



RESUMO EXECUTIVO

Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite do dia 18/03/04

I. PAUTA

1. Homologação

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

2. Temas para discussão e pactuação

- 1) Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal - SAS

3. Temas para apresentação e debate

- a) Contratação e Código 7 – SAS
- b) Políticas de alta complexidade: atenção ao doente renal, ortopedia e cardiologia - SAS
- c) Pequenos hospitais – estágio atual da discussão na Câmara Técnica - SAS
- d) Reorganização do Plano Nacional de Controle da Hanseníase – SVS
- e) Política Nacional de Humanização - SE

4. Informes

- 1) Orçamento: impacto dos cortes - SE
- 2) Alocação de recursos de média e alta complexidade para correção das desigualdades
- 3) SAMU - SAS
- 4) Saúde mental – SAS

II. DESENVOLVIMENTO

A. HOMOLOGAÇÃO:

A.1 Habilitação de municípios – foi homologada a habilitação de 55 municípios em Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada – GPABA e 07 municípios em Gestão Plena de Sistema Municipal – GPSM para a competência abril. A partir da competência abril estão habilitados conforme a Noas, 1569 municípios em GPABA e 197 municípios em GPSM.

A.2 Desabilitação do município de Almas/TO – foram homologadas a desabilitação do município de Almas/TO conforme a Resolução CIB/TO nº 110/2003 e a habilitação do referido município em Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada conforme Resolução CIB/TO nº 111/2003, a partir da competência abril. O Conasems solicitou que um Grupo de Trabalho analise o fluxo da NOAS 2002 no caso de recursos à CIT e apresente uma proposta para tornar mais claro o seu entendimento. Foi aprovada a proposta de realização desse estudo e o Grupo de Trabalho/CIT de Gestão do SUS deverá estudar o assunto e apresentar na reunião da CIT de abril.

A.3 Habilitação de estados: o coordenador da reunião, Dr. Cipriano Maia de Vasconcelos informou que estão no Ministério da Saúde os pleitos de habilitação dos estados de Pernambuco e Piauí já aprovados na CIT aguardando o cumprimento de algumas pendências para a publicação da portaria de habilitação e o pleito do estado do Espírito Santo aguardando o cumprimento de algumas pendências no processo, para apresentação na CIT.

A.4 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 04 municípios ao Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DST, totalizando até o momento 404 municípios qualificados dos 411 selecionados. A Coordenação de DST/AIDS pretende qualificar todos os 411 municípios até junho de 2004.

A.5 Certificação de estados e municípios à gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças – a CIT homologou a certificação de 03 municípios para competência abril, totalizando 5015 municípios certificados.

B. TEMAS PARA DISCUSSÃO E PACTUAÇÃO

B.1 Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal - Situação da Mortalidade Materna e Neonatal em 2002: mais de 2.000 óbitos de mulheres por complicações da gravidez, aborto, parto ou puerpério; mais de 38.000 óbitos de crianças com até 28 dias de vida. Principais Causas da Mortalidade Materna: Hipertensão; hemorragia; aborto; infecção puerperal; doenças do aparelho circulatório; problemas respiratórios e circulatórios; prematuridade e baixo peso; infecções perinatais; hemorragias. Objetivo do pacto: articular ações de governo e da sociedade civil, envolvendo diferentes atores sociais na qualificação da atenção a mulheres e recém-nascidos, visando a redução da mortalidade materna e neonatal. Meta: redução da mortalidade materna e neonatal em 15% até o final de 2006, salvando vidas de 300 mulheres e 5700 recém-nascidos. Construção do Pacto: articulação com Gestores, Sociedades Científicas, Conselhos Profissionais, Centrais Sindicais, Entidades de Classe e Movimentos Sociais; realização do Seminário Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal; 1. efetivar Pactos Municipais e Estaduais; 2. qualificação e Humanização da Atenção à Saúde da Mulher e da Criança: acolhimento ao parto, assegurar o direito ao acompanhante e ao alojamento conjunto, tornar resolutive a atenção ao parto e ao nascimento, atenção humanizada ao abortamento, organização do acesso e adequação da oferta de serviços, qualificação do atendimento às urgências/emergências, rede hospitalar e centros de parto normal; 3. expansão da atenção à saúde da mulher e da criança; 4. ampliar as ações de planejamento familiar; 5. redução da transmissão vertical do hiv/aids; 6. saúde da mulher trabalhadora; 7. saúde das mulheres e recém-nascidos negros e indígenas; 8. planos e seguros privados de saúde; 9. educação permanente dos profissionais envolvidos com a atenção obstétrica e neonatal; 10. vigilância ao óbito materno e infantil; 11. fortalecimento de projetos de premiação de serviços exemplares. O Conass e o Conasems reafirmaram o pacto e reconheceram a sua necessidade e importância como prioridade no SUS. O Conass sugeriu que sejam discutidas as questões operacionais e de financiamento e que sejam observadas as experiências dos estados em relação a este tema. O Conasems sugeriu que o Grupo de Trabalho da Câmara Técnica da CIT estude o detalhamento da operacionalização do pacto. Foi aprovada a proposta de detalhamento da operacionalização pelo GT/CIT de Atenção à Saúde.

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

C.1 Contratação e Código 7 – o Diretor do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle propôs que o Grupo de Trabalho da CIT estude a revisão do processo de contratos e que a este tema seja agregada a discussão do Código 7, pois são assuntos associados. Em 2000 os gastos com a remuneração do Código 7 eram de R\$ 176 milhões e em 2003, R\$ 385 milhões; a partir de 2000 o governo federal tem remunerado cada vez menos profissionais pelo Código 7 pois os estados e municípios que estão se habilitando estão assumindo este

pagamento; há cerca de 40 mil profissionais médicos remunerados pelo Código 7. O Grupo de Trabalho/CIT de Gestão do SUS deverá estudar o assunto e apresentar propostas à CIT sobre contratação dos profissionais, dos prestadores e sobre o financiamento; além disso deve ser construída uma agenda com o Ministério da Previdência, Ministério do Trabalho e Emprego e Ministério da Saúde para um entendimento sobre questões pendentes, entre elas o recolhimento das contribuições previdenciárias.

C.2 Políticas de alta complexidade: atenção ao doente renal, ortopedia e cardiologia – estão em fase de elaboração e discussão com as sociedades científicas e gestores estaduais e municipais as políticas de alta complexidade de atenção ao doente renal, ortopedia e cardiologia. Estas políticas propõem um novo modelo de atenção que estimule mecanismos de acolhimento do paciente; promova a equidade do acesso aos serviços principalmente nas regiões do país com baixa concentração de estrutura; capacite recursos humanos envolvidos com a assistência e com o controle e avaliação; organize a assistência aos pacientes, em serviços hierarquizados e regionalizados, etc. O Grupo de Trabalho/CIT de Atenção à Saúde vai analisar a operacionalização das propostas das políticas referidas e deverão ser pautadas novamente na CIT para pactuação. Anexo I

C.3 Pequenos hospitais – estágio atual da discussão na Câmara Técnica – o Ministério da Saúde está discutindo o assunto no Grupo de Trabalho/CIT de Atenção à Saúde e também realizou reuniões com a Confederação das Misericórdias e representantes de hospitais filantrópicos. A proposta inicial do Ministério da Saúde está sendo modificada tendo em vista as sugestões apresentadas nestas discussões e alguns pontos estão sendo considerados: qual o tipo de instância de controle; como incluir nas ações de saúde bucal; mecanismo de financiamento: por leito, populacional; unidades com menos de 5 leitos. O Conass manifestou sua preocupação em relação ao cronograma de implantação, a necessidade de previsão de recursos orçamentários estaduais e aspectos conceituais da proposta, entre outros pontos. Informou que este assunto será objeto de discussão mais aprofundada em Simpósio sobre pequenos hospitais a ser realizado em Sergipe. O Grupo de Trabalho continuará a discussão e o assunto deverá retornar para a CIT, para pactuação.

C.4 Reorganização do Plano Nacional de Controle da Hanseníase – a Coordenadora do Programa Nacional de Hanseníase Dra. Rosa Castália apresentou os desafios para a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública em 2005, os aspectos relevantes, as estratégias para 2004 e os componentes do Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase (Anexo II). O Conass e o Conasems ressaltaram a necessidade dos gestores do SUS assumirem um compromisso para a eliminação da hanseníase. O Grupo de Trabalho/CIT de Vigilância em Saúde vai discutir a operacionalização do Plano e o assunto deverá ser pautado em outra reunião da CIT para pactuação.

C.5 Política Nacional de Humanização – Dra. Regina Benevides apresentou a Política Nacional de Humanização que procura consolidar quatro marcas específicas: 1) redução das filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco; 2) todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial; 3) as unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS; 4) as unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários assim como educação permanente aos trabalhadores (Anexo III). As questões operacionais para implantação devem ser discutidas no Grupo de Trabalho/CIT.

C.6 Fala do Ministro da Saúde – foi editada portaria com as Normas de Cooperação Técnica e Financeira de Programas e Projetos Mediante a Celebração de Convênios e Instrumentos Congêneres, que estão sendo amplamente divulgadas para os gestores. Estas Normas foram elaboradas numa nova lógica de elaboração de pré-projetos simplificados, que evita a realização de gastos desnecessários pelos gestores na elaboração de projetos que às vezes não são financiados; em maio serão feitas correções no financiamento do PAB tendo

em vista o aumento populacional e atualização dos valores no financiamento do PACS conforme o aumento do salário mínimo; está em discussão na área técnica do Ministério da Saúde o aumento da Tabela de Procedimentos e dos tetos de média e alta complexidade e a expectativa é apresentar alguma proposta na CIT de abril; conclamou os estados e municípios para a participação na II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família; informou que o Ministério da Saúde está concluindo estudos sobre financiamento diferenciado da atenção básica para situações diferentes em pequenos municípios, áreas de difícil acesso e com dificuldade de profissionais, valores diferenciados para o Saúde da Família para municípios da região norte com baixo IDH e baixa densidade demográfica, para populações assentadas e localidades de quilombolas; enfatizou a importância do Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal entre os gestores e a proposta de qualificação da alta complexidade que está em discussão; sobre os pequenos hospitais solicitou o empenho dos gestores na discussão da construção de uma política para viabilizar o funcionamento e o financiamento adequados destes hospitais; até o mês de maio será lançada a Farmácia Popular.

C.7 Lançamento do Prêmio Nacional Professor Fernando Figueira, IV Prêmio Galba de Araújo e Prêmio David Capistrano – o Ministro da Saúde lançou os seguintes Prêmios: Prêmio Nacional Professor Fernando Figueira que reconhecerá e premiará os estabelecimentos hospitalares de saúde integrantes da rede do SUS com destaque no atendimento pediátrico humanizado e estímulo ao aleitamento materno; IV Prêmio Galba de Araújo que reconhece e premia as unidades de saúde integradas à rede SUS de maior destaque na atenção humanizada à mulher e ao recém-nascido, estímulo ao parto normal e ao aleitamento materno; Prêmio David Capistrano que premiará as 8 melhores experiências na área de humanização já implantadas nas instituições de saúde há pelo menos um ano e 8 projetos em fase de implantação nas instituições que integram a rede SUS. As experiências devem ser voltadas para as áreas de Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência, desde que signifiquem a melhoria da atenção da gestão à saúde no âmbito do sistema.

D. INFORMES

D.1 Orçamento: impacto dos cortes – o Ministério da Saúde informou que não houve cortes nos recursos de custeio do SUS mas apenas contingenciamento dos recursos financeiros das emendas parlamentares.

D.2 Alocação de recursos de média e alta complexidade para correção das desigualdades – o Conass solicitou que o assunto seja apresentado na CIT de abril como tema de discussão e pactuação e que o Ministério contrate estudos sobre os custos da média e alta complexidade e a real situação do financiamento do SUS. O assunto deve ser estudado pelo Grupo de Trabalho/CIT de Financiamento, orçamentação e alocação de recursos.

D.3 SAMU – 1) conclusão da Análise Técnica dos Projetos e encaminhamento das pendências aos Coordenadores Estaduais de Urgência para as providências necessárias; classificação dos projetos apresentados por grau de viabilidade operacional de acordo com as pendências apresentadas; 2) realizado Pregão por Registro Nacional de Preços para Aquisição das Ambulâncias de Suporte Básico e Avançado de Vida e início do Processo de Empenho das mesmas; 3) lançamento do Edital para contratação de serviços de comunicação de dados/voz e a infra – estrutura física tecnológica para a operação das Centrais de Regulação Médica das Urgências e dos equipamentos para as Unidades de Suporte Avançado; 4) publicada a Portaria SAS nº 52 / 04, instituindo o custeio para os SAMU já integrados à Rede Nacional SAMU – 192 (São Paulo, Recife, Aracaju, Porto Alegre, Belo Horizonte, Fortaleza); 5) encaminhado ofício para os secretários estaduais e municipais, informando da qualificação de seus projetos e solicitando: solução das pendências encaminhadas anteriormente, planejamento das Centrais de Regulação e estruturação das equipes do SAMU. Percentual de realização do projeto SAMU: 77,57% do programado.

D.4 Saúde Mental – foi realizada uma Oficina com as Secretarias Municipais de Saúde que têm hospitais psiquiátricos com mais de 160 leitos e as respectivas Secretarias Estaduais para discutir a implantação da proposta e até o dia 30 de abril todos deverão enviar o Plano de reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica para receber o financiamento da Portaria/GM 52 de 20/01/04.

ANEXO I

QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO NA ALTA COMPLEXIDADE

O modelo de atenção na alta complexidade

- Estímulo a mecanismos de acolhimento do paciente;
- Promoção da equidade do acesso aos serviços principalmente nas regiões do país com baixa concentração de estrutura;
- O aprimoramento do controle e avaliação como processo de gestão da garantia da qualidade do atendimento;
- A participação da comunidade;
- A capacitação de recursos humanos envolvidos com a assistência e com o controle e avaliação.
- Organizar a assistência aos pacientes, em serviços hierarquizados e regionalizados, com vistas a melhoria do acesso;
- Garantir a assistência nos vários níveis de complexidade, por intermédio de equipes multiprofissionais, utilizando-se de técnicas e métodos terapêuticos específicos;
- Adesão a Política de Humanização do SUS.
- Organização de linha de cuidados que perpassasse os níveis de atenção e de assistência, promovendo desta forma, a inversão do modelo de atenção
- Instituição de Políticas de Atenção na Alta Complexidade através da organização e implantação de Redes Estaduais e/ou Regionais – as secretarias estaduais e municipais e DF tomarão providências;
- As Redes serão compostas por:
 - Unidades de Assistência em Alta Complexidade
 - Centros de Referência em Alta Complexidade
- Criar Câmaras Técnicas com o objetivo de acompanhar a implantação e implementação das políticas

O modelo de atenção na alta complexidade

❖ **Unidades de Assistência em Alta Complexidade** : a unidade hospitalar que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada a pacientes portadores de doenças do sistema cardiovascular;

❖ **Centro de Referência em Alta Complexidade** : uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade que exerça o papel auxiliar, de caráter técnico, ao gestor nas políticas de atenção nas patologias cardiovasculares e que possua os seguintes atributos:

- a- ser Hospital de Ensino, certificado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, de acordo com a Portaria GM/MS nº XX, de XX de XXXXXX de 2004;
- b- forte articulação e integração com o sistema local e regional;
- c- ter estrutura de pesquisa e ensino organizada, com programas e protocolos estabelecidos;
- d- ter uma adequada estrutura gerencial capaz de zelar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas;
- e- subsidiar as ações dos gestores no controle, regulação e avaliação, incluindo estudos de qualidade e estudos de custo-efetividade.
- f- subsidiar os gestores em suas ações de capacitação e treinamento na área específica.

Assistência cardiovascular

➤ Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular

- a- Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular;
- b- Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular Pediátrica;
- c- Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Vascular;

- d-** Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos da Cardiologia Intervencionista;
- e-** Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos Endovasculares Extracardíacos;
- f-** Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Laboratório de Eletrofisiologia.

Executar, no mínimo, um dos seguintes conjuntos de serviços:

- Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista;
- Cirurgia Cardiovascular Pediátrica;
- Cirurgia Vascular
- Cirurgia Vascular e Procedimentos Endovasculares Extracardíacos;
- Laboratório de Eletrofisiologia, Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos de Cardiologia Intervencionista.

➤ Atendimento ambulatorial de referência à rede (267 cons/mês/15 cirurg cardiov, 179 cons/mês 10 cir ped., 100 cons/mês 15 cir ang).

➤ Acompanhamento ambulatorial pré-operatório e pós-operatório continuado e específico;

➤ Atendimento em urgência referenciada, nos serviços a que venha a executar.

➤ Os Centros de Referência em Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular, deverão oferecer um número mínimo de quatro dos serviços definidos;

➤ **Cirurgia Cardiovascular:** deve ser cadastrada também em Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos de Cardiologia Intervencionista; Deve contar com um responsável técnico em Implante de Marcapassos, médico Habilitado pelo Departamento de Estimulação Cardíaca Artificial – DECA da SBCCV ou Título de Especialista em Cirurgia Cardiovascular; devem realizar 180 cirurgias no mês.

➤ **Cardiologia Intervencionista:** deve ser cadastrada em Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular – 144 proc

➤ **Cirurgia Vascular:** deve dispor de Serviço de Angiorradiologia – 180 cirurg;

➤ **Cirurgia Endovascular Extracardíaca:** deve ser cadastrada também em Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Vascular – 120.

➤ **Eletrofisiologia:** deve ser cadastrada em Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos da Cardiologia Intervencionista e Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular – 60 procedimentos;

Não existirão cadastros isolados, como anteriormente:

➤ Serviços de Assistência de Alta Complexidade em **Implante de Marcapasso;**

➤ Serviços de Assistência de Alta Complexidade em **Procedimentos da Cardiologia Intervencionista** (Hemodinâmica);

➤ Serviços de Assistência de Alta Complexidade em **Laboratório de Eletrofisiologia.**

➤ Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular Parâmetro: **1/600.000** habitantes

➤ Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular Pediátrica - Parâmetro: **1/800.000** habitantes

➤ Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos da Cardiologia Intervencionista - Parâmetro: **1/600.000** habitantes

➤ Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Vascular - Parâmetro: **1/500.000** habitantes

➤ Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Endovascular - Parâmetro: **1/4.000.000** habitantes

➤ Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Laboratório de Eletrofisiologia - Parâmetro: **1/4.000.000** habitante

➤ **Centro de Referência** - Parâmetro: **1/4.000.000** habitantes

Assistência em traumatologia-ortopedia

- Média complexidade: disponibilidade obrigatória de consultas de ortopedia 360 consultas/mês p/ 700 mil hab mais os retornos necessários;
- Qualificação da atenção ao trauma na U/E para ↓ seqüelas bem como a garantia do atendimento destes na AC;
- Necessidade de ações intersetoriais → mudança do perfil epidemiológico da área de traumatologia-ortopedia;
- Necessidade de instrumentos reguladores por parte do gestor para que seja garantida a referência e contra-referência entre as regiões e entre os estados (CNRAC);
- Definição de um guia de boas práticas (indicação e contra-indicação de procedimentos) c/ o objetivo de auxiliar os gestores no controle e avaliação.

São criados os seguintes serviços de alta complexidade:

- coluna;
- Cintura escapular, ombro e cotovelo;
- Ante-braço, punho e mão;
- Cintura pélvica e quadril;
- Joelho;
- Tornozelo e pé;
- Ortopedia infantil
- Micro-cirurgia ortopédica;
- Infecção osteo-articular;
- Trauma e procedimentos osteoplásticos;
- Tumor ósseo.
- Unidades de Alta Complexidade em Traumatologia-ortopedia – 700 mil habitantes.
- Centros de Referência em Traumatologia-ortopedia – 5 milhões de habitantes.
- Ambulatório geral de ortopedia referenciado pela rede e acompanhamento a egressos do hospital;

Atendimento de pelo menos dois conjuntos das seguintes sub-especialidades:

- Microcirurgia;
- Coluna;
- Cintura escapular, ombro e cotovelo; antebraço, punho e mão.
- Cintura pélvica e quadril; joelho; tornozelo e pé.

Execução de todos os procedimentos listados para cada grupo de sub-especialidades a que venha a realizar;

Atendimento em urgência referida em TO e em infecção ósteo-articular, nas sub-especialidades credenciadas.

Assistência em traumatologia-ortopedia: ações propostas para garantia dos implantes ortopédicos

- Incluir nas AIH o preenchimento obrigatório do nº de lote do produto, nº do registro na ANVISA e do CNPJ da empresa fabricante;
- Notificação compulsória de remoção do implante
- Identificação compulsória no prontuário do paciente pela equipe médica, do material a ser implantado.

Atenção ao Portador de Doença Renal

[Na Atenção Básica

- Realizar ações de caráter individual ou coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção;
- Ações clínicas com relação à Hipertensão arterial e Diabetes mellitus e demais danos do rim que possam ser resolvidos neste nível;

- As ações serão realizadas na Rede de Serviços Básicos de Saúde. De acordo com a necessidade local o gestor poderá instituir uma Equipe de Referência da Atenção Básica com a função de tutoria e referência assistencial à Rede de Serviços Básicos de Saúde.

- Realizar ações complementares e suplementares à atenção básica/alta complexidade, através da referência e contra-referência, ampliando capacidade resolutiva diagnóstica e terapêutica.

- Para desempenhar as ações neste nível de atenção, o gestor poderá instituir um Centro de Referência especializado em Hipertensão e Diabetes.

Estas ações devem ser organizadas segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada Unidade Federada

Na Alta Complexidade

- Garantir o acesso à diálise;
- Assegurar qualidade no processo de diálise visando alcançar impacto positivo na sobrevida, na morbidade e na qualidade de vida;
- Garantia de equidade para a entrada em lista de espera para transplante renal

Atenção ao Portador de Doença Renal

- Plano de Prevenção e Tratamento das Doenças renais
- Ações de controle e avaliação;
- Protocolos Clínicos e Diretrizes em todos níveis de atenção, visando o aprimoramento da atenção, regulação, avaliação e controle;
- Capacitação e educação continuada;
- Garantia de medicamentos;
- Sistema de informação que ofereça subsídios ao gestor para tomada de decisão para o processo de planejamento, regulação, controle e avaliação
- Necessidade de cobertura assistencial, 01 serviço para 200.000 habitantes;
- Serviços devem oferecer todos os tipos de procedimentos de diálise
- Atendimento ambulatorial em nefrologia aos pacientes referenciados pelo gestor local – 2 consultas/paciente em diálise/mês.
- Garantia de confecção de FAV de acesso ao tratamento de hemodiálise, quando o paciente apresentar clearance de creatinina inferior a 25ml/min
- Serviços com no máximo 200 pacientes
- Obrigatoriedade da presença de nutricionista, psicólogo e assistente social – psiquiatra s/n
- Regulamento para serviços SUS e não SUS;

ANEXO II

Desafios para a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública em 2005

1. Objetivo do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase

- Reduzir a morbidade da doença para menos de um doente por 10.000 habitantes, meta de eliminação proposta pela OMS.
- Detectar e tratar precocemente os casos novos para interromper a cadeia de transmissão da doença e prevenir as incapacidades físicas

2. Aspectos relevantes

- Segundo dados da OMS o Brasil é o primeiro lugar em taxa de prevalência e segundo lugar em número de casos registrados e em casos novos diagnosticados do mundo.
- A maioria dos pacientes usa o SUS e muito poucos outro sistema de atenção;
- Mais de 60% (3.521) dos municípios do país possuem pelo menos um residente diagnosticado de hanseníase em 2002.
- A distribuição geográfica da endemia mostra importantes diferenças, com os maiores problemas na maioria dos estados das regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste;

3. Relevância (Dados do LEM/ 2003)

- 16% das Unidades Sanitárias (Centro, Posto e Unidade Saúde da Família) possuem serviço de PQT (diagnostico+tratamento+alta)
- 22% das Unidades Saúde da Família realizam diagnóstico e tratamento
- A grande maioria de unidades sanitárias atendem diariamente pela manhã e tarde, entretanto não mais de 16% das unidades sanitárias com potencial assistem os pacientes.
- O diagnóstico e tratamento na maioria dos Estados são realizados por médicos e ou profissionais de enfermagem, assistente social e profissionais de nível técnico.

4. Procedimentos financiados pelo PAB, específicos para os indivíduos portadores de hanseníase - SIA/SUS

- consulta médica para hanseníase
- administração de medicamentos poliquimioterápicos
- aplicação da vacina BCG em comunicante
- coleta de linfa para pesquisa de M. leprae
- Mitsuda

5. Situação atual

- Centralização da assistência nas áreas urbanas e metrópoles
- Desconhecimento do padrão endêmico da hanseníase por alguns gestores estaduais, municipais e comunidade.
- Baixa inserção das ações de controle na Atenção Básica. Assistência Farmacêutica: distribuição de medicamentos

Atenção Básica X Atenção Especializada

Atenção Especializada

- oferta restrita
- baixa cobertura

Atenção Básica

- o mais próximo possível de onde vivem e trabalham os pacientes
- descentralizada

6. Diretrizes 2004 – Ministério da Saúde

- Ampliação do Acesso aos Serviços e Ações de Saúde, inclusive Assistência Farmacêutica, com garantia da qualidade do atendimento.
- Intensificação das ações de vigilância em saúde
- Acompanhamento da eliminação com análise trimestral dos progressos em nível municipal
 - Definição de municípios prioritários baseada em critérios epidemiológicos – estratos por nível de endemicidade
 - Observatório – Acompanhamento de indicadores epidemiológicos e operacionais

7. Componentes do Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase

1. Vigilância epidemiológica
2. Assistência aos pacientes
3. Sustentação político social
4. Comunicação e mobilização social
5. Capacitação de recursos humanos
6. Integração com atenção básica
7. Normas técnicas
8. Acompanhamento e monitoramento

8. Atenção especializada e hospitalar

- Redefinição do papel de hospitais colônias – Portaria Ministerial
- Cirurgias reabilitadoras – treinamento de profissionais e estratégia de atendimento à demanda

ANEXO III

Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS

Por que precisamos de uma PNH?

Para enfrentar as graves lacunas quanto ao acesso universal e equânime aos serviços e bens de saúde e à atenção integral à saúde.

Para modificar o quadro de desvalorização dos trabalhadores da saúde, de precarização das relações de trabalho (baixo investimento em educação permanente, baixa implicação no processo de gestão).

Para romper com a fragmentação e a desarticulação das ações e programas de humanização.

O que é Humanização?

Valorização dos sujeitos: usuários, trabalhadores e gestores.

Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos.

Aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e sujeitos.

Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva na gestão.

Identificação das necessidades sociais de saúde.

Mudança nos modelos de atenção e de gestão dos processos de trabalho em saúde.

Compromisso com melhoria das condições de trabalho e atendimento.

O que é HumanizaSUS?

É a proposta de uma nova relação entre os usuários, os profissionais que o atendem e a comunidade.

É a proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil, com locais mais confortáveis.

É a defesa de um SUS que reconhece e respeita a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece o mesmo tratamento, sem distinção de raça, cor, origem ou orientação sexual.

É a luta por um SUS mais humano. Construído com a participação de todos: trabalhadores, gestores e usuários. Comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos.

Como tem sido construída?

Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS.

Fortalecimento do compromisso com os direitos do cidadão.

Trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade.

Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos.

Quais seus princípios?

Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS.

Estímulo e fortalecimento da Co-responsabilidade nos processos de gestão e atenção do SUS.

Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS.

Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente.

Quais suas marcas?

Serão reduzidas as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco.

Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial.

As unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS.

As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários assim como educação permanente aos trabalhadores.

Ações de implantação – 2004

Propor que as estratégias da PNH estejam contempladas em planos estaduais e municipais.

Consolidar e expandir Grupos de Trabalho de Humanização no MS, nas SES, nas SMS e nos serviços de saúde.

Selecionar, apoiar e publicizar experiências humanizadas na rede SUS.

Instituir sistemática de acompanhamento e avaliação da PNH articulada a outros sistemas de avaliação do MS.

Articular programas e projetos do MS à PNH.

Construção e revisão dos contratos/convênios, protocolos e fluxos assistenciais incorporando a PNH.

Implementar campanha nacional da PNH.

Desenvolver Página Virtual HumanizaSUS.

Instituir Prêmio HumanizaSUS – David Capistrano.

Diretrizes gerais para a implementação

Ampliar o diálogo entre os sujeitos implicados no processo de produção da saúde, promovendo a gestão participativa.

Implantar, estimular e fortalecer GTHs com plano de trabalho definido.

Estimular práticas resolutivas, racionalizar e adequar o uso de medicamentos.

Reforçar o conceito de clínica ampliada.

Sensibilizar as equipes de saúde ao problema da violência intrafamiliar e à questão dos preconceitos.

Diretrizes gerais para a implementação

Adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável.

Viabilizar participação dos trabalhadores nas unidades de saúde através de colegiados gestores;

Implementar sistema de comunicação e informação que promova o autodesenvolvimento e amplie o compromisso social dos trabalhadores de saúde;

Incentivar e valorizar a jornada integral no SUS, o trabalho em equipe e a participação em processos de educação permanente.

Parâmetros para acompanhamento da implementação

Atenção Básica;

Urgência e Emergência, Pronto-socorros, Pronto-Atendimentos, Assistência Pré-hospitalar;

Atenção Especializada; e

Atenção Hospitalar