Necessitará a realização de um novo pacto: o pacto da saúde - da melhoria da organização da assistência e das condições sanitárias com os gestores estaduais e municipais.

DIMENSÕES DA QUALIFICAÇÃO

Resolutividade e eficácia da assistência à saúde.

Redução dos riscos à saúde.

Humanização das relações entre profissionais e entre profissionais e sistema com usuários.

Organização do sistema de saúde que garanta presteza na atenção ao cidadão e conforto no atendimento.

Motivação dos trabalhadores da saúde.

Controle social pela população na atenção à saúde e na organização do sistema de saúde do país.

DEFINIÇÃO DAS PROPOSTAS QUE DEVEM DAR CONTA DAS INSATISFAÇÕES COM:

As Urgências

Filas

Acesso à atenção de média complexidade.

Pouca resolutividade da atenção básica

Desumanização do Sistema de Saúde

PROPOSTAS

1. Qualificação do atendimento nas Unidades de Urgência/Emergência.

Adequação do padrão físico dos serviços de urgência/emergência nas unidades hospitalares.

Acolhimento na urgência/emergência.

Garantia da contra-referência (rede hierarquizada e resolutiva).

Integração da urgência/emergência nas estruturas hospitalares.

2. Qualificação da Atenção Básica

Melhoria das condições de trabalho

Resolutividade na assistência prestada

Acesso à assistência especializada

3. Política de Humanização da Atenção e da Gestão no SUS

4. Gestão e Regulação do Sistema de Saúde.

Centrais de regulação (leitos e consultas)

Disponibilização de soluções de informatização

5. Garantir o acesso aos procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média complexidade

Política Nacional para os Pequenos Hospitais Brasileiros

Eixos Norteadores:

Humanização
Inserção na Rede
Garantia do Acesso Qualificado
Democratização da Gestão
Contratualização
Financiamento
Descentralização e Regionalização
Pactuação : CIB e CIT

Objetivo Geral

(Re)definição do papel de estabelecimentos de saúde com até 30 leitos, incrementando um modelo de organização e financiamento para a sua adequada inserção na rede hierarquizada de atenção à saúde, agregando resolutividade e qualidade entre as ações dos diferentes níveis de complexidade.

Objetivos Específicos:

Promover ajuste de leitos
Adequar o perfil assistencial da unidade
Adequar o modelo de alocação de recursos inanceiros utilizando sistemas globais de rçamentação;
Contratar as unidades, mediante definição de etas quanti e qualitativas

Critérios de Seleção:

Públicos e Filantrópicos
5 a 30 leitos instalados
Até 30.000 habitantes
Cobertura >70% PSF

Critérios para adesão:

Perfil assistencial:
Partos de baixo risco
Especialidades básicas
Odontologia (7% da produção)
Cirurgias pequenas e ambulatorial
Integrar o sistema de urgência e emergência

Requisitos:

Algum tipo de habilitação na NOB/96 ou NOAS/02;
Fundo Municipal de Saúde operante;
Conselho Municipal de Saúde atuante;
Apresentação do “Projeto” aprovado pelo CMS;
Formalização do Termo de Adesão;
Termo de Compromisso (municipalização)

Responsabilidades dos municípios:

Elaboração do diagnóstico situacional e Projeto
Desenvolvimento da capacitação institucional e modernização da gestão;
Pactuação com os demais gestores – referência e contra-referência;
Elaboração de relatório semestral,

Alimentação do banco de dados;
Acompanhamento e avaliação

Responsabilidades dos estados

Elaboração do diagnóstico situacional e Projeto
Oferecer assistência técnica para os municípios
Coordenação, gerenciamento e acompanhamento dos Projetos municipais propostos;
Capacitação de gestores municipais;
Acompanhamento e supervisão dos municípios habilitados;
Participação no financiamento de forma compartilhada com o MS.

Responsabilidades do Ministério da Saúde

Implementar políticas e estratégias em conjunto com estados e municípios;
Oferecer assistência técnica;
Monitorar e avaliar a execução dos Projetos dos municípios habilitados;
Analizar e aprovar os processos de habilitação;
Utilizar os sistemas de informação existentes
Transferência regular, fundo a fundo, dos recursos federais correspondentes ao Projeto.

Resultados esperados

Agregar resolutividade à assistência prestada por estas unidades, à rede já existente
Garantir ao PSF o acesso a leitos de internação nas clínicas básicas e a procedimentos de baixa complexidade
Garantir a continuidade da atenção prestada (AB, MC e AC)
Contribuir na organização de demandas da média e alta complexidade
Integrar o Sistema de Urgência
Induzir a municipalização da gerência dessas unidades
Estimular a fixação de profissionais
Estimular o exercício do Controle Social
Adequar a demanda para internações de baixa complexidade
Reforçar as noções de rede e de colaboração para atenção integral do paciente