

atenção primária
assistência farmacêutica
gestão e regulação
assistência hospitalar
vigilância em saúde

**RELATÓRIO FINAL DO
I ENCONTRO
DO CONASS
PARA TROCA
DE EXPERIÊNCIAS**

Ceará, Fortaleza, 4 a 6 de agosto de 2005

Equipe de elaboração

Coordenação do Progestores

Secretaria Executiva do CONASS

Relatoria do Encontro

Gisele Onete Marani Bahia

Lore Lamb

Regina Helena Arroio Nicoletti

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Viviane Rocha de Luiz

Revisão

Rosi Mariana Kaminski

Projeto Gráfico

Fernanda Goulart

Arte final

Fernanda Goulart

Fernanda Rubinger

Encontro do Conass para Troca de Experiências (1.:2005:Brasília,DF)
Relatório do 1º Encontro do Conass para Troca de Experiências. / Conselho Nacional
de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2005.
140 p. (CONASS Documenta; 10)

ISBN 85-89545-04-0

Sistema de Saúde. I Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. II Título. II. Série.

NLM WA 525
CDD – 20.ed. – 362.1068



CONASS

Presidente

Marcus Pestana - MG

Vice-Presidentes

Fernando Cupertino - GO

Fernando Agostinho Cruz Dourado - PA

Jurandi Frutuoso - CE

Luiz Roberto Barradas Barata - SP

Osmar Terra - RS

Secretário Executivo

René Santos

Assessoria Técnica

Déa Mara Carvalho

Gisele Onete Marani Bahia

Júlio Strubing Müller Neto

Lore Lamb

Márcia Huçulak

Regina Helena Arroio Nicoletti

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Viviane Rocha de Luiz

Assessoria de Comunicação

Adriane Cruz

Vanessa Pinheiro

Apoio Administrativo

Adriano Salgado de Farias

Carolina Abad Cunha

Júlio Barbosa de Carvalho Filho

Luciana Toledo Lopes

Lucileia de Souza Santos

Paulo Arbués Carneiro

Sheyla Cristina Ayala Macedo

Secretários Estaduais de Saúde

AC - Suely de Souza Melo

AL - Kátia Born

AP - Uilton José Tavares

AM - Wilson Alecrim

BA - José Antônio Rodrigues Alves

CE - Jurandi Frutuoso Silva

DF - José Geraldo Maciel

ES - Ancelmo Tose

GO - Fernando Passos Cupertino de Barros

MA - Helena Maria Duailibi Ferreira

MG - Marcus Pestana da Silva

MT - Augustinho Moro

MS - Matias Gonsales Soares

PA - Fernando Dourado

PB - Reginaldo Tavares de Albuquerque

PE - Gentil Porto

PI - Tatiana Vieira Sousa Chaves

PR - Cláudio Murilo Xavier

RJ - Gilson Cantarino O'Dwyer

RN - Ruy Pereira

RO - Milton Luiz Moreira

RR - Eugênia Glaucy Moura Ferreira

RS - Osmar Terra

SC - Luiz Eduardo Cherem

SE - José Lima Santana

SP - Luiz Roberto Barradas Barata

TO - Gismar Gomes

SUMÁRIO

PG

7

Apresentação

Introdução

8

9

I. Atenção Primária à Saúde

13

Monitoramento e avaliação
da Atenção Primária à Saúde – SERGIPE

18

Projeto Caça ao Pallidum – ALAGOAS

21

O papel do gestor estadual na organização
da Atenção Primária à Saúde como estruturante
do Sistema Estadual de Saúde – RIO GRANDE DO SUL

27

Capacitação de parteiras tradicionais – ACRE

II - Assistência Farmacêutica

33

Reorganização da dispensação de medicamentos
excepcionais de alto custo – SÃO PAULO

40

Vida com Saúde – PARÁ

42

A política de medicamentos
no Estado do Paraná – PARANÁ

46

Sistema de gestão de medicamentos de dispensação em
caráter excepcional/alto custo – SANTA CATARINA

49

53

III - Gestão e Regulação

58

A regionalização no Estado do Ceará – CEARÁ

63

Regulação da internação hospitalar – BAHIA

68

Regionalização solidária – MARANHÃO

73

Projeto de incentivo estadual para os municípios:
"O Estado dá Saúde" – RIO DE JANEIRO

81

Implantação e financiamento da regulação em um
Estado continental – MATO GROSSO

PG

87

IV - Assistência Hospitalar

91

“Saúde mais perto de você” - CEARÁ

98

Contrato de gestão com organizações sociais para gerência de hospitais – SÃO PAULO

104

PRO-HOSP – Programa de Modernização e Melhoria dos Hospitais – MINAS GERAIS

109

Avaliação dos contratos de manutenção de equipamentos médico- hospitalares – GOIÁS

113

V - Vigilância em Saúde

Monitoramento de resíduos agrotóxicos em alimentos – PERNAMBUCO

119

Implantação da Fundação de Vigilância em Saúde – AMAZONAS

123

Experiências da vigilância em saúde – BAHIA

128

Diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes acometidos pela PCM (paracoccidioidomycose) – RONDÔNIA

134

Eliminação da hanseníase e o controle da tuberculose – TOCANTINS

138

Apresentação

Esse encontro foi emblemático por vários motivos. Existiram muitas facetas que atribuíram um conteúdo simbólico muito especial. Primeiro, porque nós discutimos, por três dias, aquilo que realmente interessa a todos aqueles que participam da política e da vida pública: o interesse da população. Estivemos trocando experiências exitosas, contribuindo, aprendendo uns com os outros, para melhorar as nossas práticas e a vida da população.

O CONASS já tem consolidado uma rica agenda de trabalho. Nós contamos com uma bússola muito firme, que notabiliza o CONASS durante toda sua trajetória, pelo trabalho do seu coletivo, por ter uma agenda clara de prioridades e uma visão estratégica.

Este evento no Ceará tem um formato diferente dos outros. A prática das experiências exitosas partiu da reflexão teórica e política feita nesses quase três anos, que permitiu um grande aprendizado concreto. Nós, gestores estaduais, que temos agora um ano pela frente, ainda teremos tempo para plantarmos frutos nesta gestão. Temos a chance de aprender com a experiência de outros estados. É importante destacar que a metodologia das apresentações possibilita uma troca muito produtiva.

Nós tivemos a oportunidade única, apesar da enorme diversidade cultural, econômica, social, deste país continental, de identificar pontos de convergência e de traçar caminhos novos para seguir. É claro que as transformações estruturais levam muito tempo, mas é possível ainda implementar neste mandato algumas mudanças, confirmar rumos, alterar outros ou implantar novos programas que podem ser inspirados pelas experiências de outros estados.

O encontro foi emblemático também, porque ocorreu no Ceará, Estado referência no Sistema Único de Saúde. Dentre os programas desenvolvidos no Estado podemos ressaltar: Saúde da Família, a aposta mais radical que o SUS faz e que nasceu no Ceará, inspirada na experiência dos Agentes Comunitários, além de todo o trabalho feito na Atenção Primária; e também o rico processo da regionalização da rede assistencial do Sistema da Saúde, da solidarização de interesses entre os diversos municípios e o governo do Estado.

Por estes e outros fatores, o Ceará é motivo de inspiração e gera esperança e otimismo em relação ao futuro do SUS no Brasil. Isso se deve a alguns elementos fundamentais que devem inspirar a Administração Pública brasileira, como seriedade, continuidade, profissionalismo, competência.

Nesta décima edição do Conass Documenta estão relatadas experiências bem sucedidas desenvolvidas nos Estados que foram apresentadas no evento do CONASS, realizado em Fortaleza, nos dias 4 a 5 de agosto.

Marcus Vinícius Pestana da Silva
Presidente do CONASS

Introdução

A realização do 1º Encontro do CONASS para Troca de Experiências fortaleceu o papel das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), na busca por unidade política e convergências de estratégias para melhorar a Saúde no Brasil.

A melhoria da qualidade de vida da população brasileira, por meio de ações efetivas na Saúde, foi o principal enfoque das 55 experiências encaminhadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde ao CONASS. Destas, foram selecionados 22 projetos para apresentação em Fortaleza, seguindo o critério de representação estadual; relevância da experiência; experiências com resultados; e compatibilidade com as prioridades do Conass.

Durante os dias 4, 5 e 6 de agosto, aproximadamente 120 pessoas participaram do encontro que foi dividido em cinco mesas: Atenção Primária; Assistência Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; e Gestão e Regulação. Cada expositor teve 20 minutos para apresentar o projeto e após, o debate.

As mesas foram coordenadas por um representante do CONASS. A Assessoria Técnica do Conselho elaborou um relatório e o coordenador de cada mesa fez uma avaliação das experiências apresentadas. As Secretarias Estaduais de Saúde também encaminharam um Termo de Referência de cada projeto, estando o material neste documento, conforme o tema de apresentação.

Desta forma, a Secretaria Executiva do CONASS coloca à disposição para consulta e apreciação, as 22 experiências apresentadas no encontro de Fortaleza, Ceará.

Experiências

Monitoramento e avaliação da Atenção Primária à Saúde

– SERGIPE

Projeto Caça ao Pallidum

- ALAGOAS

O papel do gestor estadual na organização da Atenção Primária à Saúde como estruturante do Sistema Estadual de Saúde

– RIO GRANDE DO SUL

Capacitação de parteiras tradicionais

– ACRE

I ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Síntese das apresentações

O 1º Encontro do CONASS para Troca de Experiências teve, em sua primeira mesa, a apresentação de quatro experiências na área de Atenção Primária à Saúde e foi coordenada pelo Vice-Presidente da Região Nordeste e Secretário de Saúde do Estado do Ceará, Jurandi Frutuoso. Foram apresentadas as experiências do Estado de Sergipe: Monitoramento e avaliação da Atenção Primária à Saúde; Alagoas: Projeto caça ao Pallidum; Rio Grande do Sul: O papel do gestor estadual na organização da APS como estruturante do Sistema Estadual de Saúde, e Acre: Capacitação de parteiras tradicionais.

As apresentações enfocaram as diversas ações que as Secretarias estão desenvolvendo com o objetivo de qualificar a Atenção Primária em todos os Estados.

Destaques

No debate, observou-se que a maioria das Secretarias criou mecanismos de apoio e incentivos aos municípios para o fortalecimento das ações de APS e estão buscando formas de implementar o papel inequívoco dos Estados de monitoramento e avaliação da Atenção Primária. A alocação de recursos dos Estados nos municípios para essas ações tem acontecido de forma constante, através de repasses fundo a fundo, convênios e outras formas, de acordo com a enorme diversidade do país.

Alguns exemplos:

- Na Bahia, houve aumento da cobertura do PSF no Estado de 5,6% para 48%. A grande preocupação com a qualidade do atendimento levou a SES Bahia a implantar o Processo de Acreditação da APS, com a contratação de 14 sanitaristas para avaliação *in loco* nos municípios e posterior pactuação de metas para melhoria dos indicadores e proposta de incentivo financeiro de 1 a 4,5 mil reais/mês a todos os municípios baianos;
- São Paulo tem um gasto de R\$ 17,00 per capita na Atenção Primária, com ênfase nos municípios com menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH);
- A SES Goiás incorporou as parteiras tradicionais às equipes de PSF que hoje tem, inclusive, incentivo financeiro para o desenvolvimento de suas atividades;
- A SES Minas Gerais implantou, em 2005, um Programa de qualificação e acreditação da Atenção Primária, com repasse de incentivos financeiros fundo a fundo aos municípios, com base no cumprimento de metas previamente estabelecidas.

Esses e outros exemplos demonstram que não há como se pensar em uma forma única para os incentivos, pois os mesmos dependem da realidade local, que pode diferir, inclusive, entre regiões dentro de um mesmo Estado. Outro aspecto importante é como os

incentivos são entendidos pelos Tribunais de Contas dos diferentes Estados: em alguns Estados o TCE questiona a legalidade desses incentivos, dificultando sua implantação.

Quanto à necessidade do Estado resgatar suas funções no monitoramento e avaliação e à necessidade de qualificação das equipes das próprias Secretarias, fica claro que ao longo do processo de municipalização houve uma diminuição do quadro de pessoal qualificado nas Secretarias Estaduais, além disso, o estabelecimento de relação direta do Ministério da Saúde com os municípios, a exemplo do que ocorreu na implantação do Componente I do PROESF, contribuíram para a fragmentação dessas funções. As SES(s) têm a responsabilidade de acompanhar a efetividade das ações da APS, principalmente as do PSF, apontando e propondo a correção dos problemas.

Em relação aos Sistemas de Informação ficou claro que, apesar de todas as críticas, os mesmos devem ser utilizados, sendo necessário o desenvolvimento de ações que permitam estabelecer o retorno das informações aos municípios.

Recomendações

Recomenda-se que as Secretarias Estaduais de Saúde busquem:

- Sensibilizar os governos e Secretários de Fazenda dos Estados para o investimento na Atenção Primária à Saúde, com estabelecimento de metas factíveis e utilizando a economia de escala para a organização das ações;
- Investir na institucionalização da avaliação das ações de APS, nas Secretarias Estaduais de Saúde;
- Garantir a educação permanente e a qualificação dos profissionais da APS, tanto para os trabalhadores próprios dos Estados, quanto para os municípios;
- Elaborar e propor protocolos e estimular sua implantação e implementação;
- Somar esforços e buscar solução coletiva, em conjunto com os municípios, para a questão dos Recursos Humanos frente à Lei de Responsabilidade Fiscal;
- Apoiar os municípios na implantação de ações que busquem a desprecarização do trabalho na APS;
- Solicitar ao Ministério da Saúde a regulamentação da Portaria 2023, legitimando o papel dos Estados no monitoramento e avaliação da Atenção Primária à Saúde.

Propõem ainda que a Secretaria Executiva do CONASS disponibilize no *site* do CONASS todas as informações apresentadas no evento e outras, implementando a cooperação horizontal entre as Secretarias.

Comentários

Dr. Jurandi Frutuoso

Vice-Presidente do CONASS na região Nordeste, SES CE, e coordenador da Mesa

A importância desse tema foi a variedade de experiências exibidas. Sergipe, Alagoas, Acre e Rio Grande do Sul. Isso mostra que é necessário pensar o Sistema Único de Saúde - SUS de maneira diferente. Não dá para se ter um sistema homogêneo para todo o País, pelo contrário, nós temos que repensar o SUS de acordo com as características de cada região. A disparidade das condições de trabalho do Sul e as condições de trabalho no Acre são a prova dessa necessidade. É um tema de alta relevância, nós temos que pensar o SUS a partir da Atenção Primária, que é sua base. Apesar da evolução que já tivemos em termos de ampliação de cobertura devemos começar a discutir profundamente, a qualidade dos serviços que estamos oferecendo. Portanto, eu fico satisfeito de coordenar essa mesa, onde ficou claro que há necessidade de repensar tudo isso na perspectiva otimista de que estamos prosperando, crescendo, melhorando indicadores, mas sempre tendo que retornar, voltar um pouco para olhar como está se dando esse crescimento.

A necessidade de avaliação permanente, o controle e a avaliação feitos pelos Estados na esfera municipal é necessário e precisa acontecer com mais eficiência para que se possa ter, então, uma evolução assegurada. Essa questão da avaliação, do monitoramento, foi colocada por todos, logo é necessária a todos.

Monitoramento e avaliação da Atenção Primária à Saúde

– SERGIPE

Introdução

O presente trabalho relata a experiência da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES/SE) na criação de mecanismos institucionais para avaliações sistemáticas no âmbito da gestão e, especialmente, no âmbito da atenção primária, definida como eixo estruturante do modelo de atenção no país. A SES/SE assumiu o compromisso de investir na reorientação do modelo de atenção em saúde, destacando como prioridade o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), a partir da estratégia Saúde da Família que integra o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O Plano Estadual de Saúde de Sergipe (2005-2008) define o processo de monitoramento e avaliação como diretriz prioritária, guiado pelos seguintes princípios: institucionalização do monitoramento e avaliação; retroalimentação das informações em saúde para as áreas técnicas da SES e municípios; priorização de indicadores de eficiência, eficácia e efetividade; avaliação da eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados referentes aos riscos e danos; acesso e satisfação do usuário; incentivo a incorporação da informação em saúde nos processos de tomada de decisão no âmbito dos serviços e da gestão; incremento dos mecanismos de comunicação com a população que propicie a difusão e o intercâmbio do saber e da informação em saúde. O plano concede neste processo uma atenção especial à Atenção Primária.

Podemos destacar dois movimentos no processo de implantação das atividades de monitoramento e avaliação (M&A):

- O desenvolvimento do Componente III do PROESF que contempla o fortalecimento de sistemas de monitoramento e avaliação da Atenção Primária. A SES/SE contou com o apoio da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica/ Departamento de Atenção Básica (DAB)/ Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), e com a assessoria do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/ UFBA), instituído como centro colaborador.
- Um estudo de alunos do curso de Especialização em Saúde Coletiva com área de

concentração em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, ministrado pelo ISC/ UFBA, apresentado como monografia. Os principais objetivos do estudo foram elaborar um diagnóstico do processo de M&A no âmbito da atenção básica da SES/SE, identificando limites e possibilidades e os fatores restritivos e facilitadores do processo na SES/SE;

Conceitos utilizados

Para enfrentar o desafio de acompanhar, monitorar e avaliar algumas questões devem ser consideradas: a primeira questão remonta à necessidade de superar a polissemia conceitual e metodológica através da explicitação de opções teóricas e técnicas que serão utilizadas nos processos avaliativos (Vieira-da-Silva e Formigli, 1994, Contandriópolos, 2000).

A segunda questão é baseada no entendimento da avaliação como atividade formativa e orientada para a gestão (ferramenta auxiliar no processo decisório), que é construída por atores em espaços negociados, que delimitam objetos (constituídos por práticas, serviços e programas) e definem técnicas (indicadores, critérios e parâmetros).

Em terceiro lugar vem a questão que consiste em romper com a ênfase excessiva nos resultados e produtos finais e desencadear processos que passem a privilegiar o acompanhamento e monitoramento de forma a incrementar a capacidade preditiva e ação preventiva da SES, além de subsidiar a tomada de decisão (principalmente na eleição de prioridades e alocação de recursos).

Dessa forma, a SES deverá desenvolver efetivamente sua capacidade de M&A e institucionalizar ações avaliativas, isto é, incorporar os processos avaliativos no cotidiano das organizações e serviços de saúde, concebendo-os como instrumento de gestão do SUS.

Descrição do projeto e dos processos

O projeto de M&A da Atenção Primária

O projeto apresenta três momentos-chave:

- O processo de elaboração da proposta, o qual contempla estratégias para o desenvolvimento da capacidade técnica visando aprimorar os processos de trabalho dos profissionais envolvidos na tarefa de avaliação da Atenção Primária (Estado e municípios) e o fomento à responsabilização partilhada;
- A implantação monitorada da proposta visando identificar suas potencialidades e limites;

- A realização de ajustes à proposta que podem implicar no redirecionamento de indicadores e estratégias ou do conjunto de processos de trabalho envolvidos no M&A e que pressupõe momentos de repactuação.

A Pesquisa dos alunos do curso

O estudo foi realizado com os técnicos das SES, totalizando trinta e um entrevistados, em questionários com perguntas abertas e fechadas, divididas em categorias como infra-estrutura, processo de trabalho, cooperação técnica, uso de indicadores e sistemas de informações que tem interface com a Atenção Primária, para identificar limites e possibilidades.

Destaques

A construção coletiva e participativa envolvendo além dos professores e técnicos do ISC/ UFBA, com uma comissão institucional, com representantes dos municípios e com alunos do curso de especialização em Saúde Coletiva com área de concentração em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. O trabalho foi realizado em oficinas com ajustes das produções dos grupos de trabalho (GT) e permitiu a socialização dos produtos, a integração dos diversos conteúdos e construção de consenso em torno dos componentes principais da proposta preliminar.

Uma vez encaminhada a versão preliminar do documento, será desencadeado um processo de refinamento da proposta. Este trabalho será desenvolvido sempre em parceria com o centro colaborador, através de reuniões operativas, tutoria/ orientação à distância e culminará com oficinas de integração e síntese, cujo temário descreve-se na página seguinte. Nesta etapa pretende-se refinar componentes conceituais e metodológicos, avançar na análise de viabilidade das proposições, reforçar o consenso em torno das proposições, ressaltando sempre o caráter participativo, dinâmico e flexível da proposta.

Como resultados desses movimentos, algumas iniciativas puderam ser tomadas, pois o aumento da capacidade de análise permitiu que os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) fossem consolidados e geradas informações. O que permitiu desencadear um processo de comunicação entre os gestores estaduais e municipais, utilizando cartas que mostram duas situações: elogia-se bons resultados e se coloca a disposição para cooperar tecnicamente nos casos com resultados insatisfatórios.

OFICINAS TEMÁTICAS	CH
1. Processo de trabalho SES: criando as condições para a implementação do M&A na SES/SE	16 h
2. Refinando indicadores e estratégias de M&A da Atenção Primária em Sergipe	16 h
3. Melhorando a qualidade da informação: integração e fluxo	16 h
4. Estratégias qualitativas de M&A: resignificando a supervisão	16 h
5. Construindo a rede de cooperação no âmbito da avaliação em saúde	16 h
6. Avaliação econômica da atenção básica: introduzindo mecanismos para avaliação de custo e suas variantes (custo-benefício, custo-resultado, custo-efetividade)	8 h
7. Mecanismos de avaliação formativa da implementação/ implementação da proposta metodológica de M&A	8 h
CH Total	96 h

Resultados Alcançados

A SES/SE, em conjunto com o seu centro colaborador, conseguiu elaborar a versão inicial do Plano Estadual de M&A através de uma proposta metodológica que foram definidos como objetivos específicos:

- Definição de indicadores e estratégias para o M&A da Atenção Primária, considerando as seguintes dimensões: estado de saúde da população, gestão intersetorial, atenção à saúde, controle social, avaliação econômica.
- Definição de estratégias quantitativas e qualitativas de M&A para o conjunto de indicadores pactuados nas várias dimensões.
- Identificação de estratégias eficazes para a produção, integração e fluxo da informação em saúde.
- Redefinição do processo de trabalho das equipes que atuarão no M&A no âmbito da SES/SE de modo a favorecer a institucionalização da avaliação em saúde e a operacionalização da proposta metodológica.
- Fomento de uma rede de cooperação técnica entre a SES, os municípios, centros de formação e outros parceiros no âmbito do M&A da Atenção Primária, contemplando processos de pactuação, capacitação e assessoria.
- Criação de mecanismos que garantam aos gestores o acesso permanente a informações consistentes sobre o desenvolvimento das ações básicas de saúde.

A pesquisa mostrou a necessidade de se investir na aquisição de equipamentos, transportes, na ampliação e qualificação do corpo técnico envolvido com o M&A. Na análise do processo de trabalho, ficou explicitado que ainda não há integração dos diversos setores da SES/SE na realização do M&A o que se constituiu como um fator restritivo para o processo.

Também se identificou que os setores reconhecem a existência de tais ações, porém, os mais envolvidos são a Atenção Primária, Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária, evidenciando a necessidade de outros setores como elemento de possíveis avanços na institucionalização do M&A, vez que, todos os entrevistados explicitaram a inclusão de outros setores, não listados no questionário;

No item referente a cooperação técnica, observou-se que todas as atividades são reconhecidas como cooperação, entretanto, em relação ao Pró-Saúde a visão dos entrevistados é apenas de repasse de recursos financeiros e a supervisão ainda é provavelmente visualizada como ação punitiva e /ou policesca.

Diante dos resultados obtidos, pretende-se despertar em todos os sujeitos que fazem parte do corpo técnico da SES, a necessidade de se criar mecanismos de integração entre os diversos setores constituindo-se como fator facilitador na institucionalização do M&A no âmbito da Atenção Básica na SES/SE.

Responsáveis pelo projeto

Secretário de Estado da Saúde de Sergipe:
JOSÉ LIMA SANTANA
Secretária Adjunta:
MARIA JOSÉ DE OLIVEIRA EVANGELISTA
E-mail: mj_evangelista@uol.com.br
Praça General Valadão, 32 - 2º andar, Centro
Aracaju/Sergipe
Fone: (79) 3211-4219

Projeto Caça ao Pallidum

– ALAGOAS

Introdução

Apesar da obrigatoriedade da realização do exame VDRL durante o pré-natal e da crescente implantação da Estratégia Saúde da Família, a sífilis congênita ainda persiste no Brasil: em 2004, foram notificados 4.450 casos em todo país e 153 casos, em 28 municípios de Alagoas, com uma incidência de 2,5 casos por 1000 NV. Em 2005, até o mês de junho, foram notificados no Estado, 59 casos, em 21 municípios. Sabemos que esses dados não retratam a realidade tendo em vista o elevado número de municípios silenciosos.

Diante disto, o Ministério da Saúde, preocupado com o elevado número de casos, apesar da atuação cada vez mais exitosa das equipes de saúde da família, implanta o Protocolo de Obstetrícia, que entre outras orientações, regulamenta a obrigatoriedade da realização do VDRL, quando da admissão da gestante nas maternidades.

A Secretaria de Estado de Saúde de Alagoas, buscando novos caminhos para sobrevivência com dignidade, elabora e propõe o Projeto “Caça ao Pallidum”.

Descrição do projeto

Objetivo

Reduzir o número de casos de sífilis congênita no Estado de Alagoas.

Processo

Levantamento do número de municípios com maternidades e com laboratórios, bem como municípios notificantes:

- População - 2.980.910 habitantes
- N°. de Municípios – 102
- N°. de Maternidades/Hospitais – 66
- N°. de Laboratórios – 87

Realização de reuniões com gestores diretores de maternidades/ hospitais e coordenadores das equipes de PSF, com o objetivo de explicar o projeto:

- **Na Prevenção:** atenção maior se dá na rotina da Equipe da Saúde da Família durante o pré-natal, garantindo a realização do exame de VDRL no 1º e 3º trimestre da gestação;
- **Na Assistência:** as instituições hospitalares implantam, na sua rotina, a realização dos exames de VDRL a toda gestante no momento da admissão quando no trabalho de parto e nos casos de abortamento. Além de condicionar a alta hospitalar ao resultado do exame.
- **No Trabalho Educativo:** realização de campanhas educativas explicando como se adquire sífilis.
- **No Manejo do RN:** é realizado exame de VDRL em amostra de sangue periférico do RN cuja mãe apresenta VDRL reagente durante o pré-natal e que não foi adequadamente tratado e em RN de mãe com VDRL reagente no momento do parto. Nos casos detectados o tratamento é iniciado imediatamente para o RN, bem como para gestante e o parceiro, de acordo com o Protocolo do Ministério da Saúde. A notificação e investigação dos casos detectados, também fazem parte da rotina dos serviços onde o projeto foi iniciado. O seguimento ocorre no ambulatório com consultas de avaliação mensal, no 1º ano de vida e realização de VDRL com 1, 3, 6, 12 e 12 meses, além de acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico semestral.

DESCRIÇÃO DO PROJETO E DO PROCESSO

O quê?	Por quem?	Como?	Aspecto Inovador	Resultado
Realização de pré-natal com qualidade	Médico e enfermeiro	Consulta médica e de enfermagem	Obrigatoriedade da consulta médica	Aumento dos casos devido a busca ativa e posteriormente, a redução do número de casos, em decorrência da implementação das ações.
Laboratório no Próprio Município	Bioquímico e auxiliar de laboratório	Coleta, análise e entrega do resultado em tempo hábil	Implantação de laboratório	
Maternidade e/ou Hospital	Enfermeiro, obstetra parteira e auxiliar de enfermagem	Coleta de sangue e notificação	Condiciona a alta ao resultado do exame	
Tratamento	Médico	Seguindo o Protocolo do MS		
Seguimento	ESF e laboratórios	Consultas e avaliações mensais e realização do VDRL		
Educação e Saúde	ESF + IEC	Palestras, teatro e material educativo		

Responsáveis pelo projeto

Secretária Estadual de Saúde:
KÁTIA BORN
 Coordenador da Vigilância a Saúde – COVISA:
SANDRA TENÓRIO ACIOLI
 E-mail - sandravig@saude.al.gov.br
 Gerente do Projeto de Atenção Básica – PROABS: MARIA BETÂNIA
COTRIM CAMERINO
 Técnicas Responsáveis pela Área da Criança:
KÁTIA MOURA GALVÃO e THENY MARY VIANA FIREMAN
 Fone: (82) 3315-1132/1109/5111

O Papel do gestor estadual na organização da Atenção Primária à Saúde como estruturante do Sistema Estadual de Saúde

– RIO GRANDE DO SUL

Introdução

A Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul compreende a Atenção Primária enquanto um conjunto de ações em saúde no âmbito individual, familiar e coletivo, que envolve a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) definidos, pelas quais assume responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários, sendo articulador do acesso aos outros pontos do sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A atenção primária deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e contexto sociocultural.

Considera, ainda, que a Atenção Primária é o eixo estruturante do SUS, como elemento articulador do acesso aos outros pontos do sistema, e que a responsabilidade de prestá-la aos cidadãos é dos municípios, e que compete ao Gestor Estadual apoiar técnica e financeiramente os municípios para o exercício desta atribuição. Para tanto, desenvolveu programas, ações e coordenação das políticas, para desencadear o processo de qualificação no conjunto dos municípios do Rio Grande do Sul que se integram e interagem neste processo de melhoria da atenção prestada à população gaúcha. A Atenção Primária integra-se também com a Vigilância em Saúde.

Os conjuntos de programa e ações, exceto o Inverno Gaúcho, iniciaram em 2003.

Descrição dos projetos prioritários

Ressalta-se que os programas, listados a seguir, são integrados e objetivam, mesmo com focos diferenciados, qualificar a Atenção Primária como eixo estruturante do SUS, fortalecendo e qualificando a gestão municipal, garantindo acesso o mais próximo possível do cidadão, com responsabilidade sanitária, adscrição/vinculação de usuários, continuidade, foco na família e comunidade, garantia de acesso a níveis de maior complexidade de atenção e principalmente, avançando na melhoria da qualidade de vida da população. A estratégia de gerenciamento dos programas e ações permitiu a melhor articulação e integração para o alcance dos resultados esperados.

Município Resolve

(para todos os municípios do Rio Grande do Sul)

■ **Município Resolve**

OBJETIVOS

- Melhorar a qualidade e garantir o acesso da população às ações de atenção primária em saúde;
- Descentralizar e aumentar a resolutividade do sistema, fortalecendo a gestão municipal, habilitando 100% dos municípios ao Programa Município Resolve.

FINANCIAMENTO: repasse regular e automático, fundo a fundo, de recursos financeiros. Total R\$ 54.000.000,00, de janeiro de 2003 a junho de 2005.

AValiação: Foram estabelecidos alguns indicadores de saúde, com os quais os municípios serão avaliados. Entre eles: taxa de mortalidade infantil; cobertura vacinal de rotina; cobertura pré-natal; cobertura de consultas médicas.

■ **Verão Gaúcho** (para municípios localizados no litoral e que têm aumento significativo de população no verão)

OBJETIVO

- Apoiar os municípios com praia de mar ou água doce no atendimento básico à população durante o período de veraneio;

FINANCIAMENTO: Repasse financeiro fundo a fundo aos 35 municípios. Total ano: R\$ 2.000.000,00.

■ **Inverno Gaúcho** (implantado em 2005 para todos os municípios do RS)

OBJETIVOS

- Diminuir a morbimortalidade infantil e geral por Infecções Respiratórias Agudas no período de inverno;
- apoiar os municípios na abertura de terceiro turno nas UBS, facilitando o acesso da população, evitando o estrangulamento das emergências hospitalares.

FINANCIAMENTO ocorre de três formas:

- Fornecimento de medicamentos básicos para o tratamento das Insuficiências Respiratórias Agudas (IRAS) em todas as crianças de 0 a 5 anos de acordo com protocolo clínico;
- aumento em até 20% o teto físico-financeiro ambulatorial de serviços de radiologia, em especial, RX de tórax para os serviços credenciados sob Gestão Estadual, durante os meses do Inverno Gaúcho;
- incentivo financeiro para abertura do 3º turno nas UBS's apresenta a seguinte configuração:

Porte populacional dos municípios	Nº de municípios	Incentivo mensal por UBS	Nº UBS/ município
Até 4.999 hab	226	R\$ 2.000,00	1
De 5.000 a 19.999 hab	174	R\$ 2.500,00	1
De 20.000 a 49.999 hab	54	R\$ 3.000,00	2
De 50.000 a 99.999 hab	25	R\$ 3.000,00	3
Acima de 100.000 hab	16	R\$ 3.000,00	5
Porto Alegre	1	R\$ 3.000,00	14

FONTE: IBGE 2003

Recursos transferidos fundo a fundo aos municípios: **R\$ 5.154.000,00**
Aquisição de medicamentos e aumento dos tetos para **R\$ 1.000.000,00**
Total Geral: **R\$ 6.154.000,00.**

Saúde Para Todos

- Engloba todos os municípios com Programa de Saúde da Família, equipes de Saúde Bucal, Agentes Comunitários de Saúde, equipes municipais de Saúde Indígena.
- Incentivo financeiro para alta por cura de Tuberculose e Hanseníase
- O Programa envolve a sensibilização dos gestores, o apoio para a elaboração dos projetos de adesão, formas de contratação e qualificação continuada dos trabalhadores com a realização de seminários e capacitações nas macrorregiões e apoio financeiro aos municípios.

OBJETIVO

- Ampliar e qualificar a atenção primária prestada no Rio Grande do Sul pelos municípios, com a instalação total de 1.600 equipes de PSF, além de equipes de saúde bucal, ACS, EMSI, atingindo mais de 50% da população gaúcha;
- Realizar Mostras Regionais de Saúde para todos nas Coordenadorias Regionais de Saúde e Mostra Estadual de Saúde fortalecendo a Atenção Primária através da divulgação de práticas positivas da estratégia de saúde da família, qualificando o trabalho das equipes e possibilitando troca de experiências.

METAS/AVALIAÇÃO

- 90%(noventa por cento) de cobertura vacinal para menores de um ano;
- 90%(noventa por cento) das gestantes acompanhadas a partir do 1º trimestre de gravidez;
- 80%(oitenta por cento) dos diabéticos acompanhados;
- 80%(oitenta por cento) dos hipertensos acompanhados.

FINANCIAMENTO: incentivo estadual de R\$ 24.000,00 por equipe/ano, além de R\$ 6.000,00 por equipe de saúde bucal/ano. Para as equipes que atuam nas áreas indígenas, o incentivo é R\$ 48.000,00 ao ano. Total de recursos financeiros repassados aos municípios no período: R\$ 28.010.000,00, no acumulado de janeiro/2003 a junho/2005.

Viva Criança

(todos os municípios do RS com prioridades para os 54 com o maior número de nascidos vivos)

OBJETIVO

- reduzir o Coeficiente de Mortalidade Infantil em 35% até o final de 2006.

COMPONENTES:

- Qualificação da atenção pré-natal;
- Regionalização da assistência perinatal;
- Expansão da cobertura do Programa Saúde da Família.

ESTRATÉGIAS OPERACIONAIS:

- Vigilância Epidemiológica do Óbito Infantil;
- Identificação dos 54 municípios que abrangem mais de 70 % das mortes de crianças menores de um ano;
- Estímulo aos gestores municipais para adesão ao Programa de Humanização do Pré-natal e do Nascimento;
- Reorganização da rede ambulatorial e hospitalar com foco nos fluxos de referência e contra-referência do pré-natal e parto de risco;
- Estímulo aos gestores municipais para adesão ao Programa de Saúde da Família (com ênfase nos 54 municípios prioritários);
- Identificação das áreas de maior vulnerabilidade para a mortalidade infantil nos 54 municípios prioritários;
- Estímulo aos gestores de hospitais para a implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança em todas as maternidades do estado que atendem pelo sistema público de saúde;
- Sensibilização dos gestores hospitalares para adoção do Método Canguru como modelo assistencial nos hospitais equipados com UTI Neonatal;
- Implantação no estado da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação;
- Estabelecimento de parceria com instituições da sociedade civil;

INTERFACES: o Programa Viva a Criança se relaciona com outros programas prioritários da Secretaria Estadual da Saúde, tais como: Saúde para Todos, o Município Resolve, a Região Resolve, Primeira Infância Melhor, Informação para a Vida, Parceria Resolve, Salvar e o Programa da Escola de Saúde Pública.

INCENTIVOS: Prêmio Viva a Criança que distingue os municípios e a regiões que alcançarem melhor performance na diminuição do Coeficiente de Mortalidade Infantil.

VALOR ANUAL DO PRÊMIO: R\$ 1.000.000,00.

Resultados Alcançados

- **Município Resolve:** a adesão dos 496 municípios ao incentivo financeiro.
- **Inverno Gaúcho:** abertura de 3º turno em 476 unidades Básicas de Saúde no Estado, das 650 unidades básicas propostas.
- **Saúde para Todos:** ampliação de 13% para 31% de cobertura da população gaúcha, com 900 ESF, 360 ESB e 6.896 ACS.
- **Viva Criança:** Redução de 6% do CMI do RS em 2004 e adesão de todos os municípios ao PHPN.

Responsáveis pelo projeto

Secretário Estadual de Saúde:
OSMAR TERRA
Departamento de Ações em Saúde – SES/RS
SANDRA DENISE DE MOURA SPEROTTO
Fone: (51) 3288 5915 – 9999 9651
E-mail: sandra-sperotto@saude.rs.gov.br

Capacitação de parteiras tradicionais

– ACRE

Introdução

O Estado do Acre com 630.328 habitantes é dividido em 5 (cinco) regionais e apresenta um percentual considerável de população rural, conforme distribuído a seguir:

Regional	População rural %
Baixo Acre	22
Alto Acre	46
Purus	49
Tarauacá e Envira	56
Alto Juruá	53

Encontram-se cadastradas aproximadamente 478 Parteiras Tradicionais que são responsáveis por 27% dos partos na regional do Vale do Juruá, 17,2% no Purus e 10,7% no Alto Acre. São mulheres que participam ao longo do tempo e da história em favor da arte de parir e que pouco se tem feito em seu favor.

O fortalecimento das ações prestadas pelas parteiras tradicionais, mulheres que moram em áreas de difícil acesso, prestam assistência ao parto domiciliar e são reconhecidas pela comunidade como parteiras, que não se encaixam em nenhuma política pública e não recuam a um chamado, independente das longas distâncias, dias, horários e intempéries da natureza, tem se tornado um grande desafio para a Secretaria Estadual de Saúde e para a sociedade civil organizada do Acre, por entenderem a imensurável contribuição do trabalho dessas mulheres em favor da saúde da criança e da mulher, que residem em locais do Estado onde o acesso é extremamente precário.

Em função do perfil sócio-econômico, cultural e geográfico do Estado do Acre o parto domiciliar realizado por parteiras tradicionais constitui-se uma realidade significativa. O que levou os poderes públicos estadual e municipal a desenvolverem ações para melhoria da assistência ao parto domiciliar.

O perfil das parteiras do Acre

IDADE

Faixa Etária	%
20 a 29 anos	1,1
30 a 39 anos	12,7
40 a 49 anos	28,6
50 a 59 anos	29,2
60 a 69 anos	21,8
≥ 70 anos	6,6

APRENDERAM A FAZER PARTOS

Como aprendeu	%
Fazendo partos sozinha	52
Acompanhando um familiar	31
Acompanhando outra parteira	11
Através de capacitação	6

FAIXA ETÁRIA EM QUE COMEÇARAM A FAZER PARTOS

Faixa Etária	%
≥ 15 anos	11,9
16 a 25 anos	59,0
26 a 35 anos	21,5
≥ 36	7,6

MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE UTILIZAM

Meio de comunicação	%
Rádio	73,2
Recado	12,5
Telefone	8,1
Correio	6,2

MEIO DE TRANSPORTE PARA TRANSFERIR GESTANTE À UNIDADE DE SAÚDE

Meio de transporte	%
Embarcação	47,7
Automóvel	38,0
À pé	6,1
Ambulância	3,2
Animais	2,5
Aéreo	2,5

ESCOLARIDADE

Escolaridade	%
Não alfabetizada	33,9
Alfabetizadas	42,2
Fundamental e Médio (1º e 2º grau)	23,9

ESTADO CIVIL

Estado Civil	%
Casada	63,0
Solteira	21,8
Viúva	11,2
Separada	4,0

RENDA

Salário	%
Não tem salário	72,3
≥ 100	3,7
101,00 a 200,00	12,7
201,00 a 300,00	5,9
301,00 a 400,00	2,0
401,00 a 500,00	2,4
≥ 501,00	0,9

QUANTIDADE DE PARTOS REALIZADOS

Número de partos realizados	%
10 a 100 partos	84,3
101 a 200 partos	6,5
201 a 300 partos	3,9
301 a 400 partos	1,8
≥ 401 partos	3,3

ACOMPANHAMENTO DA MULHER

Acompanhamento	%
Gravidez	75,0
Mulheres e criança no pós parto	82,7

Descrição do projeto

Objetivo

Reduzir a morbimortalidade materna e perinatal com melhoria na assistência ao parto domiciliar às mulheres que residem em áreas de difícil acesso, através da valorização do serviço prestado pelas Parteiras Tradicionais, garantindo a notificação do parto domiciliar ao serviço de saúde, para alimentação do Sistema de Informação de Nascidos Vivos - SINASC e ao Cartório de Registro Civil, capacitando-as no contexto da qualidade de atenção e garantindo um *kit* com materiais básicos para a realização do parto domiciliar, propiciando segurança na realização do mesmo.

Processo

O Governo do Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, visando o resgate e valorização dessas mulheres que ao longo da história vem desenvolvendo o seu trabalho de forma anônima e nos mais distantes lugares do Acre, elaborou o Plano Estadual das Parteiras Tradicionais denominado Nascendo na Floresta que teve seu início de implantação em abril de 2005 na regional do Juruá.

Elaborado sob a coordenação da Gerência Estadual da Saúde da Mulher, Criança e Adolescente da Secretaria de Estado de Saúde – SESACRE, o projeto prevê a aquisição dos insumos necessários à execução de ações, que têm como objetivo assegurar o cadastramento das parteiras a partir dos critérios mínimos de reconhecimento de atuação, integrando o conhecimento técnico-científico com o saber popular; disponibilizar *kits* com materiais básicos para a realização do parto domiciliar, propiciando segurança na realização do mesmo; implementar estratégias para apoio financeiro ao trabalho das parteiras, e garantir a estas profissionais a realização, junto aos Cartórios de Registro Civil, da notificação dos partos por elas realizados.

O projeto contou com a participação do Ministério da Saúde na aprovação de convênio para a realização das capacitações; da Empresa Brasileira de Correios, na aquisição dos *kits*; do Poder Judiciário, na elaboração do fluxograma de notificação do parto domiciliar e na instituição do provimento conjunto e de outras organizações governamentais e não governamentais. Houve destaque para as responsabilidades do SUS e foram identificadas as responsabilidades das esferas estadual e municipal de cada instância de gestão, foram pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite – CIB e no Conselho Estadual de Saúde.

O recurso previsto para a execução das ações será na ordem de R\$ 200.000,00.

Destaques

Podemos destacar como aspecto relevante a elaboração do Fluxo de Notificação do Parto Domiciliar, e como aspecto inovador a instituição do Provimento Conjunto, resultado da parceria com o Poder Judiciário. O Provimento Conjunto reconhece as fichas de Notificação de Parto Domiciliar para a expedição de Registro Civil de Nascimento e, admite, no art. 2º, a impressão digital direita da mãe e a plantar direita da criança, colhidas pela parteira, garantindo uma informação de nascidos vivos mais próxima da realidade e contribuindo para o aumento do registro civil.

Responsáveis pelo projeto

Secretária Estadual de Saúde:
SUELY DE SOUZA MELLO DA COSTA
Gerencia Estadual da Saúde da Mulher, Criança e
Adolescente do Departamento de Ações Básicas de
Saúde:
MARIA GERLÍVIA MELO MAIA.
Avenida Antonio da Rocha Viana, 1246 – Vila
Ivonete
CEP: 69.908.210 - Rio Branco – AC
E-mail: maria.gerlivia@ac.gov.br
Fone: (68) 3222-8453 Fax: (68) 3223-2883

Experiências

Reorganização da dispensação de medicamentos excepcionais de alto custo

– SÃO PAULO

Vida com Saúde

– PARÁ

A política de medicamentos no Estado do Paraná

– PARANÁ

Sistema de gestão de medicamentos de dispensação em caráter excepcional/alto custo

– SANTA CATARINA

II ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Síntese das apresentações

Foram apresentadas experiências de quatro Estados, com abordagem de distintas áreas: a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo deu ênfase a experiência de organização e estruturação das farmácias de dispensação de medicamentos excepcionais; a Secretaria de Saúde do Estado do Pará apresentou seu projeto na área de assistência farmacêutica básica; o Estado do Paraná, da política de medicamentos implantada no Estado e; o Estado de Santa Catarina, do sistema informatizado para gestão dos medicamentos de dispensação em caráter excepcional.

Debate

A discussão, após a apresentação dos Estados, sobre a assistência farmacêutica demonstrou, novamente, o interesse dos secretários por esse tema. De diferentes formas muitos manifestaram que, na medida em que haja a proposta do CONASS de ser o condutor desta discussão, poderemos avançar de modo mais homogêneo e rápido do que atuando individualmente. Sugerem que o diagnóstico feito pelo CONASS na área de medicamentos deve nortear as suas ações.

Ainda, segundo seu presidente, Dr. Marcus Pestana, o CONASS não deve ser só uma entidade de discussão política e sim, um *locus* de cooperação técnica. Mesmo nos casos em que está claro o papel do Ministério da Saúde como responsável por prover as soluções, quando isso não ocorre, o CONASS deve criar espaços para a troca de informações e intercâmbio técnico. Ressaltou, também, que o primeiro ponto da pauta da Assembléia do CONASS é a proposta de criação de consórcio ou cooperativa para aquisição de medicamentos, a fim de acabar com a irracionalidade e ganhar em escala de compra. Mencionou a distorção que ocorre atualmente, em que o Ministério da Saúde compra medicamentos básicos como o Captopril, e os Estados compram medicamentos de alto custo como o Interferon. Portanto, afirma ele, faz-se necessária uma discussão profunda e estrutural sobre os papéis de cada um.

A seguir, são apresentados os principais aspectos que chamaram a atenção dos secretários sobre os temas apresentados e comentários sobre a assistência farmacêutica, bem como os encaminhamentos sugeridos.

Informatização na área da assistência farmacêutica, em especial do Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional:

- Há necessidade de se unirem esforços para desenvolver sistemas informatizados para gerenciamento da Assistência Farmacêutica, uma vez que o problema é comum e cada Estado está buscando a solução isoladamente. O CONASS poderá, em conjunto com as Secretarias de Saúde que desenvolveram

sistemas, disponibilizá-los para os Estados que não o possuem. O Estado do Rio Grande do Sul também está desenvolvendo um sistema que permitirá que a análise dos processos seja feita *on-line*, sem necessidade de envio do mesmo a Porto Alegre.

Também foi mencionado que o sistema informatizado traz economia e serve para tomada de decisão sobre necessidade e compras futuras.

ENCAMINHAMENTO SUGERIDO: desenvolvimento de um *software* único para o Brasil, aproveitando aqueles já desenvolvidos ou em fase de elaboração, especialmente quando não há impedimento legal para ceder o programa (*software* livre).

Protocolos Clínicos

Na área de medicamentos de dispensação em caráter excepcional, há necessidade de se estabelecerem critérios objetivos para que se possa atender à demanda por medicamentos. Os protocolos clínicos do Ministério da Saúde não cobrem todas as patologias e vários protocolos novos não foram publicados. O CONASS deve gestionar junto ao Ministério para que os protocolos que já foram submetidos a consulta pública e estão prontos sejam publicados. Para as patologias ainda sem protocolo, sugere-se que os Estados poderiam elaborá-los e distribuí-los.

ENCAMINHAMENTO SUGERIDO: fazer levantamento dos protocolos estaduais existentes, avaliar a necessidade da elaboração de outros que não existem, distribuindo como tarefa aos Estados o seu desenvolvimento e, posteriormente, colocando-os à disposição de todos.

Demandas Judiciais

■ Os Estados, pelas suas manifestações, reiteraram a preocupação com os processos judiciais, verificando-se pelos gastos informados e que se observa que estão crescendo muito. Em São Paulo, o maior gasto com demandas judiciais é com patologias com Códigos Internacionais de Doenças (CID) não previstos para ressarcimento nas Portarias do Ministério da Saúde, em especial a Portaria 1318 e com a área de oncologia, neste caso, quimioterápicos orais. Comentou-se que, especificamente na área de oncologia, a alteração do SIA, com inclusão de medicamentos não trouxe os resultados esperados. Os Centros de Alta Complexidade em Oncologia – CACON prescrevem os medicamentos para quimioterapia oral, mas não os fornecem. É necessário que se discutam soluções para atender as demandas judiciais para medicamentos oncológicos.

- Perguntou-se o que mudou desde o evento sobre o tema ocorrido em Porto Alegre, em julho de 2004. Os secretários continuam sendo acuados por demandas judiciais e é necessário que se ache uma saída para essa situação. Foi mencionado, também, o comprometimento de muitos médicos, que são os prescritores dos medicamentos, e que se negam a usar medicamentos regularmente comercializados no país. É necessário que se trabalhe mais a questão das prescrições médicas.
- Também há demandas judiciais que obrigam o gestor a fornecer medicamento negado por estar em desacordo com o protocolo e que retornam na forma de mandados de segurança. O Paraná solicita que o médico assine uma declaração de que o produto não é adequado para uso daquele paciente específico, com as justificativas e trabalhos científicos que respaldem sua prescrição. Nos casos em que a prescrição está em desacordo com o Protocolo, porém, se há respaldo técnico, o medicamento é fornecido.
- É imprescindível que os protocolos sejam atualizados sempre que as evidências científicas mostrarem esta necessidade.
- Com relação aos medicamentos sem registro no país e que as secretarias são obrigadas a fornecer, sugere-se uma ação junto ao Conselho Federal de Medicina. Também é necessário que se discuta esta situação com a ANVISA, que fornece as licenças de importação (LI) para que as Secretarias Estaduais de Saúde importem os produtos. A ANVISA deve explicitar mais claramente sua posição com relação a esses medicamentos.

Produção de Medicamentos

- Questionou-se aos Estados que apresentaram projetos na área de assistência farmacêutica e que possuem laboratórios oficiais se os mesmos tem intenção de produzir medicamentos de alto valor agregado. O Estado de Santa Catarina, através do LAFESC, pensa em produzir produtos com essa característica que não estejam sob proteção patentária. A FURP, vinculada a Secretaria de Saúde de São Paulo, retomou o seu papel e redirecionou sua produção para a área de medicamentos básicos. No Paraná, o TECPAR fez uma agenda com o Canadá para produzir medicamentos de alto valor agregado, como Eritropoetina e Interferon. É necessário, porém, que haja uma fidelização para que se possa ter o retorno do investimento.

Centros de Referência

- Outro assunto pautado na discussão foi a relação das secretarias com a academia, especialmente com relação a estruturação dos centros de referência. Santa Catarina informou que possui dois centros de referência, mas não possui nada mais estruturado. No caso de São Paulo, a SES tem como aliado a USP que é o parceiro para referências.
- O Pará possui centros de referência em duas universidades, sendo uma estadual e outra federal.
- No Paraná estão constituídas várias Câmaras Técnicas, com reuniões periódicas, e o Hospital de Clínicas da UFPR é centro de referência para várias patologias.

Formação de Recursos Humanos

- Na área de formação de recursos humanos, questionou-se o que os Estados têm feito, especialmente, para promover o uso racional de medicamentos e para a gestão da política de assistência farmacêutica.
- São Paulo enfatizou os cursos de logística que vem promovendo para os profissionais da área para gestão das farmácias.
- No Paraná, os técnicos se deslocam às Regionais de Saúde para fazer treinamentos específicos, como sobre a operacionalização do SIFAB.

Avaliação do Impacto

- Outra questão abordada foi a de que é necessário avaliar o impacto do que está sendo fornecido à população, o mais breve possível.

ENCAMINHAMENTO SUGERIDO: disponibilizar um banco de dados para acompanhamento individual dos tratamentos, semelhante àquele já existente para registro hospitalar do câncer.

Comentários

Dr. Fernando Passos Cupertino de Barros

Vice-Presidente do CONASS na Região Centro-Oeste, SES GO e coordenador da Mesa

A mesa Assistência Farmacêutica foi de longe uma das mais importantes e interessantes, se não a mais, em função exatamente do drama vivido pelas SES's atualmente, principalmente, com respeito a dispensação de medicamentos excepcionais, de alto custo, tanto nas dificuldades recorrentes do subfinanciamento por parte do Ministério da Saúde, isso foi muito ressaltado por todos os apresentadores, da defasagem dos preços referencias do MS, que não são revistos desde 2001, e naquela época já tinham sido colocados em valores inferiores ao preço de mercado, como especialmente da diferença brutal que nós encontramos hoje com respeito ao volume de pacientes, comparado ao início do programa. Então, há uma demanda crescente, grande, e, além disso, temos a grave situação da indústria das liminares e requisições do Ministério Público, que determina aos gestores a dispensação de medicamentos, tanto daqueles que estão no protocolo, mas que eles nos obrigam a dispensar fora das condições previstas no protocolo, quanto de medicamento que sequer tem registro na vigilância sanitária brasileira.

O Estado de São Paulo iniciou as apresentações mostrando como a Secretaria de Estado tem conseguido controlar, organizar essa questão, desenvolvendo softwares próprios para administrar toda a logística do medicamento excepcional, desde a sua aquisição até a sua dispensação, mas chamou muita atenção os números apresentados por São Paulo que dão conta de que apenas com a dispensação de medicamentos por força de liminar, de segurança, o Estado de São Paulo gastou no ano passado cerca de R\$ 40 milhões. Neste ano, até o mês de junho, o dobro desse valor. Então, nessa proporção, o Estado terá até o final de 2005, dispensado ou terá um incremento de despesas de 4 vezes, em relação ao ano passado. Isso é uma avalanche, uma coisa insuportável para qualquer orçamento.

O Estado de Santa Catarina também apresentou uma forma muito interessante e semelhante à de São Paulo, na questão do controle, da emissão das APAC's, no controle da dispensação e da organização da Assistência Farmacêutica, especialmente, na questão dos medicamentos de alto custo e também não se esqueceu nessa mesa, da questão da Assistência Farmacêutica Básica.

Houve também uma questão muito rica por parte do Estado do Pará, mostrando uma das formas que se encontrou para fazer a dispensação de medicamentos da atenção básica através de uma convergências de esforços e de recursos dos níveis federal, estadual e municipal, fazendo então um efeito de volume e, conseqüentemente, dando impacto na redução dos custos e proporcionando, assim, a entrega diretamente em cada município em partilhas trimestrais.

É verdade que cada Estado no Brasil optou por uma modalidade diferente mas, de toda essa discussão surgem alguns pontos que precisam ser perseguidos, primeiro que esta é uma questão urgente a ser resolvida e a manifestação do Ministro da Saúde, Saraiva Felipe, nos dá a noção de que ele tem essa questão como prioritária, ele entende o problema que estamos vivendo e que certamente exige uma solução imediata. De outro lado, é preciso rever os papéis do MS, ao invés de estar se ocupando em fazer registro de preços. O MS tem exercido um papel que não é compatível com a sua função que é de adquirir medicamentos da atenção básica.

Fiquei muito satisfeito quando o Ministro Saraiva Felipe declarou que isso é uma função que pode ser desenvolvida pelos municípios, pelo Estado e não pelo MS. O que nós queremos é que o Ministério assuma o seu papel de gestor federal e, conseqüentemente, ajude o SUS ao organizar a possibilidade de compras que busque uma maior vantagem para a administração pelo efeito de volume e escala.

Reorganização da dispensação de medicamentos excepcionais de alto custo

– SÃO PAULO

Objetivos

- Uso racional de medicamentos;
- Otimizar a aquisição e a dispensação;
- Humanizar o atendimento;
- Implantar Sistema de Informações centralizado.

Descrição do projeto e do processo

- Parceria com a Faculdade de Medicina, que desenvolveu o Sistema Medex (Gerenciamento de Pacientes, emissão de Solicitação de Medicamentos Excepcionais – SME, Autorização de Procedimento de Alta Complexidade – APAC eletrônica e faturamento) e com a Prodesp (Sistema de Controle de Estoque).
- Parceria com a Divisão de Assistência Farmacêutica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.
- Reestruturação física, dos equipamentos e mobiliário nas Farmácias de Medicamentos Excepcionais.
- Treinamento dos funcionários no novo modelo.
- Investimento em torno de 100 mil reais por farmácia remodelada.
- Início das implantações em julho 2004, com término previsto para dezembro de 2005.

Destaques do projeto

- Atendimento humanizado ao paciente (cadastro, solicitação e dispensação no mesmo dia).
- Tempo médio de atendimento entre 3 a 10 minutos.
- Agendamento dos próximos atendimentos.
- Além da ferramenta da informática, que facilita o trabalho, o que se trabalha é um novo modelo da atenção. A farmácia deve ser uma farmácia de fato e não um depósito de medicamentos.

Resultados alcançados

- Melhoria no atendimento do paciente
- Informações integradas que permitem um adequado planejamento das aquisições dos medicamentos.
- Melhor desempenho e satisfação dos profissionais envolvidos na reorganização.
- Emissão de APAC (Autorização de Pagamento de Alta Complexidade) eletrônica.
- Banco de dados unificado que permite a avaliação dos atendimentos realizados nas Farmácias de Medicamentos Excepcionais.

O sistema registra a dispensação ao paciente. Eliminou a Solicitação de Medicamento Excepcional e a receita intermediária entre as consultas médicas.

Responsáveis pelo projeto

Coordenadora de Saúde
(Coordenadoria de Ciência, Tecnologia
e Insumos Estratégicos de Saúde)
DRA. MARIA CECÍLIA M. M. A. CORRÊA
E-mail: ceciliacorrea@saude.sp.gov.br
Fone: (11) 3066.8771

Diretor Técnico de Departamento de Saúde
- Assistência Farmacêutica
Ccties - (Coordenadoria de Ciência, Tecnologia
e Insumos Estratégicos de Saúde)
ELIANA SATIKO SHIINE GRAVINEZ
E-mail: egravinez@saude.sp.gov.br
Fone: (11) 3066.8771

Diretor Técnico de Departamento De Saúde -
Departamento de Informática - Gstic - Cps
(Grupo Setorial de Tecnologia de Informação e
Comunicação)
DR. HUMBERTO TACHINARDI ANDRADE SILVA
E-mail: tachinardi@saude.sp.gov.br
Fone: (11) 3066.8732

Vida com Saúde

– PARÁ

Introdução

O Programa Vida com Saúde é muito mais que um simples programa de distribuição gratuita de medicamentos, pois busca o ordenamento do sistema de distribuição de medicamentos para a população de 143 municípios que compõem o Estado do Pará, abrangendo 6,4 milhões de habitantes. Estes municípios são selecionados e agrupados segundo:

- Perfil epidemiológico
- Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da população
- População geral
- Condições sócio-econômicas dos municípios

Descrição do Projeto

Objetivos

- Reduzir as desigualdades sociais, além de manter o compromisso do Estado para com a população através da implantação do Programa Vida com Saúde – Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, levando a população dos municípios os medicamentos de que necessita.
- Permitir o acesso da população aos medicamentos;
- Personalizar os medicamentos facilitando o controle e utilização adequada;
- Orientar a população, médicos e distribuidores sobre a utilização consciente dos medicamentos;
- Treinar e capacitar os profissionais dos municípios para os procedimentos corretos de aquisição, recebimento, armazenamento e dispensação de medicamentos;
- Promover o uso racional de medicamentos junto à população.

Descrição do projeto e do processo

O Programa Vida com Saúde estabelece pré-requisitos para a adesão dos municípios ao programa, entre eles:

- Assinatura do termo de adesão entre a Secretaria Estadual de Saúde e a Prefeitura Municipal;
- Prestação de contas mensal atualizada no Sistema de Informação da Farmácia Básica – SIFAB.
- A seleção dos medicamentos é feita com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME, na 8ª lista de Medicamentos Essenciais da Organização Mundial de Saúde – OMS, e no estudo epidemiológico dos municípios quanto às doenças mais comuns e/ou prioritárias e os medicamentos mais prescritos;
- Registro da demanda não atendida.

Com base nesses critérios, foram selecionados 41 itens que compõem o kit farmácia básica recebido por todos os municípios.

O custo unitário estimado é de R\$ 5.427,00 por kit contendo os 41 medicamentos. Os recursos financeiros pactuados no Estado do Pará nos anos de 2004 e 2005 estão apresentados na tabela abaixo.

VALORES PACTUADOS PARA FARMÁCIA BÁSICA NO ESTADO DO PARÁ EM 2004 E 2005 TABELA

Esfera Governamental	Valor R\$	Percentual
Federal	6.473.318,00	50,00
Estadual	3.656.550,30	28,54
Municipal	2.767.070,00	21,46
TOTAL	12.946.636,00	100,00

FONTE: SESPA

No período de julho a dezembro de 2004, o Estado do Pará investiu um valor na ordem de R\$ 8.140.000,00, que corresponde a mais 131% do valor pactuado, para garantir a aquisição de 1.500 kits de medicamentos. Em 2005, o Estado reprogramou o seu orçamento para R\$ 12.273.000,00, destinados à aquisição dos medicamentos básicos para o período de janeiro a dezembro.

A periodicidade de entrega é trimestral, sendo feita de forma regular a todos os municípios adimplentes com o Sistema de Informação da Farmácia Básica – SIFAB e com o Programa Vida com Saúde.

41 ITENS QUE COMPÕEM O KIT FARMÁCIA

Ácido Fólico 5mg
Aminofilina 100 mg
Aminofilina 200 mg
Amoxicilina 500mg
Amoxicilina susp. Oral250mg/5ml
Ampicilina 500mg
Carbamazepina 200mg
Cefalexina 500 mg
Cefalexina susp 250 mg 60 ml
Cetoconazol 200 mg
Cetoconazol Creme 30 g
Cimetidina 200mg
Dexametazona 0,1 % creme 10 g
Declorfeniramina 2mg
Diclofenaco de Sódio 50 mg
Diclofenaco de Sódio 75 mg inj.
Digoxina 0,25mg
Dipirona 500 mg inj. Ampola 2 ml
Fenoterol p/ Nebulização 0,2mg 20ml Gotas
Fenobarbital 100mg
Furosemida 40mg
Glibenclamida 5mg
Ibuprofeno 300mg
Iodeto de Potássio (xarope) Fr. 100ml
Mebendazol 100mg
Mebendazol 20 mg/ml. Susp. Oral
Metildopa 250mg
Metronidazol (Benzoil) 4% 100ml Susp. Oral
Metronidazol 250mg
Neomicina+Bacitracina 10g Pomada
Nistatina Creme Vaginal 25.000 ui/G
Paracetamol 100mg Oral
Paracetamol 500mg
Penicilina G Benzatina 1.200.000 UI Sol. Injetável
Prednisona 20mg
Ranitidina 150mg
Sulfametoxazol 4%+0,8% Sol Oral Frasco
Sulfametoxazol+Trimetoprima 40+80mg
Sulfato de salbutamol 2mg/ml fr. 100ml
Sulfato Ferroso 300mg
Sulfato Ferroso 120mg/ml Sol. Oral

Destaques do projeto

A aquisição centralizada dos medicamentos proporcionou uma economia considerável de recursos, revertidos em benefício da população, através da aquisição de medicamentos básicos.

Resultados alcançados

Entre os resultados destacam-se:

- Maior número de pacientes atendidos no primeiro nível de atenção à saúde;
- Maior acesso dos usuários aos medicamentos da farmácia básica;
- Otimizar os recursos investidos em prol da população;
- Racionalização do desperdício;
- Diminuição do número de internações pelo agravamento das doenças

Responsável pelo projeto

DURVALINA SERRÃO PINTO
Coordenadora Estadual de Assistência
Farmacêutica Básica
E-mail: provis@sespa.pa.gov.br
Fone: (91) 4006-4936/4937/4938/4939

A política de medicamentos no Estado do Paraná

– PARANÁ

Introdução

O projeto abrange todo o Estado do Paraná, sendo o CEMEPAR (Centro de Medicamentos do Paraná) a unidade da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (SESA/PR) a centralizar todas as atividades da Assistência Farmacêutica, não apenas com relação aos processos de compra, estoque e distribuição, mas também, com as várias coordenações de programas especiais da Secretaria Estadual de Saúde, definindo estratégias e ações específicas para o estado.

São gerenciados medicamentos de todos os programas do governo federal e ainda programas específicos criados pela SESA/PR, como, por exemplo:

- Paraná sem Dor - medicamentos para suporte terapêutico e adjuvantes para minimizar efeitos colaterais pelo uso crônico dos medicamentos.
- Paraná no combate as Doenças Oportunistas do Paciente com AIDS e suporte terapêutico aos efeitos colaterais pelo uso do coquetel.
- Violência sexual e DST.
- Fibrose cística – antibióticos e suplementos nutricionais.
- Mielomeningocele – medicamento para incontinência urinária.
- Kit básico emergencial de medicamentos para Atenção Básica.
- Diabetes com programa de tratamento integral com várias opções terapêuticas
- Hospitais próprios

Objetivos

Propor e acompanhar a Política de Assistência Farmacêutica no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

Resultados esperados

Monitorar todo o processo logístico e técnico para viabilizar uma Assistência Farmacêutica segura e eficaz, apoiando a 22 Regionais de Saúde da SESA, através de:

- Planejamento epidemiológico para racionalização de compras e distribuição;
- Descentralização da distribuição e da auditoria médica;
- Suporte às demandas judiciais;
- Suporte para situações emergenciais;
- Suporte para situações especiais (programas especiais de medicamentos).

Descrição

Inicialmente buscamos centralizar o máximo possível a aquisição dos produtos farmacêuticos, o que possibilita compras com condições vantajosas de preço em relação às compras isoladas. O processo de aquisição é feito por pregão eletrônico e registro anual de preços.

Trabalha-se na descentralização da distribuição e da análise técnica das solicitações de medicamentos excepcionais pela auditoria médica, visando sempre facilitar o acesso do paciente. Nessa linha, para garantir a equidade para o cidadão, em relação aos vários programas farmacêuticos estaduais e federais, sua entrada no sistema se dá pela unidade básica de saúde do SUS.

Discussões entre auditoria médica do CEMEPAR, grupo técnico e com os comitês médicos, formados por médicos de várias especialidades clínicas e de várias instituições, tais como universidades e associações de classe, bem como do Conselho Regional de Medicina. O objetivo das discussões é dinamizar os protocolos de acesso dos pacientes aos vários programas, algumas vezes dificultados pela inexistência de laboratórios credenciados pelo SUS para a realização dos exames exigidos pelos protocolos, ou ainda, pela falta de médicos especialistas para a realização dos exames clínicos, também exigidos pelos protocolos. Nessas discussões, estabelece-se a liberação de alguns critérios laboratoriais e a possibilidade de utilização de clínicos gerais, treinados e orientados, especialmente para os casos de acesso difícil.

No caso das demandas judiciais, estabeleceu-se um rito processual que é medido em horas para cada movimento, bem como, a elaboração de orientações técnicas específicas para cada caso. Essas orientações são encaminhadas à Assessoria Jurídica da SESA e a Procuradoria Geral do Estado, visando dar subsídios que orientem e dêem agilidade no andamento dos processos. Ainda com relação às demandas judiciais, quando se percebe que a incidência de determinados pedidos judiciais está aumentando,

demonstrando uma tendência, são realizadas reuniões específicas com Comitês Técnicos, buscando definir a necessidade de se criar um protocolo ou incorporar determinado medicamento. Evita-se, desta forma, processos judiciais que são onerosos para o estado e ineficientes ao atendimento dos pacientes.

Igualmente, tem sido aberto um canal de discussão com os coordenadores dos vários programas da SESA/PR, para viabilizar a aquisição específica de produtos farmacológicos que respeitem, dentro do possível, a faixa etária, sexo e condição clínica do cidadão a ser beneficiado.

Destaques

Entre os aspectos inovadores está a descentralização do atendimento e distribuição de produtos farmacêuticos e da auditoria médica, facilitando o acesso do paciente. Além disso, a criação de programas específicos do Paraná (Paraná sem Dor, infecções oportunistas na AIDS, diabetes, etc.), bem como a integração com várias coordenações da SESA/PR.

Resultados

Podem-se destacar até o momento os seguintes resultados:

- Diminuição dos preços de aquisição de produtos.
- Diminuição das filas de espera tanto para entrada nos programas e auditoria médica, quanto para o fornecimento dos medicamentos, especialmente pela descentralização da distribuição e informatização do processo.
- No caso das demandas judiciais, conseguiu-se uma aproximação e diálogo com o poder judiciário e com a promotoria pública, o que tem viabilizado, em alguns casos, uma parceria para a solução dos problemas dos pacientes, agilizando os processos.

Responsável pelo projeto

LUIZ FERNANDO DE OLIVEIRA RIBAS
– Médico e diretor do Centro de Medicamentos do Paraná -
CEMEPAR.
Rua Prefeito Lothário Meissner,102
Jardim Botânico – Curitiba
E-mail: lfribas@uol.com.br
Fone: (41) 3262-9311 Fax: (41) 3264-5029

Sistema de gestão de medicamentos de dispensação em caráter excepcional/alto custo

– SANTA CATARINA

Introdução

O projeto abrange todo o Estado de Santa Catarina, atendendo a todos medicamentos gerenciados, independente do nível de complexidade da assistência. O desenvolvimento do sistema objetiva ser uma ferramenta para facilitar a gestão do Programa de medicamentos de dispensação em caráter excepcional/alto custo.

Até o início do ano de 2003, não havia cadastramento informatizado do programa de medicamentos excepcionais/alto custo. Para que se pudesse conhecer o número de pacientes cadastrados, os medicamentos dispensados e as respectivas quantidades e posologia, as patologias associadas ao seu fornecimento, informações sobre os prescritores, o local de origem dos pacientes, além de informações sobre questões financeiras envolvidas. Entre essas, destaca-se o comparativo entre os valores financeiros aplicados pela Secretaria da Saúde e o valor de ressarcimento do Ministério da Saúde, permitindo, ainda, fazer a programação de consumo e de aquisição, acompanhar o crescimento do programa, os motivos de devolução dos processos e as razões de indeferimento.

Além destas informações é possível gerar vários relatórios administrativos, cruzar informações e gerar as Autorizações de Procedimento de Alto Custo – APAC, otimizando o faturamento.

Descrição

Depois de definida a necessidade de se desenvolver um sistema informatizado para essa área, o que ocorreu em abril de 2003, a Diretoria de Assistência Farmacêutica articulou junto à Gerência de Informação da Secretaria da Saúde para que fosse designado um profissional com formação em análise de sistemas para, em conjunto com a DIAF, discutir as especificidades do programa e desenvolver o sistema.

O profissional, com a formação desejada, foi contratado através de convênio entre a SES e a FEPESE da Universidade Federal de Santa Catarina. Não houve

necessidade de alocação de recursos financeiros para o desenvolvimento do sistema, pois o convênio já previa o desenvolvimento desse tipo de trabalho. A ferramenta utilizada no desenvolvimento do sistema foi o DELPHI 5.0, utilizando o banco de dados SQLSERVER 2000.

A partir de julho de 2003 o cadastro dos pacientes começou a ser realizado pelo sistema, que continua sendo aperfeiçoado até os dias atuais. O sistema também tem sido utilizado para cadastrar os pacientes que solicitam e recebem medicamentos através de demandas judiciais.

Destaques

Entre os aspectos inovadores e definidores do bom desempenho do programa, destaca-se o fato do sistema estar disponível para consulta via rede web, mediante uso de senhas pessoais. Os gestores locais e regionais – centros de custos do Estado, operacionalizam o programa de forma descentralizada, e podem acompanhar toda a tramitação dos processos de sua área de abrangência, eliminando a necessidade de fazer consultas por telefone.

As solicitações mensais de medicamentos também são feitas via Internet, minimizando a tramitação de papel. Também, os arquivos contendo as informações necessárias para a geração das Autorizações para Procedimento de Alta Complexidade - APAC são enviados pelos centros de custo à DIAF através da Web, geradas centralizadamente pela DIAF. Desta forma, elimina-se a digitação mensal repetida de todas as APAC.

A ferramenta usada para desenvolvimento para a rede web foi JAVA, utilizando o mesmo banco de dados da Diretoria de Assistência Farmacêutica.

Resultados

Podem-se destacar até o momento os seguintes resultados:

- Cadastro atualizado de todos os pacientes incorporados ao programa de medicamentos excepcionais.
- Informações atualizadas de todas as solicitações de medicamentos, inclusive os medicamentos não padronizados.
- Disponibilidade de informações gerenciais e relatórios diversos, entre eles, pacientes aguardando liberação, necessidade futura prevista por medicamento, consumo mensal por item, número de pacientes por patologia (CID), relação dos pacientes, entre outras.

- Informações dos centros de custo disponíveis em tempo real, possibilitando dar informações sempre que solicitado, tanto pelo Gabinete do Secretário, como de outros locais.
- Maior agilidade nas respostas às solicitações administrativas.
- Cadastro e acompanhamento das ações judiciais e dos respectivos beneficiários, com acesso a todas informações necessárias ao cumprimento da decisão.
- Rastreabilidade na tramitação dos processos.

Responsáveis pelo projeto

Diretor da Assistência Farmacêutica
da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina:
JOSÉ MIGUEL DO NASCIMENTO JUNIOR
Gerente da Diretoria de Assistência Farmacêutica
da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina:
KÁRIN DE BRIDA
E-mail: diaf@saude.sc.gov.br
Fone: (48) 3251-7868 Fax: (48) 3251-7876

Experiências

A regionalização no Estado do Ceará

– CEARÁ

Regulação da internação hospitalar

– BAHIA

Regionalização solidária

– MARANHÃO

Projeto de incentivo estadual para os municípios: "O Estado dá Saúde"

– RIO DE JANEIRO

Implantação e financiamento da regulação em um Estado continental

– MATO GROSSO

III GESTÃO E REGULAÇÃO

Síntese das apresentações

A terceira mesa do evento, sobre experiências na área de Gestão e Regulação, foi coordenada pelo Vice-Presidente do CONASS na Região Sudeste e Secretário de Estado da Saúde de São Paulo, Luís Roberto Barradas Barata, e contou com a apresentação de cinco Secretarias Estaduais de Saúde, quais sejam: Ceará, Bahia, Maranhão, Rio de Janeiro e Mato Grosso. Quatro delas foram voltadas à organização do sistema assistencial, através da implementação de projetos de regionalização e/ou da regulação do acesso de usuários a estabelecimentos de média e alta complexidade. A quinta, do Rio de Janeiro, tratou da alocação aos municípios de recursos financeiros oriundos de receitas próprias do Estado, critérios utilizados e resultados alcançados.

Destaques

A SES CE apresentou a implementação de seu projeto de regionalização, que vem sendo desenvolvido desde 1998, com suporte de consultorias nacionais, internacionais, apoio do Department for International Development do Reino Unido – DFID/UK e da Escola de Saúde Pública do Estado. Segundo a apresentadora, Dra. Vera Coelho, em consonância com o projeto, a organização da Assistência tem como base a identificação das necessidades microrregionais a partir do trabalho das Equipes de Saúde da Família, com regulação da referência para a Atenção Secundária, pactuada entre o conjunto de municípios e Estado, assim como para a Atenção Terciária, cuja oferta de serviços abrange espaços macrorregionais. Os principais instrumentos e estratégias utilizados, bem como os resultados alcançados, estão descritos no termo de referência em anexo. A regulação do acesso, através das Centrais de Regulação microrregionais (21) e macrorregionais (3), foi considerada um “suporte essencial” ao processo de regionalização da Atenção. Embora não tenha sido relatado o custo global do projeto, foi estimada a necessidade de aproximadamente R\$ 190 milhões em investimentos para o funcionamento adequado da Atenção Terciária nas três (3) macrorregiões do Estado.

A segunda apresentação, da Regulação da Internação Hospitalar na Bahia, foi feita pela Dra. Marta Rejane M. Batista. O projeto busca uma visão da gestão estadual no projeto de implantação da regulação do acesso à Assistência hospitalar e foi constituída no sentido de permitir a garantia do acesso, promover a organização do sistema assistencial e proporcionar o controle e uso racional dos recursos públicos. Durante os debates houve questionamento sobre a utilização da PPI no processo de contratação. Segundo a apresentadora, a PPI está pronta, o cadastro realizado e há um ano foi feito um chamamento público, mas ainda estão com dificuldades na realização dos contratos por falta de documentação dos prestadores de serviços de saúde. O município de Salvador não está em gestão plena do sistema e este é o grande problema da PPI, pois gera problemas em relação à regulação e reprogramações.

A terceira apresentação, da Regionalização solidária no Estado do Maranhão, foi realizada pelo Dr. José Márcio Soares Leite, Secretário Adjunto da SES/MA. Este projeto compreende o reconhecimento das microrregiões de saúde, espaço território - assistencial, onde os municípios em associação entre si e com o apoio do Estado farão à gestão da Atenção Primária e Secundária em Saúde. O processo é baseado no PDR, já construído e passa pela aprovação da CIB e CES. Ainda relatou que a orçamentação global de uma microrregião de saúde tem como base de cálculo o custo de um hospital municipal de 100 (cem) leitos. Coloca ainda que no Estado a PPI funciona como mais um instrumento de oferta, mas não avalia eficácia e eficiência. Ainda sobre a gestão hospitalar, destacou a importância do trabalho do MS em relação aos hospitais universitários.

A quarta apresentação, "Projeto de Incentivo Estadual para os Municípios", do Estado do Rio de Janeiro, foi realizada pelo Dr. Wilson de Maio, Secretário Adjunto da SES/RJ e destacou como principal objetivo a diminuição das desigualdades entre os municípios, proporcionando assim, um modelo de financiamento baseado nos princípios da equidade e como grande avanço o aumento da oferta de consultas especializadas, aquisição de medicamentos e exames tornando possível o controle de alguns agravos como: hipertensão arterial, diabetes, tuberculose, hanseníase, entre outros, assim como a avaliação e o acompanhamento de consultas de pré-natal e uma melhor operacionalização de programas de saúde de âmbito nacional.

A quinta apresentação, "Implantação e financiamento da regulação em um Estado continental", do Estado do Mato Grosso, foi realizada pelo Dr. Antônio Augusto de Carvalho, Secretário Adjunto de Saúde do Mato Grosso que discorreu sobre a Central de Regulação – CER, desde a criação, em 2001, até os dias atuais. Forneceu números tanto qualitativos quanto quantitativos das atividades desenvolvidas e também esquema operacional de funcionamento da CER. Destaca como resultados alcançados: confiança dos usuários na CER; satisfação dos servidores da CER; credibilidade junto à população; utilização racional dos leitos de UTI e consolidação do Sistema Regulador.

Principais intervenções

- Foi solicitado, pelos Secretários presentes, um aprofundamento sobre o processo seletivo para a ocupação dos cargos em comissão de Gerente Microrregional de Saúde no Estado do Ceará. Segundo a apresentadora, tal processo teria início com a ampla divulgação do concurso e fornecimento de informações técnicas sobre cada território aos candidatos, submetidos então à análise de currículo, à avaliação de plano de trabalho proposto por eles a partir das informações fornecidas pela SES e a entrevistas. A equipe da SES é responsável pela seleção inicial e elaboração de lista tríplice, sendo a decisão final de prerrogativa do Governador. Os selecionados passam por processo de

capacitação específico, sendo que, após a posse, caso não respondam de forma satisfatória às responsabilidades definidas, passam por novo processo de capacitação e, eventualmente, é realizada nova seleção para sua substituição;

- Como superar o paradigma da municipalização autárquica: recursos pulverizados de média e alta complexidade e também a questão da população referenciada de outros municípios? A PPI e o PDR foram apontados como instrumentos importantes na solução destas questões.

- Como grande dificuldade na implementação das Centrais de Regulação foi colocada a questão da contratação de médicos reguladores.

Encaminhamentos

- Reunião com as três esferas de gestão para o aprofundamento de questões tais como: divisão de responsabilidades em cada esfera em relação ao financiamento.

- Promoção de mais encontros do CONASS, para troca de experiências entre os Estados.

Comentários

Dr. Luís Roberto Barradas Barata

Vice-Presidente do CONASS na Região Sudeste, SES/SP, e coordenador da Mesa

A mesa de Gestão e Regulação foi muito interessante porque mostrou a diversidade do SUS no Brasil. Tivemos experiências muito importantes em Estado com grande área territorial, como é o caso do Mato Grosso, que apresentou sua experiência de regulação num Estado imenso, como transporte aéreo e hidroviário de pacientes. Ao mesmo tempo, tivemos experiências de Estados que estão construindo a regulação há mais de 10 anos, que é o caso do Ceará, onde a gente tem uma estruturação da regionalização, da hierarquização dos serviços e da regulação dos serviços muito mais consolidada. E temos outros Estados, como o Maranhão, que, apesar de ser um Estado muito grande territorialmente, com áreas bastante complexas, está iniciando seu processo de regulação do SUS. Essas diferentes experiências contribuem muito para quem está começando a perceber os acertos e equívocos de quem já percorreu a estrada e conseguir, mais rapidamente, implantar a regulação, o melhor controle do SUS.

A mesa foi muito proveitosa, com experiências muito diferentes, mas ao mesmo tempo, um interesse muito grande por parte de todos os Estados com uma participação bastante importante de diversos Secretários Estaduais de Saúde, dos técnicos, dos assessores. E esse novo formato de reunião, com apresentação das experiências concretas da realidade de cada Estado, foi muito produtivo para aperfeiçoar o SUS em todo o Brasil.

A regionalização no Estado do Ceará

– CEARÁ

Introdução

Projeto de abrangência estadual, desenvolvido a partir de 1998, com suporte de consultorias nacionais, internacionais, apoio do “Department for International Development do Reino Unido – DFID/UK” e da Escola de Saúde Pública.

Objetivo

Implantar no Ceará os Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde.

Conceitos

- Microrregião de saúde: conjunto de municípios com forte sentimento de integração e interdependência, com vontade política para pactuar na busca de soluções para problemas comuns.
- No Ceará, a microrregião de saúde é responsável pela atenção primária, no âmbito de cada município e, pela atenção secundária de 1º e 2º nível de complexidade, pactuada entre o conjunto de municípios e o Estado.
- Macrorregião de Saúde: conjunto de microrregiões que convergem para pólos terciários de Fortaleza, Sobral e Cariri.
- Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde: organização das ações e serviços de saúde no âmbito das microrregiões.
- Controle Público: compreende o controle institucional, realizado pelo Ministério Público, legislativo, órgãos de auditoria e outros e pelo controle social (conselhos, conferências, fóruns microrregionais e outros).
- Célula Regional de Saúde: instância da Secretaria da Saúde do Estado em cada microrregião.

Descrição

A regionalização da Saúde no Ceará teve seu marco inicial em 1998, com a contratação de uma consultoria internacional e com o apoio do “Department for International Development do Reino Unido – DFID/UK”, para estruturar o Sistema de Referência e Contra-referência estadual. O estudo baseou-se na malha viária, no fluxo das referências para internação, na contigüidade territorial e na capacidade máxima instalada de cada município.

Inicialmente o Estado foi dividido em 14 trechos por onde convergiam os municípios aos pólos terciários de Fortaleza, Sobral e Cariri e, posteriormente em 21 (vinte e uma) microrregiões de saúde e 3 (três) macrorregiões de saúde.

Surgiu então, em 1998, o processo de modelagem da gestão estadual, com o objetivo de estruturar a Secretaria da Saúde do Estado, conforme objetivo e missão institucional.

Com essa mudança, os 14 departamentos regionais de saúde foram substituídos por 21 células regionais de saúde, instâncias da Secretaria da Saúde do Estado nas microrregiões, definidas para responderem pela promoção da política estadual da saúde e pela organização dos serviços neste âmbito, sendo oficializadas no início de 2000.

Em 1998 e 1999, com o suporte da Escola de Saúde Pública, do “Department for International Development – DFID/UK” e de uma consultoria nacional, foi lançado o projeto piloto na microrregião de Baturité, a fim de estruturar o Sistema Microrregional de Serviços de Saúde, sendo expandido em 2000 para outras microrregiões de saúde do Estado.

Ainda em 2000, houve um processo seletivo para o cargo em comissão, de Gerente Microrregional de Saúde para as 21 Células Regionais, onde os candidatos eram submetidos à análise de currículo, de um plano de trabalho e de uma entrevista.

Vale ressaltar que todos os gerentes microrregionais foram capacitados em desenvolvimento de liderança e participaram de um curso sobre ferramentas de gestão microrregional.

Houve também, em 2003 e 2004, um redimensionamento dos processos de trabalho, onde as Células Regionais de Saúde estruturaram seu quadro de recursos humanos, por equipes de trabalho, alimentadas por um Plano de Gestão Microrregional e por um Colegiado de Gestão.

Salienta-se que em cada microrregião existe uma Comissão Intergestora Bipartite Microrregional, espaço de negociação e pactuação das ações e serviços do SUS.

Ocorreu em 2004, o planejamento estratégico da Secretaria da Saúde do Estado, em que sua missão, valores, visão de futuro e estratégias organizacionais foram definidas com ampla participação.

Quanto ao fortalecimento do controle e avaliação, foram implantadas 21 centrais de regulação microrregionais e 3 macrorregionais, responsáveis pelo agendamento e garantia de acesso a consultas, exames e internações de média e alta complexidade, bem com a emissão de relatórios operacionais que identificam falhas e necessidades do Sistema.

Ressalte-se que os Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde é um processo em construção, que muito tem a ser feito, cuja lógica de organização está na Atenção Primária, descentralizada para cada município cuja estratégia é a Saúde da Família e a Atenção Secundária, pactuada entre o conjunto de municípios e o Estado, na lógica da economia de escala e resolutividade.

Para fortalecer a atenção secundária, o Estado firmou convênio com 30 hospitais-pólo, objetivando estruturar as especialidades de clínica médica, cirurgia geral, pediatria, gineco-obstetrícia e traumatologia-ortopedia, com urgência e emergência nas 24 horas.

Existem também os Sistemas de Apoio, em que é implementada a assistência farmacêutica; o controle e avaliação, a mobilização social e o controle público e, os Sistemas de Saúde Pública nos quais são fortalecidas a vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental; o controle de endemias e os sistemas de informação.

Para melhor operacionalizar os Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde, foram definidos os instrumentos de gestão microrregional, citados a seguir:

- Plano de Gestão Microrregional
- Plano Diretor de Regionalização e Plano Diretor de Investimento
- Plano Microrregional de Educação Permanente
- Programação Pactuada Integrada – PPI
- Termos de Compromisso:
 - Atenção primária
 - Hospitais-pólo
 - Assistência farmacêutica
- Sistema de Informação Gerencial
- Relatório de Gestão Microrregional
- Políticas e Planos de Qualidade:
 - Protocolos clínicos
 - Agenda e pactos
 - PROQUALI (metodologia da qualidade)
 - Acreditação de unidades

No Ceará, foram implantados e estruturados 4 Pólos de Educação Permanente, de modo descentralizado e regionalizado.

Pretende-se, no entanto, fortalecer cada vez mais a organização e gestão do Sistema Estadual de Saúde mediante a construção do Sistema Integrado para o Ceará.

Lições Aprendidas

Cada microrregião dispõe de uma instância da SESA, para promover a política estadual de saúde; articular, monitorar e assessorar os municípios:

- Institucionalização das CIB – microrregionais.
- Seleção para Gerentes Microrregionais de Saúde.
- Curso de aperfeiçoamento em gestão de sistemas microrregionais de serviços de saúde;
- Papel da Escola de Saúde Pública e dos Pólos de Educação Permanente.
- Apoio do DFID/UK.
- Suporte de consultorias nacionais e internacionais.
- Instâncias da SESA nas microrregiões (Células Regionais de Saúde) fortalecidas: informatização, contratação de pessoal, capacitação técnica, melhoria das condições de trabalho.
- Instalação das centrais de regulação para gerenciar o sistema de referência e contra-referência e avaliar os mecanismos de programação dos procedimentos.

Desafios

- Implementar a gestão participativa.
- Fortalecer o controle público.
- Assegurar a continuidade do processo de estruturação dos sistemas microrregionais de saúde: construir o Sistema Integrado de Saúde.
- Consolidar parcerias.
- Trabalhar a intersetorialidade.
- Implementar as ferramentas de gestão microrregional.
- Promover e apoiar a atenção primária com qualidade.
- Fortalecer e apoiar a implantação dos pólos-microrregionais.
- Instituir um sistema de custo para unidades assistenciais.

Resultados Alcançados

- Maior legitimidade das Células Regionais de Saúde.
- Sentimento de pertença na microrregião/maior agregação.
- Redução das internações de 1º e 2º nível de complexidade ocorridas fora da microrregião de origem dos usuários.
- Organização dos fluxos das referências e identificação de necessidades por ações e serviços.
- Melhoria e agilidade na análise e interpretação de dados de caráter regional.
- Maior organização dos serviços e possibilidade de acordos/pactos.

Responsável pelo projeto

ISABEL CRISTINA CAVALCANTI CARLOS
Coordenadora das Células Regionais de Saúde
E-mail: isabelc@saude.ce.gov.br
Fone: (85) 3101 5217/5219 Fax: (85) 3101 5218

Regulação da internação hospitalar

– BAHIA

Descrição

O projeto trata da regulação de leitos hospitalares das Unidades de Saúde da rede SUS, localizadas na microrregião de Salvador. A Secretaria Estadual de Saúde da Bahia elaborou o seu Plano de Regulação, Controle e Avaliação em consonância com o PDR (Plano Diretor de Regionalização) e estabeleceu estruturas e mecanismos de referência e contra referência para assistência à saúde, com o objetivo de direcionar a organização da rede assistencial, observando o princípio da hierarquização e a necessidade de adequação da relação entre a oferta e a demanda das ações e serviços de saúde.

A visão da gestão estadual do projeto de implantação da regulação do acesso à assistência hospitalar, foi constituída no sentido de permitir a garantia do acesso, promover a organização do sistema assistencial e proporcionar o controle e uso racional dos recursos públicos.

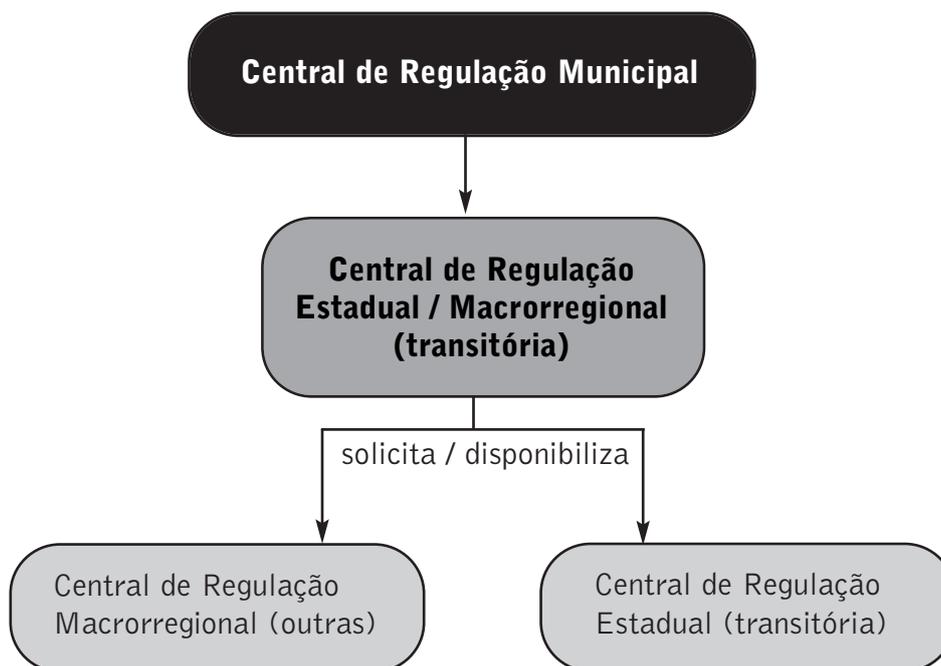
Nesse sentido, o objetivo do projeto, ora apresentado, é a expansão da abrangência regulatória da Central Estadual de Regulação da Bahia – CER/Ba que vem incluir no sistema regulatório os leitos hospitalares de todas especialidades, sejam para atendimento de urgência ou cirurgias eletivas.

De acordo com o PDR, os municípios estão agrupados em oito macrorregiões: Norte, Nordeste, Centro Leste, Sul, Extremo Sul, Sudoeste, Oeste e Centro, visando atender às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência. Observando o desenho do PDR/BA onde a macrorregião Nordeste é a que apresenta a maior concentração de leitos pela presença do Município de Salvador, fizemos a opção de iniciar a operacionalização da regulação assistencial na Bahia pela regulação de leitos nessa macrorregião, mais especificamente na microrregião de Salvador.

Dos 417 municípios do Estado, 26 estão em gestão plena do sistema municipal de saúde, o que lhes remete a um nível de responsabilidade diferenciado do restante dos municípios do Estado, quanto às atribuições de controle, regulação e avaliação.

O nível regional de regulação garante o acesso equânime a todos os pacientes de um município para o outro, de todos os serviços/procedimentos que foram pactuados, fazendo interface com as centrais municipais de regulação. Veja a seguir o fluxo do sistema regional:

FLUXO SISTEMA REGIONAL



Responsabilidade Gestora da Central Macrorregional e CER/BA: SESAB

O processo foi iniciado em fevereiro de 2003, através do Plano Piloto I, que tinha como missão, atender pacientes com quadro agudo de qualquer natureza, diminuindo a sobrecarga nos hospitais de maior complexidade, e apoiando as Unidades de Urgência e Pronto Atendimento para funcionar assegurando a estabilização de pacientes críticos.

Em seguida, após um ano de funcionamento, implantou-se a regulação dos leitos hospitalares nestas Unidades que compunham o Plano Piloto I e nas unidades públicas, utilizando o Sistema de Regulação de leitos hospitalares disponibilizado pelo Ministério da Saúde / MS, o SISREG.

Esta implantação, consolidada em outubro de 2004, vem sendo expandida de forma a contemplar todos os leitos da macrorregião Nordeste até o ano de 2006. As principais dificuldades encontradas se constituíram em 4 grupos, quais sejam de ordem técnica, inerentes ao próprio sistema; de operacionalização; de fluxo; de adesão.

Apesar das inúmeras dificuldades enfrentadas para atingir este objetivo, sejam elas originadas no software, da conformação da rede assistencial, da carência e inadequação de RH ou estrutura física da Central, hoje a CER/BA já congrega 54 Unidades Hospitalares Executantes e 42 Unidades Solicitantes, perfazendo um total de 96 Unidades incluídas na regulação.

Destaques

A utilização do sistema SISREG permitiu um salto de qualidade na operacionalização da regulação do acesso assistencial aos usuários do SUS das unidades reguladas pela Central de Regulação, e apresenta as seguintes vantagens:

- Regulação On Line.
- Confiabilidade dos dados.
- Agilidade no acesso aos recursos disponíveis nas unidades.
- Controle dos recursos da rede SUS.
- Controle dos gastos com o atendimento nas unidades de saúde.
- Melhor gerenciamento da rede SUS.
- Filtragem das distorções de mudanças de procedimento e tempo de permanência levando a um maior controle.

Resultados

Segue abaixo quadro com alguns dados da operacionalização do processo:

	2003	2004	Jul /2005
Leitos regulados	329	2.296	5.826
Unidades reguladas	14	35	96
Atendimentos IH	13.598	20.583	62.062
Médicos - Regulação	7	26	52
Médicos - Ambulância	7	8	21
Ambulâncias simples	14	19	22
Ambulâncias UTI	2	2	5

Estruturação do Complexo de Regulação - Metas até 2007

- Implantação de 8 Centrais Macrorregionais.
- Implantação/Implementação de 32 Centrais em Municípios pólo de Microrregião.
- Implantação/Implementação de 93 Centrais de Regulação tipo I em Municípios sede de Módulo Assistencial.
- Implantação da Coordenação de Regulação, Controle e Avaliação nas DIRES MACRO
- Assessoria à implantação e implementação dos setores de RCA dos Municípios.
- Estruturação dos SAMU's no Estado.
- Adequação da rede assistencial para o atendimento às necessidades em saúde.

O que muda com o sistema de regulação *on-line*

O relatório elaborado pela coordenação médica da CER/BA traduz a pertinência das observações contidas neste documento de referência:

“O que muda com o sistema de regulação *on-line*:

Podemos traçar um paralelo com as unidades que ainda não dispõem de sistema on-line para obtermos alguns parâmetros e assim fazer uma melhor avaliação das conseqüências desse tipo de regulação, quais sejam:

Começaremos pela relação das unidades reguladas, e já nesse momento percebemos que em se tratando de um sistema informatizado, podemos dispor imediatamente da informação acerca de quantas unidades se encontram hoje conectadas ao sistema em contra-ponto às demais que por não terem seus dados devidamente cadastrados no sistema, ficam “soltas” na dependência da reunião de informações em vários setores da CER.

Sabemos que regulamos hoje via SISREG, 54 unidades solicitantes e executantes e 42 unidades apenas solicitantes, num total de 96 unidades de saúde, ao passo que não tenho de imediato a informação de quantas unidades regulamos que não possuem o sistema. Isso sem falarmos do número de leitos de cada uma delas, suas especialidades e dos profissionais que trabalham nas mesmas. Só aí, já temos uma noção do nível de controle que dispomos nas mãos para gerenciar uma rede assistencial.

Mesmo sabendo que ainda não dispomos de alguns relatórios de suma importância para nossa avaliação e controle, a exemplo do relatório de pacientes regulados por unidade por dia, o sistema nos garante armazenagem de dados, economia de papel, tempo e, por conseguinte, recursos financeiros.

O bem mais precioso, hoje considerado, é a informação e desde que esta seja precisa, torna-se ainda melhor, sendo assim, não podemos cogitar a hipótese de abrir mão desse bem.

Voltando ao passado, em que nossas solicitações eram feitas por telefone e passadas para um formulário, onde o médico regulador anotava todos os dados cadastrais dos pacientes além do quadro clínico e dos recursos buscados na rede, percebemos o quanto nós evoluímos na nossa forma de trabalho.

Hoje, podemos fazer um diagnóstico mais criterioso das nossas deficiências e prover de dados nossos gestores, a fim de que possam implementar a nossa rede assistencial, corrigir excessos e alterar perfis de unidades antes pactuados para atender nossas demandas.

Podemos ainda sinalizar cobranças de procedimentos indevidos, trazendo economia para o estado.

Assim como em outros tipos de tecnologia, fica difícil para não dizer improvável, conceber a nossa regulação de leitos sem o sistema de informatização on-line, que no nosso caso é o SISREG.

A utilização do sistema SISREG permitiu um salto de qualidade na operacionalização da regulação do acesso assistencial aos usuários do SUS das Unidades reguladas pela Central de Regulação.”

Responsável pelo projeto

MARTA REJANE MONTENEGRO BATISTA
E-mail: marta.rejane@saude.ba.gov.br
Fone: (71) 3115-4202

Regionalização solidária

– MARANHÃO

Objetivo

Desenvolver estratégias e instrumentos de gestão de assistência, em apoio aos municípios, para garantir o acesso e a resolubilidade integral da população em demanda aos serviços de saúde, nos níveis de atenção primária e secundária.

Descrição do Projeto e do Processo

O Projeto de Regionalização Solidária proposto pela Secretaria de Saúde do Maranhão – SES/MA compreende o reconhecimento das microrregiões de saúde, espaço território-assistencial, onde os municípios, em associação entre si e com o apoio do Estado, farão a gestão da atenção primária e secundária em saúde. Daí, a importância da maior regulação do Estado nesse processo de descentralização, de forma ascendente, participativa, exercitando essa prática solidária, sob a coordenação do gestor estadual.

A proposta de Regionalização Solidária do Estado do Maranhão deverá ser estruturada a partir do Plano Diretor de Regionalização – PDR, organizando-se os serviços de saúde dos municípios-sede de microrregiões para que possam garantir uma resolubilidade integral, em nível de atenção secundária da sua população e da clientela referenciada pelos municípios-sede de módulos assistenciais e/ou satélites.

Para obtenção deste objetivo, o Estado, com a anuência da Comissão Intergestora Bipartite – CIB, e do Conselho Estadual de Saúde – CES, adotou como macroestratégia de atuação:

- Análise e discussão da conformação da Programação Pactuada Integrada – PPI, com acompanhamento do cumprimento de metas físicas de atenção à saúde, estabelecidas para cada micro, módulos assistenciais e municípios satélites, visando à organização de redes assistenciais que garantam as referências intermunicipais, realizando-se para isso o co-financiamento dessas ações de saúde a serem desenvolvidas, com recursos do Estado.
- Fortalecimento da capacidade gestora, com a realização de Oficinas Microrregionais de Saúde, de caráter participativo, com métodos e técnicas pedagógicas de ação reflexivas, coordenadas pela equipe técnica da SES/MA em 2004, nas 24 microrregiões de saúde do

Estado. Nessas Oficinas, frente aos resultados, ficou demonstrado um grande bloqueio na prestação de serviços de atenção secundária à saúde, gerando como consequência a migração de clientela para os grandes centros urbanos na busca desta prestação de serviços.

■ Trabalhar com uma programação / orçamentação global das microrregiões, com a participação da União, do Estado e Município sede da microrregião. Para o cálculo do valor desta orçamentação global, tomou-se como base, o custo de um hospital municipal de 100 (cem) leitos, definindo-se também em razão das maiores demandas para esses serviços de saúde, quais os serviços assistenciais a serem ofertados nessas microrregiões, bem como o correspondente percentual de gasto de cada um desses serviços em relação ao valor dessa orçamentação global.

DEMONSTRATIVO DOS RECURSOS DA ORÇAMENTAÇÃO GLOBAL DA MICRORREGIÃO DE CAXIAS.

CLÍNICAS E SERVIÇOS		
Clínica Méd./Ped	35%	
Geral	77%	358.282
Gastro	23%	107.019
Clínica Cirúrgica	25%	
Cirúrgica	60%	199.415
Ortopédica	40%	132.943
Cl. Obstétrica	8%	106.355
Outras Diag. e Terap. esp.	17%	
Cardiologista	5,5%	73.119
Oftalmologista	4%	53.177
Endoscopia	2,5%	33.236
Anat. Pat.	4%	53.177
Fisioterapia	1%	13.394
Urg/Emerg.	15%	199.415
Total	100%	1.329.434

FONTE: SES / MA

O Maranhão optou por iniciar essa nova prática de gestão e regulação tendo como projeto-piloto a microrregião de Caxias, no 1º semestre/2005, em razão de ser região fronteira com Teresina - Piauí e estender-se gradativamente a mais cinco microrregiões estratégicas em 2006, com a perspectiva de que as demais sejam trabalhadas até 2010.

CRONOGRAMA EXPANSÃO DO PROJETO REGIONALIZAÇÃO SOLIDÁRIA NO ESTADO DO MARANHÃO

Microrregião	1º Semestre 2005	2º Semestre 2005	1º Semestre 2006	2º Semestre 2006
Bacabal			X	
Barra do Corda				X
Caxias	X			
Colinas		X		
Imperatriz			X	
Santa Inês				X
Total	1	1	2	2

FONTES: SES / MA

Com essa medida, espera-se avançar na construção da atenção secundária à saúde, complementando o atendimento prestado na rede básica de serviços de saúde, contribuindo, dessa forma, para torná-la mais equânime, acessível e resolutiva no Estado, evitando a sobreposição de serviços e suprimindo as reais necessidades identificadas nas Oficinas Microrregionais de Saúde.

Destaques

Aspectos mais inovadores e/ou definidores de bom desempenho:

- A orçamentação global de uma microrregião de saúde, tendo como base de cálculo para essa orçamentação o custo de um hospital municipal de 100 (cem) leitos.

**DEMONSTRATIVO DA VIABILIDADE FINANCEIRA
PARA MANUTENÇÃO DO HOSPITAL COM 100 LEITOS FUNCIONANDO 24 HORAS.**

PESSOAL PARA MICRORREGIÃO

Especialidade	Quant. Mínima	Valor	Total
Ortopedista	2	10.000,00	20.000,00
Anestesista	2	10.000,00	20.000,00
Cardiologista	1	10.000,00	10.000,00
Oftalmologista	1	10.000,00	10.000,00
Saúde mental	1	6.000,00	6.000,00
Fisioterapeuta	2	3.000,00	6.000,00
Cirurgião	2	10.000,00	20.000,00
Plantonista	4	5.000,00	20.000,00
Bioquímico	2	3.000,00	6.000,00
Enfermeiro	3	3.000,00	9.000,00
Radiologista	1	5.000,00	5.000,00
Nível médio		18.000,00	18.000,00
Encargos			27.000,00
Total Pessoal			177.000,00

Material de Consumo

	Valor
Alimentação	36.367,65
Material médico hospitalar	51.626,73
Medicamentos	50.894,14
Oxigênio	26.417,25
Outras despesas	749,10
Total material de consumo	166.054,87

Outros Materiais

	Valor
Serviço de radiodiagnóstico	8.084,58
Material para banco de sangue	12.128,07
Material para laboratório	7.173,38
Combustível	9.164,73
Total outros materiais	36.550,76

Serviço de terceiros

	Valor
Lavanderia e limpeza	875,00
Lavanderia	7.939,05
Outras despesas com serviço	8.303,89
Água / energia / telefone	7.052,96
Total serviço de terceiros	24.170,90
Total geral	403.776,53

FONTE SES / MA

Resultados alcançados

DEMONSTRATIVO DA EVOLUÇÃO DE GASTOS COM ASSISTÊNCIA NA MICRORREGIÃO DE CAXIAS (2004/2005)

	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai
2004					
Assistência Ambulatorial 2004	377.261,78	418.933,88	410.919,36	429.514,06	455.062,97
Assistência Hospitalar 2004	220.767,20	210.851,39	232.877,66	261.340,63	264.168,46
Total da assistência	598.028,98	629.785,27	643.797,02	690.854,69	719.231,43
Transferência Média					
Complexidade 2004	884.266,78	884.266,78	884.266,78	884.266,78	924.876,95
Percentual dos gastos dos Recursos SUS	67,6%	71,2%	72,8%	78,1%	77,8%
2005					
Assistência Ambulatorial 2005	448.440,64	506.539,46	525.177,96	572.030,25	570.654,18
Assistência Hospitalar 2005	272.608,52	308.259,37	311.731,50	328.930,02	477.059,01
Total da assistência	721.049,16	814.798,83	836.909,46	900.960,27	1.047.713,19*
Transferência Média					
Complexidade 2005	927.996,50	927.996,50	927.996,50	927.996,50	927.996,50
Percentual dos gastos dos Recursos SUS	77,7%	87,8%	90,2%	97,1%	112,9%

FONTE: DATASUS/MS e SES/MA

Responsável pelo projeto

JOSÉ MÁRCIO SOARES LEITE,
Secretaria de Estado da Saúde
Avenida Carlos Cunha s/n – Calhau - São Luís / MA
E-mail: jmmg@huufma.br
Fone: (98) 3218-3251 / 9972-0798

Projeto de incentivo estadual para os municípios: "O Estado dá Saúde"

– RIO DE JANEIRO

Abrangência

O Projeto "O Estado Dá Saúde" é uma iniciativa pioneira do Governo do Estado do Rio de Janeiro que, através da transferência regular e automática de recursos do Fundo Estadual de Saúde aos 92 municípios do Estado, visa complementar com verba de custeio as ações de saúde direcionadas à população, vislumbrando diminuir as desigualdades entre os municípios, proporcionando assim, um modelo de financiamento baseado nos princípios da equidade.

Objetivo

Minimizar o cenário de desigualdades no acesso da população às ações de saúde incrementando a participação do Estado do Rio de Janeiro no financiamento do SUS. Conceitos utilizados: universalidade, equidade e integralidade.

Descrição do projeto e do processo

O montante de recursos disponibilizados ao projeto perfaz um total de R\$ 80.347.378,00 (oitenta milhões, trezentos e quarenta e sete mil e trezentos e setenta e oito reais) e se referem à verba de custeio, com vistas ao incremento das ações de saúde no município. Esse recurso, repassado aos municípios, será realizado mensalmente, sendo que a primeira parcela foi liberada no mês de agosto de 2004. A determinação dos valores a serem repassados foi estabelecida segundo os seguintes critérios:

- 20% do valor total foram distribuídos considerando a alocação per capita (população municipal estimada em 2004) correspondendo ao valor de R\$1,08 (hum real e oito centavos);
- 80% segundo os scores obtidos através da combinação de um conjunto de indicadores epidemiológicos, sócio-econômicos e de qualidade de vida: taxa de internação em menores de cinco anos por infecção respiratória aguda (IRA); índice de Gini; taxa de mortalidade infantil; índice (Quadro 1).

Foram consideradas como condições necessárias para a efetivação das transferências dos recursos financeiros:

- A habilitação do município em alguma das formas de gestão pela NOB 01/96 ou pela NOAS 01/02;
- A comprovação do funcionamento regular do Fundo Municipal de Saúde.
- A comprovação do funcionamento regular do Conselho Municipal de Saúde.
- Apresentação do Plano Municipal de Saúde em vigor, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.
- A assinatura de adesão e termo de compromisso entre a Secretaria Estadual de Saúde (SES) e as Secretarias Municipais de Saúde (SMS).
- Apresentação de PLANO DE TRABALHO ANUAL contendo plano de ação firmado entre a SES e as SMS.

Todos os municípios tiveram que elaborar um plano de trabalho contendo: os principais problemas encontrados, objetivos e ações propostas; e metas a serem alcançadas. Esses planos foram revisados com a finalidade de adequar os principais problemas aos objetivos propostos. A assinatura do termo de compromisso e adesão baseada na Resolução SES nº 2436, significa a possibilidade de concretização de diversas ações, antes impossibilitadas pela falta de verbas. Algumas Unidades Hospitalares, antes inoperantes, possuem potencial de viabilização para o seu funcionamento, em função desse recurso, assim como, algumas ações do Programa de Saúde da Família (PSF) podem ser incrementadas, possibilitando uma reorganização da atenção básica no município. Esse recurso proporciona a ampliação de equipes do PSF aumentando a cobertura do programa e, conseqüentemente, melhorando a qualidade no atendimento à população. Outros procedimentos, tais como: oferta de consultas básicas e especializadas, oferta de exames de média e alta complexidade, atendimento da demanda reprimida de cirurgias eletivas, ofertas de leitos intensivos são algumas ações que podem ser viabilizadas.

O "Estado Dá Saúde" modifica a lógica de alocação de recursos financeiros aplicada hoje ao sistema de saúde, pois leva em conta as reais necessidades de saúde de determinada região, além de cumprir um dos principais preceitos do SUS que é a equidade do sistema. Essa lógica permite o aumento da governabilidade dos municípios, fortalecendo sua capacidade de gestão e, sobretudo, aumenta a efetividade das ações de saúde, respeitando o princípio da integralidade preconizado pelo SUS. Este último tem a possibilidade de modificar os desníveis das relações nas diversas regiões do Estado, fortalecendo a relação intermunicipal e entre o Estado e os municípios, no desenvolvimento do Sistema de Saúde.

Como forma de estabelecer e fortalecer a relação entre as regiões, foram realizadas oficinas com o objetivo de viabilizar pactos de intenção priorizando como via de mediação o consórcio. As pactuações serviram de subsídios para o desempenho das diversas ações em todos os níveis de complexidade (Quadro 2). Como forma de garantir a efetividade do Projeto foi solicitado aos municípios o envio de um instrumento de monitoramento e avaliação da execução dos recursos relativos ao repasse das parcelas, com o objetivo de avaliarmos o impacto das ações executadas. A análise desse instrumento possibilitou identificar não somente as principais ações de saúde implementadas pelos municípios, assim como os benefícios que foram gerados para a região no atendimento das principais demandas de saúde.

Destaques

- Aspectos mais inovadores e/ou definidores de bom desempenho.
- Esse valor alocado significou para 38 municípios mais do que o repasse efetuado pelo Ministério da Saúde. Assim, os municípios com menor potencial de arrecadação e de geração de receita receberam recursos que ao compor o seu orçamento, ampliaram sua capacidade de gestão e, através desse recurso de custeio, possibilitaram o incremento das diversas ações em todos os níveis de complexidade. Nesse sentido, 76% dos municípios receberam um montante de recurso superior ao seu Piso de Atenção Básica (PAB fixo). Ressalta-se que os critérios adotados para o cálculo dos valores de repasse foram os mesmos para todos os municípios, privilegiando as reais necessidades de saúde da população. Sendo assim, o principal critério de alocação de recursos foi pautado na demanda de necessidades da população, desvinculando o financiamento da lógica hegemônica, historicamente, baseada na produção de serviços e na capacidade instalada.

Resultados Alcançados

Baseando-se nos quatro primeiros meses, em que foram avaliados 35 (38%) dos 92 municípios, destaca-se que grande parte dos municípios apresenta como principal problema a baixa oferta de exames, a falta de medicamentos e insumos, a deficiência de leitos, a baixa oferta de consultas especializadas, a insuficiência das ações do PSF, entre outros.

A avaliação preliminar de 35 municípios, nos quatro primeiros meses, mostra um acréscimo no número de consultas especializadas de 161.195; 70.822 exames e a realização de 911 cirurgias.

Apresentamos abaixo um resumo das ações que puderam ser realizadas, através dos repasses de recursos do Projeto Estado Dá Saúde:

- Aumento da oferta de consultas.
- Ampliação da oferta de exames.
- Aumento da oferta de medicamentos e insumos.
- Ampliação da oferta de leitos de UTI adulto/infanti.
- Aumento da oferta de serviços odontológicos.
- Implantação de Ambulatórios de especialidades clínicas.
- Implementação de Programas de Atenção à Saúde (Programa de Saúde da Família, Programa de Atenção Integral à Mulher, Programa Bebê Cidadão, Programa de Medicina do Trabalho, Programa de acompanhamento ao recém-nascido de risco).
- Garantia do funcionamento de centros cirúrgicos.
- Criação de Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS).
- Garantia da operacionalização das Centrais de Regulação.

Com o aumento da oferta de consultas especializadas, aquisição de medicamentos e exames tornou-se possível o controle de alguns agravos como: hipertensão arterial, diabetes, tuberculose, hanseníase, entre outros, assim como a avaliação e o acompanhamento de consultas de pré-natal e uma melhor operacionalização de programas de saúde de âmbito nacional.

Anexos

QUADRO 1: PLANILHA DE CÁLCULO DO REPASSE AOS MUNICÍPIOS - 2004

Veja a seguir.

Município	Tx_int_ IRA_<5a	Índice de Gini	TX.MI	IQM Carên- cias	PIB Per Capita	Repass Crítérios	POP 2003	Per Capita	Repass Total	Per Capita Repass Total
	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)	(H)	(I=F+H)	(J=I/G)
Angra dos Reis	18,23	0,553	14,83	45,4	8,74	411.691,10	129.621	139.990,93	551.682,03	4,26
Aperibé	46,43	0,559	8,06	58,5	3,45	823.382,20	8.544	9.227,54	832.609,74	97,45
Araúama	16,96	0,577	16,22	51	4,71	591.993,77	90.128	97.338,41	689.332,18	7,65
Areal	30,62	0,534	20,41	55,2	8,18	601.008,91	10.419	11.252,54	612.261,44	58,76
Armação dos Búzios	26,14	0,588	10,1	52,4	7,77	549.923,15	20.567	22.212,40	572.135,55	27,82
Arraial do Cabo	24,87	0,518	23,67	45,8	7,16	456.766,77	25.113	27.122,09	483.888,86	19,27
Barra do Pirai	29,89	0,53	31,2	48,9	6,02	622.044,22	91.369	98.678,69	720.722,91	7,89
Barra Mansa	18,43	0,548	12,97	44,5	7,78	357.600,30	173.003	186.843,57	544.443,87	3,15
Belford Roxo	72,17	0,488	20,04	55,1	3,41	787.321,67	457.201	493.777,95	1.281.099,61	2,80
Bom Jardim	61,22	0,538	5,54	59,8	3,45	796.336,80	23.274	25.135,96	821.472,76	35,30
Bom Jesus do Itabapoana	49,32	0,539	21,7	51,2	4,66	703.180,42	34.820	37.605,67	740.786,08	21,27
Cabo Frio	17,55	0,604	14,21	45,8	5,33	540.908,01	142.984	154.422,99	695.331,01	4,86
Cachoeiras de Macacu	20,27	0,508	17,52	58,6	4,78	561.943,33	51.111	55.199,98	617.143,30	12,07
Cambuci	85,59	0,535	25	57,4	5,18	841.412,47	14.557	15.721,59	857.134,05	58,88
Campos dos Goytacazes	38,47	0,575	22,49	42,3	4,88	691.160,24	416.441	449.757,07	1.140.917,31	2,74
Cantagalo	82,28	0,572	10,2	54,1	12,16	661.109,80	20.269	21.890,56	683.000,35	33,70
Carapebus	2,31	0,455	29,85	62,6	3,68	715.200,60	9.554	10.318,34	725.518,94	75,94
Cardoso Moreira	75,77	0,522	6,17	63,2	3,31	835.402,38	12.531	13.533,50	848.935,88	67,75
Carmo	28,44	0,602	42,86	55,3	6,50	865.452,82	15.529	16.771,35	882.224,17	56,81
Casimiro de Abreu	35,75	0,519	4,46	50	5,82	369.620,48	24.164	26.097,17	395.717,64	16,38
Comendador Levy Gasparian	4,21	0,501	51,02	59,7	4,35	661.109,80	8.185	8.839,82	669.949,61	81,85
Conceição de Macabu	40,83	0,514	10,03	57,4	3,52	643.079,53	19.101	20.629,12	663.708,64	34,75
Cordeiro	85,94	0,532	43,33	53,3	3,42	970.629,38	19.173	20.706,88	991.336,26	51,70
Duas Barras	23,45	0,524	28,09	59,8	3,98	823.382,20	10.475	11.313,02	834.695,22	79,68
Duque de Caxias	30,48	0,528	18,91	45,9	11,55	450.756,68	808.614	873.304,65	1.324.061,33	1,64
Engenheiro Paulo de Frontin	8,47	0,513	20,51	61,2	4,80	564.948,37	12.196	13.171,70	578.120,07	47,40
Guapimirim	27,89	0,557	15,6	63,5	4,02	850.427,60	40.994	44.273,60	894.701,20	21,83
Iguaba Grande	1,93	0,564	14,35	59,3	3,15	745.251,04	17.419	18.812,55	764.063,60	43,86
Itaboraí	31,27	0,521	15,57	53,8	3,06	703.180,42	201.443	217.558,82	920.739,24	4,57
Itaguaí	29,68	0,521	18,31	52,4	7,95	492.827,30	87.736	94.755,05	587.582,35	6,70

Município	Tx_int_IRA_<5a	Índice de Gini	TX.MI	IQM Carências	PIB Per Capita	Repasso Critérios	POP 2003	Per Capita	Repasso Total	Per Capita Repasse Total
	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)	(H)	(I=F+H)	(J=I/G)
Italva	100,35	0,532	5,62	54,8	4,82	616.034,13	12.577	13.583,18	629.617,31	50,06
Itaocara	59,53	0,628	14,55	53,6	3,76	895.503,27	23.025	24.867,04	920.370,31	39,97
Itaperuna	89,08	0,545	20,02	46,3	4,51	739.240,95	89.406	96.558,65	835.799,60	9,35
Itatiaia	24,46	0,552	27,71	50,2	33,66	607.018,99	27.409	29.601,77	636.620,77	23,23
Japeri	42,32	0,514	20,05	63,9	2,15	943.583,98	88.668	95.761,61	1.039.345,59	11,72
Laje do Muriaé	47,82	0,513	25,21	61,4	3,89	880.478,05	8.046	8.689,70	889.167,74	110,51
Macaé	42,67	0,562	13,72	41,9	13,84	504.847,48	144.207	155.743,83	660.591,31	4,58
Macuco	82,71	0,545	9,43	59,7	5,37	727.220,78	4.685	5.059,81	732.280,58	156,30
Magé	11,47	0,522	17,4	59,6	3,35	685.150,15	218.821	236.327,09	921.477,25	4,21
Mangaratiba	38,28	0,565	13,51	50	8,73	546.918,10	27.050	29.214,05	576.132,15	21,30
Maricá	13,77	0,549	23,24	52,9	4,08	658.104,75	86.038	92.921,20	751.025,95	8,73
Mendes	19,36	0,545	9,3	53,8	3,59	579.973,59	17.502	18.902,19	598.875,79	34,22
Mesquita	8,46	0,526	18,12	48,2	3,47	516.867,66	174.045	187.968,93	704.836,59	4,05
Miguel Pereira	35,91	0,642	34,81	52,2	4,63	919.543,62	25.275	27.297,05	946.840,67	37,46
Miracema	82,24	0,6	25,52	52,3	3,08	1.081.816,03	27.672	29.885,81	1.111.701,84	40,17
Natividade	56,53	0,59	13,7	57,7	3,79	895.503,27	15.275	16.497,03	912.000,30	59,71
Nilópolis	11,43	0,479	15,48	45,3	4,22	321.539,76	152.363	164.552,33	486.092,09	3,19
Niterói	19,26	0,587	16,14	32,6	9,82	468.786,95	466.628	503.959,12	972.746,07	2,08
Nova Friburgo	14,96	0,545	17,11	44,6	5,69	423.711,28	175.370	189.399,93	613.111,21	3,50
Nova Iguaçu	69,17	0,526	20,44	48,2	4,31	670.124,93	792.208	855.586,14	1.525.711,07	1,93
Paracambi	32,41	0,496	23,41	54,8	3,61	718.205,64	41.722	45.059,84	763.265,48	18,29
Paraíba do Sul	50,58	0,595	25,26	54,2	4,07	982.649,56	38.485	41.563,87	1.024.213,43	26,61
Parati	29,05	0,594	12,24	57,5	4,65	724.215,73	31.274	33.775,98	757.991,71	24,24
Paty do Alferes	45,51	0,582	27,1	57,6	3,08	1.105.856,39	26.113	28.202,09	1.134.058,47	43,43
Petrópolis	20,19	0,578	14,29	41	7,08	468.786,95	296.108	319.797,20	788.584,15	2,66
Pinheiral	11,56	0,529	6,9	57	2,65	576.968,55	20.954	22.630,36	599.598,91	28,62
Pirai	15,91	0,561	13,12	55,4	21,12	465.781,90	23.054	24.898,36	490.680,27	21,28
Porciúncula	20,45	0,543	16,88	56,9	3,81	688.155,20	16.381	17.691,51	705.846,71	43,09
Porto Real	16,42	0,541	28,23	58,4	50,10	628.054,31	13.435	14.509,83	642.564,13	47,83
Quatis	49,61	0,539	22,6	58	3,78	889.493,18	11.335	12.241,82	901.735,00	79,55
Queimados	90,09	0,493	24,19	58,3	5,07	775.301,49	129.131	139.461,72	914.763,21	7,08
Quissamã	27,24	0,523	14,13	57,4	5,23	534.897,93	14.662	15.834,99	550.732,91	37,56
Resende	22,63	0,565	26,79	41	17,40	558.938,28	110.876	119.746,29	678.684,57	6,12
Rio Bonito	40,59	0,574	17,1	54	5,86	718.205,64	51.087	55.174,06	773.379,70	15,14

Município	Tx_int_ IRA_<5a	Índice de Gini	TX.MI	IQM Carên- cias	PIB Per Capita	Repasso Critérios	POP 2003	Per Capita	Repasso Total	Per Capita Repasso Total
	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)	(H)	(I=F+H)	(J=I/G)
Rio Claro	5,87	0,517	31,13	60,6	3,09	802.346,89	17.018	18.379,47	820.726,36	48,23
Rio das Flores	35,28	0,538	8,85	58,5	5,41	570.958,46	7.987	8.625,98	579.584,43	72,57
Rio das Ostras	16,58	0,581	16,75	55,4	4,62	688.155,20	42.024	45.386,00	733.541,20	17,46
Rio de Janeiro	11,50	0,616	16,23	31,6	15,17	444.746,59	5.974.081	6.452.018,79	6.896.765,38	1,15
Santa Maria Madalena	61,22	0,534	27,03	62,7	3,73	1.021.715,14	10.361	11.189,90	1.032.905,04	99,69
Santo Antônio de Pádua	42,61	0,553	23,95	51,2	3,98	826.387,24	40.357	43.585,64	869.972,88	21,56
São Fidélis	145,09	0,55	31,85	51,5	3,07	1.051.765,58	37.469	40.466,59	1.092.232,17	29,15
São Francisco de Itabapoana	14,25	0,62	13,7	60,6	2,60	892.498,22	43.544	47.027,60	939.525,83	21,58
São Gonçalo	39,52	0,489	15,85	49,3	4,09	525.882,79	925.402	999.435,91	1.525.318,70	1,65
São João da Barra	25,59	0,52	22,47	52,4	3,58	664.114,84	28.138	30.389,09	694.503,93	24,68
São João de Meriti	62,82	0,475	17,53	47,5	3,79	607.018,99	456.778	493.321,10	1.100.340,10	2,41
São José de Ubatuba	99,42	0,55	12,5	63,9	3,78	943.583,98	6.549	7.072,93	950.656,91	145,16
São José do Vale do Rio Preto	32,67	0,534	12,42	60,5	3,50	754.266,18	20.450	22.086,04	776.352,21	37,96
São Pedro da Aldeia	5,14	0,539	22,99	54,2	4,39	585.983,68	69.474	75.032,05	661.015,73	9,51
São Sebastião do Alto	71,10	0,511	9,17	62,6	3,29	799.341,84	8.571	9.256,70	808.598,54	94,34
Sapucaia	4,85	0,559	49,38	59,1	4,59	796.336,80	17.689	19.104,15	815.440,95	46,10
Saquarema	23,19	0,551	11,42	58,7	3,49	736.235,91	56.950	61.506,11	797.742,02	14,01
Seropédica	11,00	0,565	14,46	61,3	4,28	703.180,42	70.065	75.670,33	778.850,75	11,12
Silva Jardim	21,69	0,567	24,84	61,6	3,35	1.003.684,87	22.227	24.005,20	1.027.690,07	46,24
Sumidouro	9,38	0,555	9,57	61,4	4,28	619.039,17	14.545	15.708,63	634.747,80	43,64
Tanguá	28,75	0,483	22,9	62	4,05	745.251,04	27.741	29.960,33	775.211,37	27,94
Terresópolis	42,19	0,579	21,55	48,3	6,01	715.200,60	143.433	154.907,91	870.108,51	6,07
Trajano de Moraes	17,52	0,605	23,62	63,4	3,53	1.009.694,96	9.853	10.641,26	1.020.336,22	103,56
Três Rios	26,90	0,544	26,61	45,1	6,11	579.973,59	73.829	79.735,46	659.709,05	8,94
Valença	64,88	0,543	24,91	48,3	4,28	784.316,62	68.003	73.443,37	857.759,99	12,61
Varre-Sai	72,66	0,562	27,15	62,5	3,02	1.196.007,72	8.078	8.724,26	1.204.731,98	149,14
Vassouras	20,01	0,586	20,48	52,9	4,18	751.261,13	32.314	34.899,18	786.160,31	24,33
Volta Redonda	16,93	0,533	13,55	37,8	15,73	252.423,74	248.766	268.667,75	521.091,49	2,09
Total Geral			18,02		11,99	64.277.902,40	14.879.118	16.069.475,60	80.347.378,00	5,40

(A) FONTE: DDI/CISA/SES-RJ, 2003 (B) FONTE: IPEA, 2000 (C) FONTE: DDV/CISA/SES-RJ, 2003 (D) FONTE: CIDE, 2001 (E) FONTE: IBGE, 2001 (F) IBGE, estimativa jul 2003

Metodologia do score total:

- **Tx de int por IRA:** quanto maior a taxa, maior o score (de 1 a 8 para o subgrupo de municípios e de 1 a 84 para os municípios restantes)
- **Índice de Gini:** quanto mais próximo de 1 (o que significa pior concentração de renda), maior o score (de 1 a 8 para o subgrupo de municípios e de 1 a 84 para os municípios restantes)
- **Taxa de Mortalidade Infantil:** quanto maior a taxa, maior o score (de 1 a 8 para o subgrupo de municípios e de 1 a 84 para os municípios restantes)
- **IQM:** quanto maior o índice, maior o score (de 1 a 8 para o subgrupo de municípios e de 1 a 84 para os municípios restantes)
- **PIB per capita:** critério inverso: quanto maior o per capita, menor o score (de 1 a 8 para o subgrupo de municípios e de 1 a 84 para os municípios restantes)

Ao final, fez-se um total de score somando-se o score de cada variável; verificou-se a percentagem do total de cada score, por município, em relação ao score total do estado; após isso, aplicou-se a proporção de cada município no score total sobre o montante de recursos para a distribuição do recurso total

QUADRO 2: PRIORIDADES POR REGIÕES SEGUNDO NÍVEIS DE COMPLEXIDADE

Região Prioridade	1 ^a	2 ^a	3 ^a
Metropolitana I	AB	MC	AC
Rio de Janeiro (capital)	AB	MC	AC
Metropolitana II	AB	MC	AC
Noroeste	AB	MC	AC
Norte	AB	MC	AC
Serrana	MC	AB	AC
Baía da Ilha Grande	MC	AB	AC
Centro Sul	MC	AC	AB
Médio Paraíba	MC	AC	AB
Baixada Litorânea	MC	AC	AB

* AB- Atenção básica; MC- Média complexidade e AC - Alta complexidade.

Responsável pelo projeto

WILSON DE MAIO
Endereço: Rua México, 128, 11º andar sala 1101
E-mail: wdmaio@saude.rj.gov.br
Fone: (21) 2299.9164

Implantação e financiamento da regulação em um Estado continental

– MATO GROSSO

Objetivo

A missão da Central de Regulação (CER) é garantir aos usuários do Sistema Único de Saúde o acesso à assistência médica, com menor tempo possível e os melhores recursos disponíveis.

- Mato Grosso – Extensão Territorial 906.806,9 Km²
- 141 – Municípios
- População 2.803.272 habitantes
- 14 - Centrais Regionais de Regulação
- 3 SAMU – Serviço de atendimento móvel de urgência
- 8 SIATE - Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma de Emergência

Descrição

2001: Ano da Criação da Central de Regulação – CER:

- Início da capacitação dos profissionais.
- Definição da área de atuação.
- Firmou-se uma parceria com a SMS de Cuiabá.
- Início do processo de descentralização.
- Atuação somente em Cuiabá em Urgência e Emergência.

Cenário em 2003

- O município de Cuiabá passava por uma séria crise financeira.
- Os prestadores de serviços de Média e Alta Complexidade deixaram de atender pelo SUS.
- Faltavam leitos de UTI para o atendimento da demanda.
- Os médicos reguladores não possuíam vínculo funcional definido.
- O Ministério Público Estadual impetrava inúmeros mandados judiciais sobre as ações de Saúde.

Principais Ações:

- Investimento significativo em tecnologia (informatização do processo).
- Criação de cargo comissionado de Médico Regulador (80) e Supervisor (49).
- Descentralização da Regulação em 16 unidades regionais.
- Descentralização das normas e rotinas do SUS.

Serviços prestados pela CER

- Regula o acesso a UTI do SUS (100%); remoção de paciente crítico (UTI móvel - aérea ou terrestre) com cobertura em todo o Estado de Mato Grosso; requisição de serviços da rede privada (UTI, Procedimentos de Urgência, Média e Alta Complexidade).
- Consultas, exames complementares e leitos para cirurgias e internações.
- Gerenciamento do atendimento Pré-hospitalar, SIATE e SAMU.
- Apoio aos Municípios (Casas de Apoio, Alta Complexidade, Oncologia/TRS/RNM, acompanhamento das Centrais Regionais e TFD).
- Coordenação da Supervisão Médica do Estado.
- Coordenadoria da Central de Transplantes.

Agentes operadores da CER

- Médicos Reguladores: regulam o acesso dos usuários do SUS aos serviços disponibilizados, respeitando os protocolos e critérios de prioridade.
- Médicos Supervisores: supervisionam a qualidade e a quantidade dos serviços prestados pelo SUS, em conformidade com as regras e normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, garantindo o pagamento justo aos prestadores de serviço.

Recursos Disponíveis

- A Central de Regulação de urgência e emergência funciona 24 horas por dia.
- Acesso ao transporte médico aéreo e/ou terrestre.
- Possibilidade de requisição de serviços privados quando necessários (portaria 128 e 137/2004).
- Sistema de Regulação Informatizado e com gravação dos boletins de regulação.
- Equipe Médica (técnica) de suporte para avaliação "in loco" das solicitações.

■ CUSTOS DE OPERAÇÃO

Item	Descrição	Custo Mensal
1	Despesa com 129 médicos Reguladores e Supervisores	451.500,00
2	Médicos Reguladores do SAMU (25)	87.500,00
3	Convênios com UTIs	3.056.200,00
4	UTIs aéreas	366.160,00
5	UTIs terrestres	73.283,08
6	Protocolos previstos pela Portaria 137	104.374,08
7	Protocolos previstos pela Portaria 128	13.055,00
8	Tratamento fora do domicílio (passagens e ajuda de custo)	281.093,08
Total		4.433.165,25

Destaques

- 198 usuários atendidos pela UTI aérea, em 10 meses.
- 408 usuários atendidos pela UTI terrestre, em 1 ano.
- 2.227 usuários em tratamento fora do domicílio, em 1 ano.
- 1.227 ajudas de custo fornecidas aos pacientes, em 1 ano.
- Média de 3.000 regulações de urgência e emergência por mês.
- 1600 atendimentos do SAMU por mês.
- Média de 654 exames de Alta Complexidade por Mês.

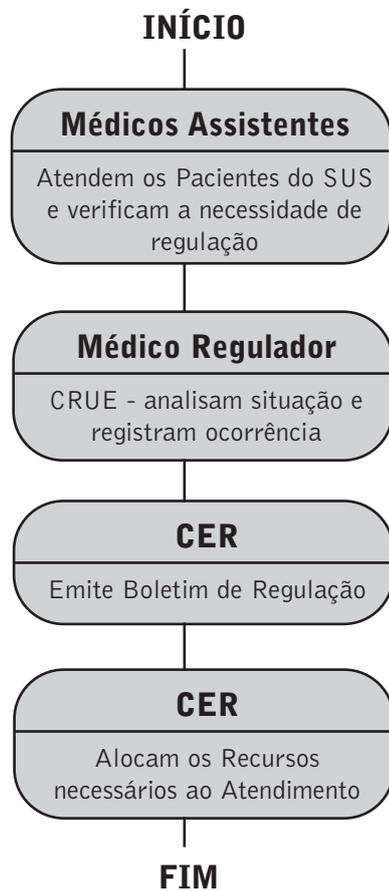
Resultados Alcançados

- Confiança dos Usuários na CER
- Satisfação dos Servidores da CER
- Credibilidade
- Responsabilidade
- Legalidade
- Utilização racional dos leitos de UTI

Como funciona a CER

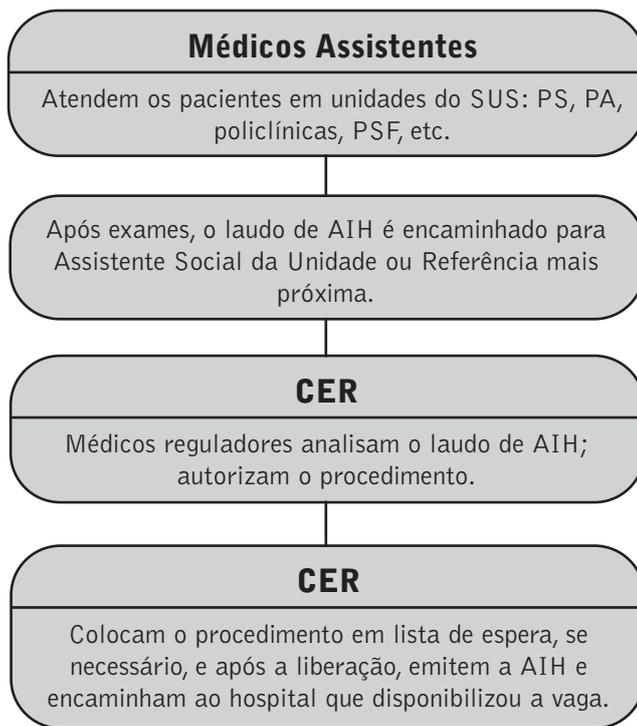
Em atendimento de Urgência e Emergência:

Tempo previsto: 10 a 20 minutos



Em processo Eletivo:

Tempo previsto: 1 a 60 dias



Responsável pelo projeto

Secretário Adjunto de Saúde do Mato Grosso -
DR. ANTÔNIO AUGUSTO DE CARVALHO
E-mail: bonedoctormt@yahoo.com.br,
gabsaude@saude.mt.gov.br
Fone: (65) 3613-5345/5320 Fax: (65) 3613-5318

Experiências

“Saúde mais perto de você”

– CEARÁ

Contrato de gestão com organizações
sociais para gerência de Hospitais

– SÃO PAULO

PRO-HOSP – Programa de
Modernização e Melhoria dos
Hospitais

– MINAS GERAIS

Avaliação dos Contratos de
manutenção de equipamentos

Médica- Hospitalares

– GOIÁS

IV ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

Síntese das apresentações

A quarta mesa do evento, sobre experiências na área de Assistência Hospitalar, foi coordenada pelo Secretário de Saúde do Amazonas, Wilson Alecrim, e contou com a apresentação de quatro Secretarias Estaduais de Saúde (quais sejam): São Paulo, Minas Gerais, Goiás e Ceará. As experiências enfocaram vários aspectos tais como: melhoria da gestão, processos de modernização, avaliação de contratos administrativos e implantação de hospitais de pequeno porte.

A primeira apresentação, realizada pelo Dr. Márcio Cidade Gomes da SES/SP, apresentou a implementação dos contratos de gestão com Organizações Sociais de Saúde para o gerenciamento de hospitais, iniciada em 1998. Apresenta informações interessantes comparativas entre dados de hospitais sob contrato de gestão com as OS e os hospitais administrados pela administração direta; mecanismo de pagamento diferenciado composto de duas partes: 90% parte fixa e 10% parte variável que visa incentivar a eficiência e a qualidade.

A segunda apresentação, realizada pelo Dr. Marcelo Teixeira, Subsecretário de Estado da Saúde de Minas Gerais, apresentou o "Programa de modernização e melhoria dos hospitais". No seu relato, explicita que o programa trabalha com hospitais públicos e filantrópicos visando melhorar a qualidade da atenção hospitalar da rede SUS, em Minas Gerais, consolidando a regionalização, com o fortalecimento dos hospitais âncoras das macros e microrregiões. Destacam-se, nesta experiência, os compromissos e metas pactuadas entre o gestor e o hospital, aprovadas pelas CIB's regionais, consolidando e fortalecendo o processo de regionalização.

A terceira apresentação, realizada pelo Dr. Fernando Cupertino, Secretário da Saúde de Goiás e Vice-Presidente do CONASS na Região Centro-Oeste, foi sobre a "Avaliação dos contratos de manutenção de equipamentos médico-hospitalares". A experiência abrangeu 15 unidades hospitalares, a maioria localizada em Goiânia, reduzindo, com sua implementação, o custo em mais de R\$ 1 milhão com os gastos em contratos de manutenção. A avaliação foi de suma importância para a administração pública e para o Sistema Único de Saúde – SUS.

A quarta apresentação, realizada pelo Dr. Jurand Frutuoso, Secretário da Saúde do Ceará e Vice-Presidente do CONASS na Região Nordeste, apresentou a "Saúde mais perto de você". Esta proposta tem como objetivo principal a reorganização das ações e serviços de Saúde do Estado do Ceará através da redefinição do papel das instituições de saúde que possuem entre 5 e 30 leitos, em municípios com até 30.000 habitantes. Os chamados Hospitais de Pequeno Porte facilitam a organização de micros e macrorregiões de Saúde, fortalecendo um novo modelo de financiamento para sua inclusão na rede hierarquizada de atenção à saúde, gerando tanto resolubilidade como também qualidade, garantindo integralidade em todos os níveis de atenção e aumentando a efetividade de toda a atenção hospitalar.

Debate

- Em relação aos contratos de gestão com as OS: contratação de RH; definição de metas e indicadores; lei de São Paulo que regulamenta a contratação das OS, informações para a construção de projetos. O Dr. Márcio da SES/SP relata que cada entidade define a sua política de RH e a SES/SP só define as regras gerais estabelecidas no contrato.
- Foram solicitados vários esclarecimentos quanto à negociação entre os HPP's e as Secretarias Municipais. Foi esclarecido pela SES/CE que a negociação com os municípios foi tranqüila e somente em dois municípios houve maiores dificuldades e que o repasse de recursos está vinculado ao cumprimento de metas. O Secretário da SES/CE relata que em relação aos recursos humanos nos HPP's, por exemplo, utilizou 8 horas/semanais dos médicos do PSF vinculando-os a um HPP e a lógica foi pensar no recurso como um todo e não específico para os HPP's.
- Em relação ao PRO-HOSP existem hospitais privados não filantrópicos contratados? Como são feitos estes contratos? Em municípios em gestão plena, o recurso é repassado ao hospital ou ao fundo municipal de saúde? O Secretário Adjunto da SES/MG responde que os hospitais privados não são contemplados pelo programa e no caso de municípios em gestão plena o recurso é repassado ao FMS que repassa ao hospital.
- O Secretário da SES/MG, Marcus Pestana, coloca que em Minas Gerais para corrigir o passado tem que haver uma racionalização e o fechamento de alguns hospitais ou se estará cristalizando uma situação errada.

Comentários

Dr. Wilson Alecrim

Secretário de Saúde do Amazonas e coordenador da Mesa

A proposta e realização pelo CONASS do Encontro para Troca de Experiências, se constituiu em excelente mecanismo para informação detalhada de avanços em gestão por parte das SES. Os temas apresentados pelas Secretarias de São Paulo, Minas Gerais, Goiás e Ceará versaram sobre diferentes estratégias da gestão da Assistência Hospitalar. Em São Paulo, a gestão de hospitais através de Organização da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP (instituída pela Lei 9.790 de 23/03/1999) obteve excelentes resultados, tanto na parte administrativa como financeira. Um programa de modernização e melhoria dos hospitais em Minas Gerais (PRO-HOSP) foi capaz de melhorar a assistência hospitalar naquele Estado. Em relação à manutenção de equipamentos hospitalares, que se apresenta como importante problema em muitos Estados do país, Goiás, através de um tipo específico de contrato, tem minimizado esta questão. Com o título "Saúde mais perto de você", o Estado do Ceará apresentou um programa onde as ações de saúde se tornaram mais eficazes e eficientes naquele Estado.

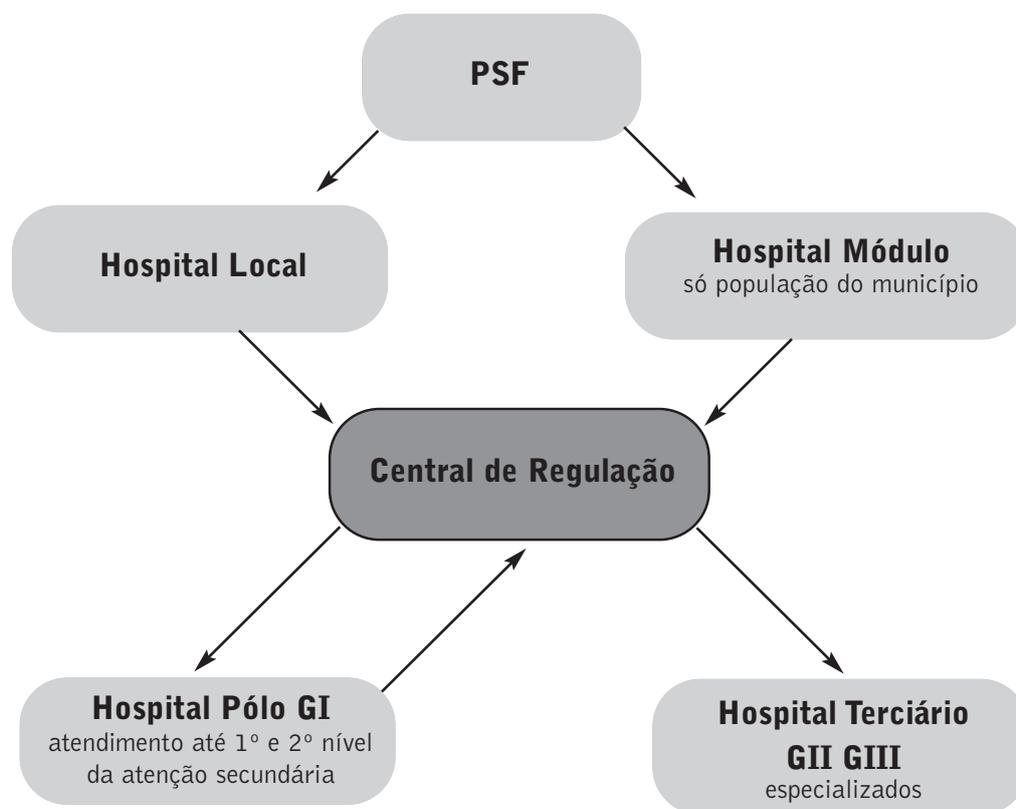
“Saúde mais perto de você”

– CEARÁ

Proposta de reorganização das ações e serviços de Saúde do Estado
- Saúde Mais Perto de Você – Hospitais de Pequeno Porte

Sistema integrado de Saúde

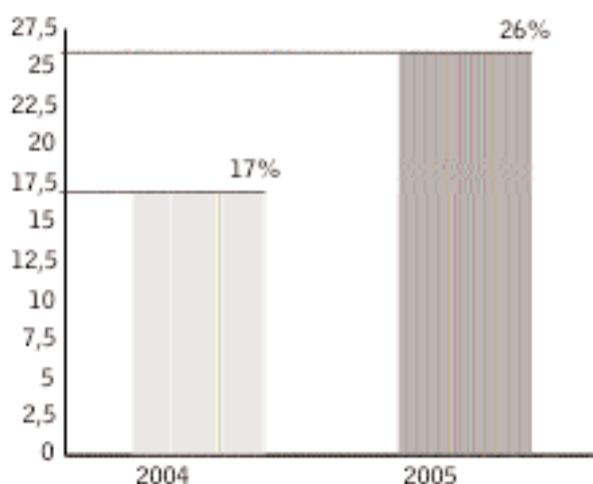
(Trâmite dos pacientes da rede de Saúde do Estado)



Descrição

- Planejamento a partir do saber e das práticas.
- Consultoria do DFID - consultores técnicos internacionais e nacionais.
- Trabalho participativo: Prefeitos, Secretários Municipais de Saúde, Técnicos das Secretarias Municipais de Saúde – SMS.
- Viabilizar a organização da assistência secundária nas microrregiões da saúde, através do fortalecimento dos Hospitais-pólo.
- Redução de transferências de pacientes para a Capital:

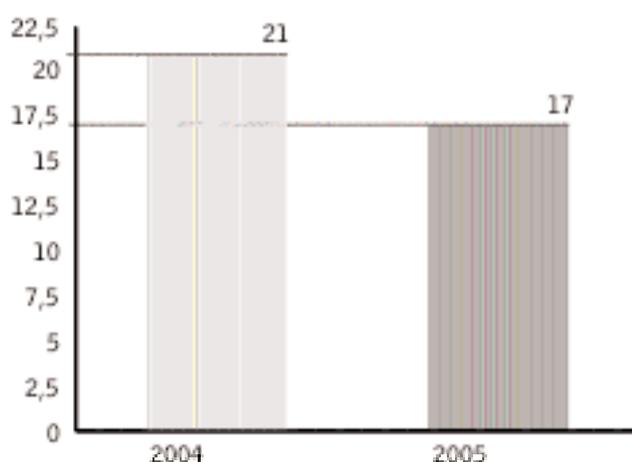
PERCENTUAL DE REDUÇÃO DE TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES PARA FORTALEZA



MÉDIA DE 6 MESES: JAN-JUN.

- Redução das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial:

PERCENTUAL DE INTERNAÇÃO POR CONDIÇÃO SENSÍVEL COM ATENÇÃO AMBULATORIAL



Produtos

- Organização de Micros e Macrorregiões de Saúde

Desafios

- Algumas dificuldades na operacionalização do Programa:
 - Deficiência de integração entre os hospitais locais e os hospitais - pólo;
 - Deficiência de integração entre os níveis de atenção primária e secundária.

Resultados Alcançados

Hospitais – Pólo: Serviços ofertados

- Clínica Médica.
- Clínica Pediátrica incluindo a Neonatologia.
- Ginecologia e obstetrícia.
- Cirurgia geral.
- Traumatologia e ortopedia.
- Apoio Diagnóstico: Laboratório 24 horas; Eletrocardiograma; Radiologia; Ultra-sonografia; Central transfusional.

Gestão por Resultados

- Termo de Compromisso.
- Programação Pactuada Integrada – PPI.
- Central de Regulação.
- Capacitação de gerentes de Hospitais-Pólos.

Instrumentos de monitoramento

- Relatórios DATASUS.
- Relatórios da Central de Regulação.
- Termo de compromisso.
- Relatórios de Supervisão.
- CIB micro-regionais; Central de Regulação; Coordenadoria de Avaliação e Controle (COVAC); Células Regionais de Saúde; Supervisão do Núcleo de Apoio à Organização da Saúde (NUORG).

RECURSOS FINANCEIROS REPASSADOS PELO GOVERNO DO ESTADO PARA CADA HOSPITAL-PÓLO

Tab 28

Municípios	Hospitais-Pólo	Governo do Estado Valor Mensal	SUS Valor Mensal
Cascavel	Hospital Nossa Senhora das Graças	80.000,00	60.462,00
Fortaleza	Instituto José Frota	200.000,00	1.250.887,00
	Maternidade Escola Assis Chateaubriand	80.000,00	460.097,00
	Irmandade Santa Casa de Fortaleza	80.000,00	583.174,00
Caucaia	Hospital Maternidade Paulo Sarasate	80.000,00	80.638,00
	Hospital Municipal Abelardo G da Rocha	70.000,00	103.759,00
Maranguape	Hospital Argeu Braga Herbster	60.000,00	42.061,00
Baturité	Hospital José Pinto do Carmo	80.000,00	49.051,00
Aracoiaba	Hospital Santa Isabel	100.000,00	45.408,00
Canindé	Hosp. São Francisco de Canindé	120.000,00	142.615,00
Itapipoca	Hospital São Vicente de Paula	130.000,00	205.895,00
Aracati	Hospital Municipal Dr. Eduardo Dias	100.000,00	48.130,00
	Hospital Sta Luiza de Marilac	60.000,00	46.400,00
Quixadá	Hosp. Matern. Jesus, Maria, José	110.000,00	105.520,00
	Hospital Eudásio Barroso	60.000,00	26.829,00
Quixeramobim	Hospital Regional Dr. Pontes Neto	90.000,00	43592,00
Russas	Hospital e Casa de Saúde de Russas	120.000,00	54.030,00
Limoeiro	Hospital Filantrópico São Raimundo Nonato	63.000,00	83.100,00
	Hospital Municipal Dr. Deoclécio Lima Verde	70.000,00	50.000,00
Sobral	Santa Casa de Sobral	150.000,00	661.881,00
Ipú	Hospital Francisco Araújo	90.000,00	43.000,00
Tianguá	Hospital Madalena Nunes	100.000,00	71.249,00
Tauá	Hospital Maternidade Dr. Alberto F. Lima	80.000,00	65.891,00
Crateus	Hospital São Lucas	120.000,00	134.805,00
Camocim	Hospital Murilo Aguiar	90.000,00	76.570,00
Icó	Hospital Regional Deputado Oriel G. Nunes	65.000,00	50.589,00
Iguatú	Hospital Regional de Iguatú	130.000,00	116.285,00
Crato	Hospital São Francisco	95.000,00	102.798,00
Barbalha	Hospital São Vicente de Paulo	130.000,00	289.554,00
Juazeiro	Hospital São Lucas	60.000,00	-

INVESTIMENTOS REALIZADOS

HNSG (Cascavel)	Unidade de Neonatologia
HPS (Caucaia)	Unidade de Neonatologia
HMDAH (Maranguape)	Maternidade Ambulatorial de especialidades
HSLM (Aracati)	Unidade de Neonatologia
CSR (Russas)	Unidade de Neonatologia
HRI (Iguatu)	Emergência
HSF (Crato)	Montou o serviço de Pediatria e ambulatório especializado
HSR (Limoeiro do Norte)	Unidade de Neonatologia

FINANCIAMENTO DO TESOIRO DO ESTADO

2003	R\$ 13.600.000,00
2004	R\$ 40.000.000,00
2005	R\$ 40.000.000,00
2006	R\$ 54.000.000,00*

* Orçamento 2006

Hospital de Pequeno Porte – HPP

Objetivo

Redefinir o papel das instituições de saúde que possuem entre 05 e 30 leitos, em municípios com até 30.000 habitantes; fortalecendo um novo modelo de organização e financiamento para sua inclusão na rede hierarquizada de atenção à saúde, gerando tanto resolubilidade como também qualidade, nas ações deste nível de complexidade, garantindo integralidade em todos os níveis de atenção; aumentando a efetividade de toda a atenção hospitalar.

Descrição do Projeto

- Projeto: Levantamento dos hospitais em municípios de até 30.000 habitantes.
- Sensibilização: Convite aos gestores, municipais e gerentes dos hospitais para divulgação.
- Adesão: Voluntária através do Plano de Metas.

Critérios

- Ser da esfera administrativa pública ou privada sem fins lucrativos, reconhecida como filantrópica.
- Estar localizado em municípios com até 30.000 habitantes.
- Possuir entre 05 a 30 leitos de internação cadastrados no CNES.
- Estar localizado em municípios que apresentam cobertura da estratégia de saúde da família igual ou superior a 70%.

Fluxo

- Elaboração pelo município do plano de metas.
- Submetido à aprovação do conselho municipal de saúde.
- Enviado a SESA.
- Encaminhado ao Ministério da Saúde para análise.
- Homologado na CIB estadual.

Resultados

- Adesão de 64 hospitais a política de hospitais de pequeno porte;
- Monitoramento e Avaliação:
 - SIAB.
 - SIH.
 - SIA.
 - Módulo dos HPP (a ser elaborado - MS).
 - Relatórios semestrais.

Repercussão financeira da política dos HPP

- N.º de Hospitais: 64.
- Valor Recebido anteriormente (AIH): R\$ 7.240.259,36.
- Valor a receber com a Política dos HPP: R\$ 6.964.178,38 (50% - MS e 50% - SESA).
- Incremento: 96,18%.
- Valor total anual: R\$ 14.204.437,74.

ANÁLISE DO IMPACTO SOBRE ALGUNS HOSPITAIS

Municípios	Leitos existentes	Ajustes de leitos	Média valor AIH 2003	Orçamento HPP (mês)
Paraipaba	26	23	13.595,22	34.314,09
Caririaçú	25	23	17.140,11	34.170,32
Fortim	10	11	4.974,30	16.457,75
Frecheirinha	31	11	11.334,19	16.006,26
Itaiçaba	15	6	5.198,67	10.000,00
Moraújo	12	6	5.183,28	10.000,00

Responsáveis pelo projeto

Coordenadoria de Apoio ao Desenvolvimento da
Atenção à Saúde – CODAS
FRANCISCO HOLANDA JÚNIOR
MARIA CLAUDIA GONÇALVES MENEZES
E-mail: holanda@saude.ce.gov.br,
mclaudia@saude.ce.gov.br
Fone: (85) 3101-5179/5180 Fax: (85) 3101-5182

Contrato de gestão com organizações sociais para gerência de hospitais

– SÃO PAULO

Histórico

- 1995 a 1998 – Término das obras e montagem do parque de equipamentos de 6 dos diversos “esqueletos” existentes em 1995;
- 1998/1999 – Edição da LC n.º 846/98 e abertura e início de funcionamento dos 6 hospitais sob gerenciamento das Organizações Sociais de Saúde através de Contrato de Gestão;
- 2001 – Implantação do novo Contrato de Gestão.

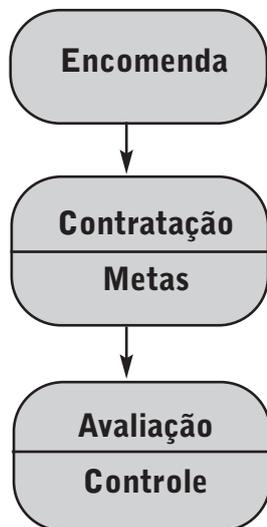
Abrangência atual

Em 2005:

- 18 serviços gerenciados através de Contrato de Gestão:
 - 16 hospitais;
 - 01 ambulatório de especialidades;
 - 01 centro de referência para idosos.
- Total de 3.985 leitos, sendo:
 - 2.775 leitos de enfermaria;
 - 366 leitos de UTI neonatal, pediátrica e coronariana;
 - 233 leitos de berçário;
 - 611 leitos complementares;
 - 10 leitos de queimados.

Descrição

Processo de Contratação de Serviços de Saúde



Contrato de Gestão - Exigências para qualificação

- Natureza social de seus objetivos.
- Finalidade não-lucrativa, com a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades.
- Previsão de participação, no órgão colegiado de deliberação superior, de membros da comunidade, de notória capacidade profissional e idoneidade moral.
- Ter a entidade recebido aprovação em parecer favorável do Secretário da Saúde e do Secretário da Administração e Modernização do Serviço Público.
- Comprovação de possuir serviços próprios de assistência à saúde, há mais de 5 (cinco) anos, com convênio SUS.

Sistema de Pagamento

Mecanismo de pagamento

Orçamento da atividade rotineira:

- 90% dos recursos é a parte fixa repassado por pagamentos mensais.
- 10% dos recursos é a parte variável repassado por avaliações trimestrais que visa incentivar a eficiência e a qualidade.
- Semestralmente há avaliações para revisão do orçamento de atividades.
- Permite ajustar o pagamento segundo déficit de atividade.

Conteúdos

Compra de linhas de serviços:

- Internações: Clínicas, Cirúrgicas, Obstétricas, Pediátricas, Psiquiátricas.
- Atividade Ambulatorial: Consultas Médicas, Cirurgias Ambulatoriais.
- Urgências: Consultas Médicas.
- SADT Externo: Exames

Ajuste de pagamento por atividade no Contrato de Gestão:

Acima do contratado	nenhum efeito
Entre 85% e 100%	nenhum efeito
Entre 70% e 84,99% abaixo	90% do peso da atividade
Inferior a 70% do contratado	70% do peso da atividade
Exceção: Urgência não referenciadas	pagamento ponderado para a atividade acima de 125%

Avaliação e Controle

- Prevista na LC 846/98.
- Através do Contrato de Gestão.
- Efetuada pelo TCE/SP.

Instrumentos para coleta de dados mensais

Internet

- Registro da atividade assistencial para avaliação da parte fixa do Contrato de Gestão.
- Atividade de internação (saídas).
- Atividade ambulatorial.
- Atividade em urgência/emergência.
- Atividade de SADT Externo.
- N.º leitos operacionais.
- N.º pacientes-dia.
- Registro dos dados para avaliação da parte variável do Contrato de Gestão.
- Registros e relatórios referentes aos Indicadores de Qualidade propostos a cada ano do Contrato de Gestão.

Dados contábeis e/ou financeiros

- Extrato bancário das contas movimentadas pelo hospital, com posição do mês de competência.
- Demonstrativo mensal contábil.
- Relatório de custos hospitalares.

Dados complementares (em papel ou disquete)

- Relatório mensal das atividades do Serviço de Atenção ao Usuário
- Pesquisa de satisfação (pacientes e/ou acompanhantes)
- Apresentação das AIH's e da BPA e APAC's produzidos no mês de competência
- Censo de origem dos pacientes do ambulatório e do SADT externo (serviços que encaminham)

Relatório Trimestral de Custos Hospitalares

(Exemplo)

Custos por UP Quadro II Internação (mês)	Hospital		
	No de leitos	R\$	Qtde
Clínica Médica (paciente dia)			
Clínica Cirúrgica			
Clínica Pediátrica			
Clínica Obstétrica			
Psiquiatria			
Moléstias Infecciosas			
Queimados*			
Unidade coronariana			
UTI adulto			
UTI pediátrica			
UTI neonatal			
UTI coronariana			
UTI queimados		*	*
Berçário/Cuid. Intermed/Neonato			
Semi Intensiva adulto			
*inclui UTI e UI	0		0

Total de leitos apurados 0

Total de pacientes dia 0

Custos por UP Quadro II PS/Ambulatório (mês)	Hospital		
	No de leitos	R\$	Qtde
Pronto Socorro (atendimento)		246,59	630
Pronto Socorro Adulto (idem)			
Pronto Socorro Infantil (idem)			
Pronto Socorro (paciente dia)			
Pronto Socorro Adulto (idem)			
Pronto Socorro Infantil (idem)			
Ambulatório Interno (consulta)			
Ambulatório Externo (consulta)			

Custos por UP Quadro IV Serviços Auxiliares	Hospital	
	R\$	Qtde
Custo unitário de todas as refeições-dia, por paciente		
Custo unitário por KG de roupa		
Custo unitário m Limpeza		
CME (total) (% material)		
Manutenção predial		
Manutenção Equipamentos		
Manutenção Total		

Produção assistencial e orçamento anual repassados - Hospitais sob Contrato de Gestão

Produção

N.º de pessoas atendidas	2004	2005
Urgências	1.485.234	1.438.695
Ambulatório	1.201.332	1.274.669
Internações (n.º de saídas)	182.692	193.897

Orçamento

- 2004 – R\$ 688.298.015 (seiscentos e oitenta e oito milhões, duzentos e noventa e oito mil e quinze reais)
- 2005 – R\$ 782.528.088 (setecentos e oitenta e dois milhões, quinhentos e vinte e oito mil e oitenta e oito reais)

Conclusões

Análise comparativa / 2004 entre 13 hospitais das OSS'S e 13 hospitais da Administração Direta:

- Orçamento OSS — 5,1% maior
- N.º de saídas OSS — 43,2% maior
- Taxa de ocupação média OSS — 42,1% maior
- Custo médio/saída OSS — 16,7% menor

Responsáveis pelo projeto

MÁRCIO CIDADE GOMES
– Coordenador da Coordenadoria de Serviços de Saúde
Email: mcidade@saude.sp.gov.br
SILVIA REGINA OLIVEIRA
– Assessora Técnica de Gabinete da Coordenadoria de Serviços de Saúde
Email: soliveir@saude.sp.gov.br
Fone: (11) 3066-8811

PRO-HOSP – Programa de fortalecimento e melhoria da qualidade dos hospitais do SUS

– MINAS GERAIS

Objetivo

Melhorar a qualidade da atenção hospitalar da rede SUS em Minas Gerais, consolidando a regionalização, com o fortalecimento dos hospitais âncoras das macros e microrregiões. O foco são hospitais públicos ou filantrópicos com mais de 100 leitos que desempenhem as funções de hospitais-pólo macro ou microrregionais, atendendo a rede SUS; é um dos quatro programas prioritários da saúde do governo do estado de Minas Gerais.

Descrição

Programas Estruturadores

- Saúde em Casa
- Farmácia de Minas
- PRO-HOSP
- Viva a vida

Rede Hospitalar SUS em Minas Gerais/2001

Nº de leitos	Nº de Hospitais	%
0-30	138	22,7
31-50	167	27,5
51-100	183	30,1
101-200	80	13,2
201-500	35	5,8
Mais de 500	5	0,8
Total	608	100

FONTE: SIH/SUS/DATASUS, 2001.

Internações para Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial (CSAA) por tamanho de hospitais – SUS – Minas Gérias / 2002

Hospitais por número de leitos	% de internações por CSAA
Até 30	48,2
31 a 50	43,0
51 a 100	36,4
101 a 200	28,0
201 a 300	17,2
301 a 400	16,2
401 a 500	10,9
Mais de 500	10,8

FONTE: SIH/SUS/DATASUS, 2002.

Diretrizes

- Transparência e participação.
- Estratégias contínuas de investimento.
- Equidade.
- Seletividade.
- Complementaridade.
- Solidariedade e cooperação.
- Contratualização de compromissos.
- Atores envolvidos:
 - Gestores – protagonistas.
 - DADS – coordenação e supervisão.
 - Conselhos de Saúde – controle social.
 - Hospitais e Consórcios – parceiros – prestação de serviços.
 - Ministério Público – controle externo.

Alcance do Programa

- Participam 119 Hospitais nas 75 Microrregiões e 13 Macrorregiões, conforme PDR 2003-2006.
- Investimento Anual: R\$ 80 milhões.
- R\$ 4,00 per capita (N/NE).
- R\$ 2,00 per capita (demais regiões).

Módulos

- Macrorregional: 35 hospitais
- Microrregional:
 - 1ª fase – regiões Norte, Nordeste e Vale do Rio Doce - 28 hospitais participantes.
 - 2ª fase – todas, exceto Norte, Nordeste e Vale do Rio Doce - participação de 55 hospitais.
- Hospital de Pequeno Porte - conversão dos hospitais com 30 ou menos leitos em hospitais de saúde da família em estruturação.

A regionalização da atenção à saúde

- O espaço municipal - auto-suficiência em atenção básica ampliada.
- O espaço microrregional - auto-suficiência em atenção de média complexidade.
- O espaço macrorregional - auto-suficiência em atenção de alta complexidade.

Capacitação

Até ao final da implantação da 3ª fase serão capacitados em torno de 250 gerentes hospitalares, através dos cursos de especialização e de capacitação com a elaboração do plano diretor dos hospitais participantes.

Critérios de escolha dos hospitais participantes

Tem suporte nos relatórios analíticos com a produção hospitalar, fornecidos pela SES e analisados pelo comitê macro/microrregional do PRO-HOSP, com a participação dos gestores municipais, através das CIBS macro e microrregional.

Instrumentos

- Financiamento adicional
- Contratação de metas
- Plano de trabalho – investimentos na média e alta complexidade
- Curso de gestão hospitalar

Aplicação de recursos

■ Os recursos serão liberados em parcelas mensais consecutivas, com os seguintes critérios:

- Mínimo de 50% em investimentos (reformas físicas, equipamentos, etc.).
- Mínimo de 10% em melhoria e gestão (treinamento compra de softwares, etc.).
- No máximo 40% em custeio.

Destaques

Compromissos pactuados

- Melhoria da qualidade da gestão.
- Adesão à política de humanização da assistência hospitalar.
- Adesão ao programa viva a vida.
- Implantação de gestão profissional, de sistema de custos, de controle interno e de controle de estoques.
- Adesão ao banco de preço.
- Desenvolvimento de protocolos clínicos.

Metas pactuadas: Melhoria de alguns indicadores de eficiência e qualidade:

- Redução do tempo médio de permanência.
- Redução da taxa de infecção hospitalar.
- Redução da taxa mortalidade hospitalar.
- Redução de cesarianas.
- Aumentar a taxa de ocupação.
- Implantar sistema de controle de eventos adversos.
- Metas assistenciais (investir nos vazios assistenciais).

Resultados Alcançados

Curto prazo

- Garantia da qualidade da assistência - readequação das instalações em conformidade com a legislação (alvará).
- Aumento da resolutividade da instituição com a incorporação de tecnologia e ampliação das atividades assistenciais.
- Fixação do profissional em regiões menos atrativas.
- Fortalecimento da gestão, com otimização dos processos e equilíbrio financeiro.
- Fortalecimento das relações: Gestor <> Hospital <> Região (macro e microrregião) = SUS.

Médio prazo e longo prazo

- A garantia do atendimento de qualidade da assistência hospitalar, nas regiões do Estado de Minas Gerais contempladas pelo programa.
- Efetivação da regionalização da assistência à saúde e, conseqüentemente, aumento da qualidade do atendimento aos usuários, com a resolutividade de pelo menos um hospital público ou filantrópico de cada microrregião, em procedimentos de baixa e média complexidade.

Responsável pelo projeto

MARCELO TEIXEIRA
E-mail: prohosp@saude.mg.gov.br
Fone: (31) 3261-6680

Avaliação dos contratos de manutenção de equipamentos médico-hospitalares

– GOIÁS

Abrangência

A experiência da Gerência de Incorporação Tecnológica em Saúde (GITS) abrange as 15 unidades assistenciais pertencentes à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – SES/GO. A maioria, situada em Goiânia, possuía contratos de manutenção de equipamentos médico-hospitalares por empresas prestadoras de serviço.

Descrição

Este artigo apresenta a experiência da Gerência de Incorporação Tecnológica em Saúde (GITS), pertencente à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – SES/GO, na análise dos contratos de manutenção de equipamentos médico-hospitalares por empresas prestadoras de serviço. A análise teve como objetivo avaliar os custos dos contratos em comparação ao valor de aquisição dos equipamentos. Por meio desta metodologia, a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás conseguiu reduzir os custos em mais de R\$ 1 milhão e 100 mil, por ano, com a manutenção de equipamentos médico-hospitalares.

A Superintendência de Ciência e Tecnologia, Leide das Neves Ferreira (SULEIDE) por meio da Gerência de Incorporação Tecnológica em Saúde (GITS) é a responsável pela coordenação das ações de planejamento, pesquisa, produção e controle de qualidade dos equipamentos médicos hospitalares e serviços da rede hospitalar da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – SES/GO. Entre as atribuições da GITS, destaca-se o gerenciamento dos contratos de serviços de manutenção de equipamentos médico-hospitalares realizados por empresas terceirizadas ou prestadoras de serviço. No segundo semestre de 2004, a GITS implantou uma metodologia para a análise dos contratos de manutenção de equipamentos médico-hospitalares a serem assinados pela SES/GO.

Metodologia

A metodologia implantada pela GITS, para análise dos contratos de manutenção de equipamentos médico-hospitalares, consiste em avaliar o custo do serviço por equipamento e compará-lo com o valor atualizado de aquisição do referido equipamento. Para tanto, os serviços de manutenção estão divididos em três tipos conforme a 1ª coluna da tabela abaixo:

- Os serviços que incluem a manutenção corretiva (MC) e manutenção preventiva (MP) serão pagos somente a mão de obra, excluindo os custos do fornecimento das peças e acessórios.
- Os serviços que incluem a manutenção corretiva (MC), a manutenção preventiva (MP) e fornecimento de peças, excluindo os custos do fornecimento dos acessórios.
- Os serviços que incluem a manutenção corretiva (MC), manutenção preventiva (MP), fornecimento de peças e fornecimento de acessórios.

Nesse caso, todos os serviços de manutenção analisados incluem a manutenção corretiva, manutenção preventiva, fornecimento de peças e fornecimento de acessórios. E utilizou-se o percentual máximo de 12% do valor de aquisição do equipamento, ao ano, conforme a 2ª coluna da tabela 01. Dessa forma o valor anual do contrato de manutenção para um determinado equipamento não pode passar de 12% do valor de aquisição desse equipamento. O próximo passo foi solicitar às empresas prestadoras de serviço que detalhassem a proposta de contrato de manutenção por equipamento. Assim, foi possível comparar o valor ofertado por equipamento em relação ao valor do percentual adotado de 12% ao ano.

Tipo de Contrato de manutenção de equipamento médico-hospitalar	Percentual gasto em manutenção por ano em relação ao valor de aquisição de equipamento (% / ano)
Manutenção Corretiva MC + Manutenção Preventiva MP (somente mão de obra)	04 a 06
Manutenção Corretiva MC + Manutenção Preventiva MP (mão de obra + fornecimento de peças)	08 a 10
Manutenção Corretiva MC + Manutenção Preventiva MP (mão de obra +fornecimento de peças e acessórios)	12 a 15

Resultados Alcançados

Foram analisados seis contratos de manutenção de equipamentos médico-hospitalares, sendo todas as empresas representantes exclusivas no Estado de Goiás. Verificou-se que os valores cobrados pelas empresas estavam muito acima dos praticados no mercado nacional. Enquanto o percentual máximo definido é de 12% ao ano, em manutenção, as propostas de contratos analisadas variavam de 30 a 45% ao ano comparado com o valor de aquisição do equipamento. Constatada essa discrepância em relação aos valores praticados, foi solicitada às empresas a reformulação das suas propostas de acordo com o percentual adotado (12%).

Essa análise resultou em uma economia de R\$ 1 milhão e 100 mil ao ano para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

Conclusão

A análise dos contratos de manutenção de equipamentos por uma área especializada em tecnologia médico-hospitalar realizada pela Gerência de Incorporação Tecnológica em Saúde (GITS), com o quadro de engenheiros clínicos qualificados, é de suma importância para a administração pública e para o Sistema Único de Saúde – SUS.

A Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, por meio da Gerência de Incorporação Tecnológica em Saúde (GITS), conseguiu, ao analisar os contratos de manutenção de equipamentos médico-hospitalares por empresas prestadoras de serviço, reduzir os valores dos referidos contratos sem que houvesse perda na qualidade nos serviços. Essa redução significou uma economia de R\$ 1 milhão e 100 mil só em 2004.

Essa metodologia está sendo implantada para os demais contratos, no momento que estes são encaminhados para a análise no setor competente, será para renovação ou para novos contratos.

Responsáveis pelo projeto

RICARDO ALCOFORADO MARANHÃO SÁ
– Gerente de Incorporação Tecnológica em Saúde / SULEIDE / SESGO
Equipe Técnica:
RICARDO ALCOFORADO MARANHÃO SÁ (Engenheiro Clínico),
ROOSEVELT FERNANDES (Farmacêutico)
e JEAN PIERRE PEREIRA (Engenheiro Civil).
Endereço: Rua 16-A, nº. 792, Setor Aeroporto, Goiânia-GO, CEP 74.075-150.
E-mail: ricardo_amsa@yahoo.com.br
Fone/FAX: (62) 3223-8385 / 3223-8493 / 3223-8460

Experiências

Monitoramento de resíduos agrotóxicos em alimentos

– PERNAMBUCO

Implantação da Fundação de Vigilância em Saúde

– AMAZONAS

Experiências da vigilância em saúde

– BAHIA

Diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes acometidos pela PCM

(Paracoccidioedomicose)

– RONDÔNIA

Eliminação da hanseníase e o controle da tuberculose

– TOCANTINS

V VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Síntese das apresentações

A definição do tema Vigilância em Saúde no 1º Encontro do CONASS para Troca de Experiências é um desdobramento da Carta de Sergipe, em que os gestores enfatizaram a necessidade do desenvolvimento de ações de Promoção da Saúde, e dos seminários de consensos entre os Gestores, onde afirmam a necessidade de reversão do modelo de assistência curativa e assistencial baseado na doença, tendo a rede hospitalar como porta de entrada do sistema.

O fortalecimento das ações de Atenção Primária exige que ações em vigilância em saúde sejam fortalecidas, permitindo a identificação da situação de saúde da população, as necessidades de ações de prevenção e de promoção, o reconhecimento dos fatores de riscos a que estão submetidas as populações, o planejamento de ações integradas que possam combater doenças, mas principalmente promover saúde.

A quinta mesa do evento, sobre experiências na área de Vigilância em Saúde, foi coordenada pela Secretária Adjunta de Santa Catarina, Carmen E. B. Zanotto, e contou com a apresentação de cinco Secretarias Estaduais de Saúde, nos seguintes temas: Monitoramento de resíduos agrotóxicos em alimentos – Pernambuco; Experiências da vigilância em Saúde Bahia; Implantação da Fundação de Vigilância em Saúde Amazonas; Diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes acometidos pela PMC (paracoccidioedomicose) - Rondônia; e Eliminação da hanseníase e o controle da tuberculose – Tocantins.

No primeiro tema, Jaime B. de Azevedo, da SES/Pernambuco, apresentou um projeto de identificação dos níveis de resíduos de agrotóxicos nos alimentos produzidos, comercializados e consumidos, rastreando possíveis problemas e subsidiando ações de fiscalização de vigilância sanitária e dos demais órgãos responsáveis pelo controle dessa atividade no Estado. Para atingir os objetivos acima, foi implementado o Plano de Monitoramento de Resíduos e Agrotóxicos em alimentos onde o supermercado paga as análises, a Vigilância Sanitária coleta as amostras, o ITEP – Instituto Tecnológico do Estado de Pernambuco realiza as análises, a Vigilância Sanitária recebe os resultados e elabora os relatórios para o Ministério Público e os dois órgãos tomam as providências, como proibir a cultura, ou aplica multas, se for o caso. Isto é possível porque foi assinado o Termo de Ajustamento de Conduta entre o Ministério Público, Vigilância Sanitária Estadual e 15 empresas que produzem, distribuem ou comercializam hortifrutigranjeiros (supermercados, distribuidores e produtores). Toda a metodologia e resultados alcançados estão descritos no termo de referência anexo.

A segunda apresentação foi feita por Maria Conceição Q. O. Riccio, da SES/Bahia, que descreve como está estruturada a área de Vigilância da Saúde no Estado. A Superintendência de Vigilância (SUVISA) contempla as diretorias de vigilância e controle sanitário, de vigilância epidemiológica, o centro de estudo da saúde do

trabalhador, o laboratório central de saúde pública – LACEN e assistência farmacêutica com a central de distribuição. A estrutura organizacional da SUVISA vem sendo construída desde 1991, quando começou o esforço para concretizar uma vigilância integrada num “modelo de atenção à saúde alternativo”, comprometido com o princípio da integralidade. É necessário ressaltar a importância do suporte estratégico, isto é, voltado para o planejamento e avaliação, o desenvolvimento institucional inserido num processo de capacitação de recursos humanos. É também de fundamental importância, para o funcionamento da vigilância, ser ordenadora de despesas. No termo de referência anexo temos os passos que foram dados para consolidar a proposta, bem como, exemplos de funcionamento da superintendência.

Na terceira exposição, Antônio E. M. de Oliveira, da SES/Amazonas, considera que no Estado quem assume a saúde é o governo estadual, pois, tem 61 hospitais nos 62 municípios e 47 unidades na capital. Isso faz com que a área de assistência receba mais recursos e as energias do gestor. Foi nesse cenário que surgiu a idéia da criação de uma autarquia vinculada à Secretaria da Saúde para cuidar das vigilâncias e através da Lei N.º 2.895 de 03 de junho de 2004 instituiu-se a Fundação de Vigilância em Saúde, que foi regulamentada pelo decreto 24.621 de 27 de outubro de 2004. “A Fundação tem por finalidades institucionais a promoção e proteção à saúde, mediante ações de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e controle de doenças, incluindo educação, capacitação e pesquisa, com vistas à melhoria da qualidade de vida da população amazonense.” Hoje não se faz mais nenhuma ação da Fundação isolada em um departamento, inclusive a supervisão e o acompanhamento das ações são feitos de maneira integrada entre os três departamentos e o LACEN. Os resultados alcançados estão descritos no termo de referência anexo.

No quarto tema, Eliana Pasini, da SES/ Rondônia, apresentou as ações da Secretaria relacionadas a paracoccidioedomicose- PMC, que é uma micose sistêmica, causada por um fungo dimórfico *Paracoccidioides brasiliensis*. A mortalidade é alta e a maioria dos doentes tem entre 30 e 50 anos e são homens numa idade produtiva e da zona rural. Não há medida de controle disponível. Os objetivos são diagnosticar, tratar e acompanhar os pacientes acometidos com PCM, implementando o programa em 23 dos 52 municípios do Estado, capacitar médicos, enfermeiros e bioquímicos e garantir o tratamento pela SES, com as drogas de escolha estabelecida pelo protocolo estadual. Desde 2001, a SES em parceria com os municípios motivaram o envolvimento de outros Estados no processo de discussão e sensibilização nacional para o controle deste agravo, portanto, espera maior participação do Ministério da Saúde visando a estruturação do Programa Nacional, inclusive tornando a PMC de notificação compulsória. Todas as ações e resultados alcançados estão descritos no termo de referência anexo.

A quinta apresentação foi feita por Adriana C. Ferreira, da SES/ Tocantins, que descreve a assessoria técnica regionalizada oferecida aos municípios/profissionais que

atuam na rede básica, para o fortalecimento das ações de vigilância, visando à redução da prevalência da hanseníase e o aumento da detecção dos casos de tuberculose. Foi pactuado com os 139 municípios existentes no Estado, o compromisso da redução da prevalência da hanseníase para menos de um caso por 10 mil habitantes, até dezembro de 2005. O Estado foi subdividido em seis regiões, considerando o número de equipes de Saúde da Família, ou seja, uma média de 50 equipes de Saúde da Família, para cada equipe volante. Cada equipe é composta por um profissional médico, um profissional enfermeiro e um técnico da SES. Os gestores foram sensibilizados quanto à importância da proposta e disponibilizam os profissionais dos hospitais. Capacita-se essas equipes técnicas em 80 horas, divididas em duas etapas de 40 horas. Todo esse projeto foi pactuado na Comissão Intergestores Bipartite - CIB. A redução da prevalência da hanseníase de 14,5 para 12,06 por 10.000 habitantes são os resultados parciais alcançados até o momento. No termo de referência anexo temos os passos que foram dados para consolidar a proposta.

Durante a apresentação da Mesa sobre Vigilância em Saúde, tivemos a oportunidade de conhecer experiências bem sucedidas realizadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Os gestores estaduais participaram atentamente do debate, destacaram vários itens e fizeram recomendações importantes, dentre elas citamos:

Destaques/Recomendações:

- Necessidade dos Secretários Estaduais abrirem mais espaço nas suas agendas para a área da Vigilância em Saúde.
- Que o CONASS assuma, como prioridade, pautando nas assembleias o tema Vigilância em Saúde. É preciso avançar para a integração entre as vigilâncias. Não se faz saúde sem indicadores. É um desafio pela história das vigilâncias, mas o momento oportuno é agora.
- A questão dos funcionários da Fundação Nacional de Saúde - Funasa foi abordada como um problema que precisa ser resolvido, necessitando pautar na Assembleia e discutir com o Ministro esta questão – citada a dificuldade de integração dos mesmos com a equipe das SES, a questão da aposentadoria, tem que se definir como será a substituição desse pessoal pelos Estados e o financiamento dos mesmos.
- Importância de unificar as Vigilâncias e troca de experiência entre os Estados que já avançaram neste processo.
- Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde – PPI-VS foi considerada um avanço, como forma de integração das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental, mas precisa ser aprimorada.

- Importância das vigilâncias no combate à tuberculose.
- Importância de avançar nos estudos e pesquisas e nas ações de vigilância ambiental, considerando a questão do agrotóxico apresentada.
- É inadmissível a falta dos medicamentos para o paracoccidioedomicose, para tratar os 200 pacientes de Rondônia, já que ele está inserido no programa da AIDS.
- Importância das vigilâncias na identificação e diagnóstico do agravo que foi citado pelo gestor do Ceará, a melioidiose, que é causada por uma bactéria, variação do pseudomona, e atingiu cidadãos do Ceará.
- Necessidade da atuação da Vigilância na questão da comercialização da água mineral, inclusive as adicionadas de sais.
- Fortalecimento da fiscalização e monitoramento dos produtos de limpeza, pois, existem inúmeras indústrias de produtos de limpeza clandestinas funcionando, que é considerado crime.
- Novas formas de organização das estruturas que os Estados do Amazonas, Bahia e Santa Catarina estão construindo para integrar as ações das vigilâncias.
- Recursos Humanos incluindo capacitação é uma das preocupações dos gestores ao comentar a Mesa sobre Vigilância em Saúde.
- Necessidade de discussão da organização, capacidade de respostas dos LACEN.
- Saúde do Trabalhador – Vigilância dos ambientes de trabalho, a questão do adoecimento a importância das ações das vigilâncias de forma integrada.
- Os gestores presentes parabenizaram os organizadores e reafirmaram que a Vigilância em Saúde é fundamental para a reorganização do SUS.

Comentários

Dr. Carmen Emília Bonfá Zanotto

Secretária Adjunta da SES/SC e coordenadora da Mesa

O I Encontro do CONASS para Troca de Experiências foi um sucesso, gostaríamos de parabenizar a Diretoria, a Secretaria Executiva e equipe técnica do CONASS, juntamente com a Secretaria de Estado da Saúde do Ceará que desempenharam um papel fundamental dando a todos os participantes as condições técnicas e operacionais para o bom desempenho e aproveitamento do evento. O local dispunha de infra-estrutura, que confortavelmente abrigou a todos, e os materiais e meios utilizados foram de excelente qualidade. Registramos a importância do evento para a consolidação da implantação e implementação do SUS.

As experiências selecionadas e apresentadas deram conta de mostrar soluções originais para problemas comuns dos Estados e conseguiram dar uma visão de como a articulação interna entre as secretarias é fundamental. A abrangência do temário e a qualidade das apresentações propiciou aos participantes a oportunidade de compreender que as dificuldades e as soluções dos problemas podem ser comuns aos gestores estaduais.

Um grande exemplo foi a Plenária de Vigilância em Saúde, em que a participação dos gestores propiciou um amplo debate com relação à integração das Vigilâncias em Saúde e controle das doenças, mostrando que não estão nas nossas agendas apenas medicamentos excepcionais, ações judiciais e financiamento, e sim, todas as questões pertinentes à Saúde Pública em nossos Estados.

A relevância política do encontro foi alcançada, pois contou com a participação dos Secretários de Estado da Saúde de todas as regiões do Brasil, do Governador de Estado do Ceará, na solenidade de abertura, além da mídia estadual e nacional.

Fato marcante foi à presença do Ministro da Saúde e de membros de sua equipe técnica na Assembléia Geral do CONASS, oportunidade que pudemos ouvir as linhas condutoras do trabalho da equipe ministerial que ora se inicia, e também de forma organizada, encaminhar à discussão de questões importantes para os gestores estaduais.

Entendemos que o caminho da troca de experiências entre os Estados deve continuar a ser trilhado e, neste sentido, colocamos a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina à disposição do CONASS.

Monitoramento de resíduos agrotóxicos em alimentos

– PERNAMBUCO

Abrangência

O aumento do uso de agrotóxicos na agricultura, em décadas recentes, tem levado a uma crescente preocupação quanto aos aspectos toxicológicos e de contaminação dos alimentos consumidos pela população. A Vigilância Sanitária, como órgão que participa do Sistema de Registro de Agrotóxicos e Afins, realiza a avaliação toxicológica e de risco para cada produto e estabelece os Limites Máximos de Resíduos – LMR de agrotóxicos que podem estar presentes nos alimentos consumidos por um indivíduo sem prováveis danos à sua saúde.

Pernambuco não dispunha de dados suficientes sobre a situação de contaminação de alimentos por agrotóxicos. No entanto, era possível supor que o problema fosse significativo, considerando-se que o país é um dos maiores consumidores desses produtos no planeta. Existem vinte grandes indústrias, no mundo, fabricantes de agrotóxicos, com um faturamento de 20,226 bilhões de dólares por ano para um volume de 2,5 bilhões de toneladas por ano.

O Brasil é o terceiro consumidor de agrotóxicos do mundo e o maior da América Latina. São oito indústrias, com um faturamento de 2,5 bilhões de dólares por ano, produzindo 250 mil toneladas por ano. Temos 432 ingredientes ativos em 1002 produtos comercializados, assim distribuídos: 45% de herbicidas, 27% de inseticidas e 28% de fungicidas.

Os efeitos na saúde humana: no mundo - intoxicações agudas por agrotóxicos, segundo dados da Organização Mundial de Saúde, 3 milhões, sendo um milhão de intoxicações acidentais e dois milhões de origens diversas. Das acidentais 70% são de origem ocupacional, por uso inadequado de equipamentos de proteção individual, principalmente. As intoxicações crônicas representam 1% das mortes por câncer por agrotóxicos. E dez mil casos de câncer nos Estados Unidos. Os principais agentes químicos são organoclorado, organofosforado, ácidos fenoxicéticos e bupiridilos, sendo que os dois primeiros são os maiores responsáveis pelas intoxicações no Brasil.

Com isso, tornava-se imprescindível o desenvolvimento, pela Vigilância Sanitária, de ações que pudessem diagnosticar a situação de contaminação dos alimentos por esses venenos. No sentido de atingir essas metas, a Vigilância Sanitária Estadual e o Ministério Público de Pernambuco estabeleceram uma parceria para implementar o Plano de Monitoramento de Resíduos e Agrotóxicos em alimentos.

Neste sentido, foi firmado Termo de Ajustamento de Conduta entre o Ministério Público, Vigilância Sanitária Estadual e 15 empresas que produzem, distribuem ou comercializam hortifrutigranjeiros (supermercados, distribuidores e produtores), de onde foram coletadas e analisadas, no período de janeiro de 2003 a junho de 2005, amostras de 9 culturas para verificação da presença de resíduos de agrotóxicos. Essas coletas são realizadas semanalmente e os estabelecimentos selecionados se localizam na cidade do Recife.

Descrição

Objetivo

Identificar os níveis de resíduos de agrotóxicos nos alimentos produzidos, comercializados e consumidos em Pernambuco, rastrear possíveis problemas e subsidiar ações de fiscalização de vigilância sanitária e dos demais órgãos responsáveis pelo controle dessa atividade no Estado (Secretarias de Saúde, de Agricultura e do Meio Ambiente, Promotorias de Justiça, etc.).

Conceitos utilizados

A partir de junho de 2001, a ANVISA implementou, em conjunto com as VISA's de 4 Estados (PE, SP, MG e PR), o Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos – PARA, sendo monitorados 09 produtos: alface, banana, batata, cenoura, laranja, maçã, mamão, morango e tomate.

Em junho de 2002, decorrido o primeiro ano de desenvolvimento do programa, foi realizada, pela Vigilância Sanitária de Pernambuco, uma minuciosa avaliação dos resultados laboratoriais encontrados em amostras dos produtos acima citados, sendo constatada uma grave situação, haja vista que foi verificada a presença de agrotóxicos não autorizados para as respectivas culturas ou produtos não autorizados para qualquer cultura no Brasil. Além disso, os residuais de agrotóxicos autorizados apresentavam-se em concentrações que variavam de 1,1 a 77,6 vezes acima do LMR (valor máximo permitido).

Esta situação ocasionou a montagem, pelo Ministério Público e Vigilância Sanitária, de um instrumento que fosse capaz de reverter este quadro.

Descrição do projeto

Em novembro/2002, o MP/PE, através das Promotorias de Saúde, Defesa do Consumidor e Saúde do Trabalhador, instaurou Procedimento objetivando investigar o assunto e adotar as medidas legais cabíveis. Para tanto, convocou a Vigilância Sanitária estadual para juntos estabelecerem estratégias e montagem de um instrumento que viabilizasse formas de controle na utilização de agrotóxicos em Pernambuco.

Num primeiro momento, foram convocadas para audiências todas as redes de supermercados onde haviam sido coletadas amostras do PARA. Nessas audiências foi determinado que cada supermercado deveria elaborar um Plano de Controle de Qualidade para os hortifrutigranjeiros, devendo, obrigatoriamente, incluir a análise de resíduos de agrotóxicos. Esses planos foram encaminhados à Vigilância Sanitária Estadual, para análise e aprovação e encaminhamento ao Ministério Público Estadual para elaboração dos Termos de Ajustamento de Conduta a ser firmado individualmente com cada supermercado.

Posteriormente, outras empresas distribuidoras e produtoras foram inseridas no processo. De janeiro/2003 a junho/2005, o monitoramento foi desenvolvido de acordo com o planejado, tendo sido coletadas e analisadas 310 amostras de hortifrutigranjeiros comercializados em Pernambuco, sendo os custos dessas análises por conta exclusiva das empresas envolvidas.

Destaques

No decorrer do desenvolvimento do plano, as medidas pertinentes a cada um dos envolvidos – supermercados, Vigilância Sanitária e Ministério Público – foram rigorosamente observadas, e nos casos onde foi detectada a presença de resíduo de agrotóxico não autorizado para aquela cultura, as empresas suspenderam a aquisição dos produtos aos respectivos produtores ou distribuidores. Além disso, a Vigilância Sanitária realizou, em todos os casos de resultados laboratoriais insatisfatórios, a rastreabilidade do produto, objetivando identificar o seu produtor para a adoção de medidas dos demais órgãos responsáveis pela fiscalização (Secretaria da Agricultura, CPRH, Promotoria local, etc.). Com isso, ocorreu uma significativa mudança nas práticas agrícolas em nosso Estado;

Resultados alcançados

A parceria entre a Secretaria Estadual de Saúde, através da sua Vigilância Sanitária, e o Ministério Público do Estado de Pernambuco foi de fundamental importância para o sucesso do Plano. Os resultados até agora observados mostram uma redução significativa dos resíduos de agrotóxicos nos mesmos produtos anteriormente analisados, ressaltando que as coletas foram realizadas nos mesmos pontos do PARA e, em alguns casos, produzidos pelos mesmos produtores. Com isso, concluímos que o Plano tornou-se um forte instrumento para a segurança alimentar da população consumidora, no que se refere à contaminação por agrotóxicos.

Responsável pelo projeto

Gerente da Vigilância Sanitária da SES/Pernambuco
JAIME BRITO DE AZEVEDO
E-mail: jaime@saude.pe.gov.br
Fone: (81) 3412-6424

Implantação da Fundação de Vigilância em Saúde

– AMAZONAS

Abrangência

A Fundação de Vigilância em Saúde do Estado do Amazonas, instituída pela Lei nº 2.895, de 03 de junho de 2004, integrando a Administração Indireta do Poder Executivo, está vinculada à Secretaria de Estado da Saúde e tem como finalidade, a promoção e proteção à saúde, através do desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental e controle de doenças e outros agravos, visando à melhoria da qualidade de vida da população do Estado do Amazonas.

Descrição

O Estado do Amazonas é o maior do país em extensão territorial, com uma superfície de 1.570.745,68 Km², distribuídos em 62 municípios. Sua população é de 3.031.079, com densidade demográfica de 1,93 hab/Km², uma amplitude de variação de 0,2 (município de Barcelos) é 35,79 (município de Manaus) hab/Km².

Até o ano de 1999, as atividades de vigilância em saúde e o controle de endemias eram de responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde e Funasa, respectivamente. Com a edição da Portaria nº 1.399/99/GM/MS, que define o processo de descentralização da epidemiologia e controle de doenças para o estado e municípios, o Estado do Amazonas, em 2000, se credencia para assumir na sua totalidade a execução dessas ações.

O processo de certificação centrado no Estado e na administração direta, não teve sustentabilidade. Dentre outros fatores, destacam-se: a grande extensão territorial e a difícil logística do Estado; a não adesão por parte dos municípios aliada a sua fragilidade técnica e econômica; as dificuldades na gestão técnica e principalmente administrativa.

A avaliação dessa conjuntura apontou para a necessidade de mudança organizacional que contemplasse a integração efetiva das vigilâncias, laboratório de saúde pública e o controle de doenças numa estrutura com autonomia administrativa,

orçamentária e financeira para a gestão de recursos. A partir dessa definição técnica, o Governo do Estado do Amazonas, através da Lei nº 2.895, de 03 de junho de 2004, instituiu a Fundação de Vigilância em Saúde do Estado do Amazonas- FVS-Am (Anexo), que foi regulamentada pelo Decreto nº 24.621 de 27 de outubro de 2004.

A missão da FVS "Promoção e proteção à saúde, mediante ações integradas de educação, de prevenção e de controle de doenças e outros agravos à saúde, visando a melhoria da qualidade de vida da população"..Sua estrutura organizacional contempla uma Diretoria Executiva, composta pelo Diretor-Presidente, auxiliada pelo Diretor Técnico e pelo Diretor Administrativo-Financeiro; Órgãos Colegiados: Conselho Consultivo e Comitê de Ética; Órgão de Assistência Direta: Gabinete, Assessorias e Procuradoria Jurídica; Órgãos de atividade fim: Departamentos de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária; Vigilância Ambiental e Laboratório de Saúde Pública; Órgão de Atividade-meio: Recursos humanos, Recursos logísticos, Insumos estratégicos e Orçamento e Finanças.

Seus objetivos compreendem: gerir os sistemas estaduais de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental em saúde; gerir o sistema estadual de Laboratórios de Saúde Pública; gerir os sistemas de informação nacional das áreas sob sua competência, adaptando-os às necessidades estaduais; coordenar e promover as atividades de educação em saúde e mobilização social, de abrangência estadual; coordenar e acompanhar as atividades, as metas e os recursos financeiros federais e estaduais, repassados aos municípios como parte da PPI ou outros destinados às áreas afins; estimular, coordenar e executar estudos e pesquisas aplicadas nas áreas de sua competência; fomentar e executar programas de desenvolvimento de recursos humanos, atendendo à demanda do sistema estadual de vigilância em saúde; desenvolver cooperação técnico-científica em nível nacional e internacional nas áreas de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e controle de doenças; coordenar e mobilizar os recursos necessários junto com outros órgãos afins, para a implementação das ações relacionadas a situações emergenciais de risco químicos, físicos, nucleares, ambientais e biológicos.

Resultados alcançados

Efetivamente, de fato e de direito, a Fundação de Vigilância em Saúde do Estado do Amazonas, passa a existir a partir de janeiro de 2005, à medida que a partir dessa data, dispõe de autonomia orçamentária e financeira, recursos humanos, cujo quadro encontra-se em fase complementar, num trabalho árduo de estruturação, ao mesmo tempo em que busca implementar as atividades inerentes a sua missão.

A proposta mostra-se altamente auspiciosa pelo fato de que avanços têm sido verificados, destacando-se:

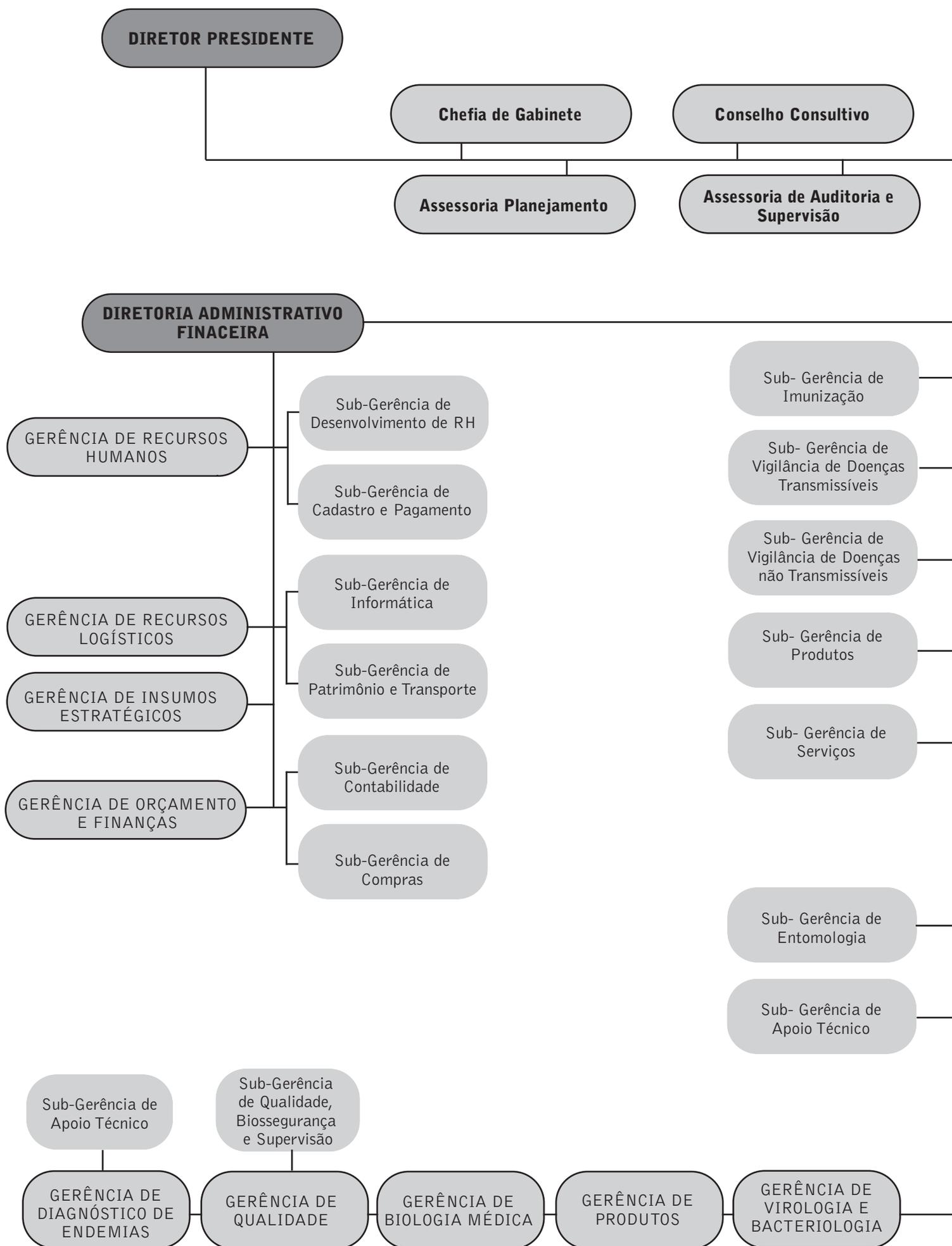
- Desenvolver ações integradas entre áreas da vigilância em saúde e controle de doenças, buscando otimizar recursos e beneficiando os parceiros do Sistema Único de Saúde.
- Permitir a efetivação de contratos, convênios e contratação de pessoal com maior agilização administrativa, dando respostas rápidas, sempre que necessárias para o controle de doenças e agravos.
- Possuir a capacidade de captação de recursos de diversas fontes.
- Realizar planejamento unificado.
- Desenvolver política própria de recursos humanos, atendendo às especificidades das ações de saúde coletiva.
- Agilizar compras e pagamento de despesas, melhorando, desta forma, a qualidade e a disponibilidade dos fornecedores.
- Desenvolver setores de informação, informática e comunicação, incorporando avanços ocorridos nestas áreas, garantindo e possibilitando as atividades de coordenação, monitoramento e avaliação das ações realizadas no Estado.

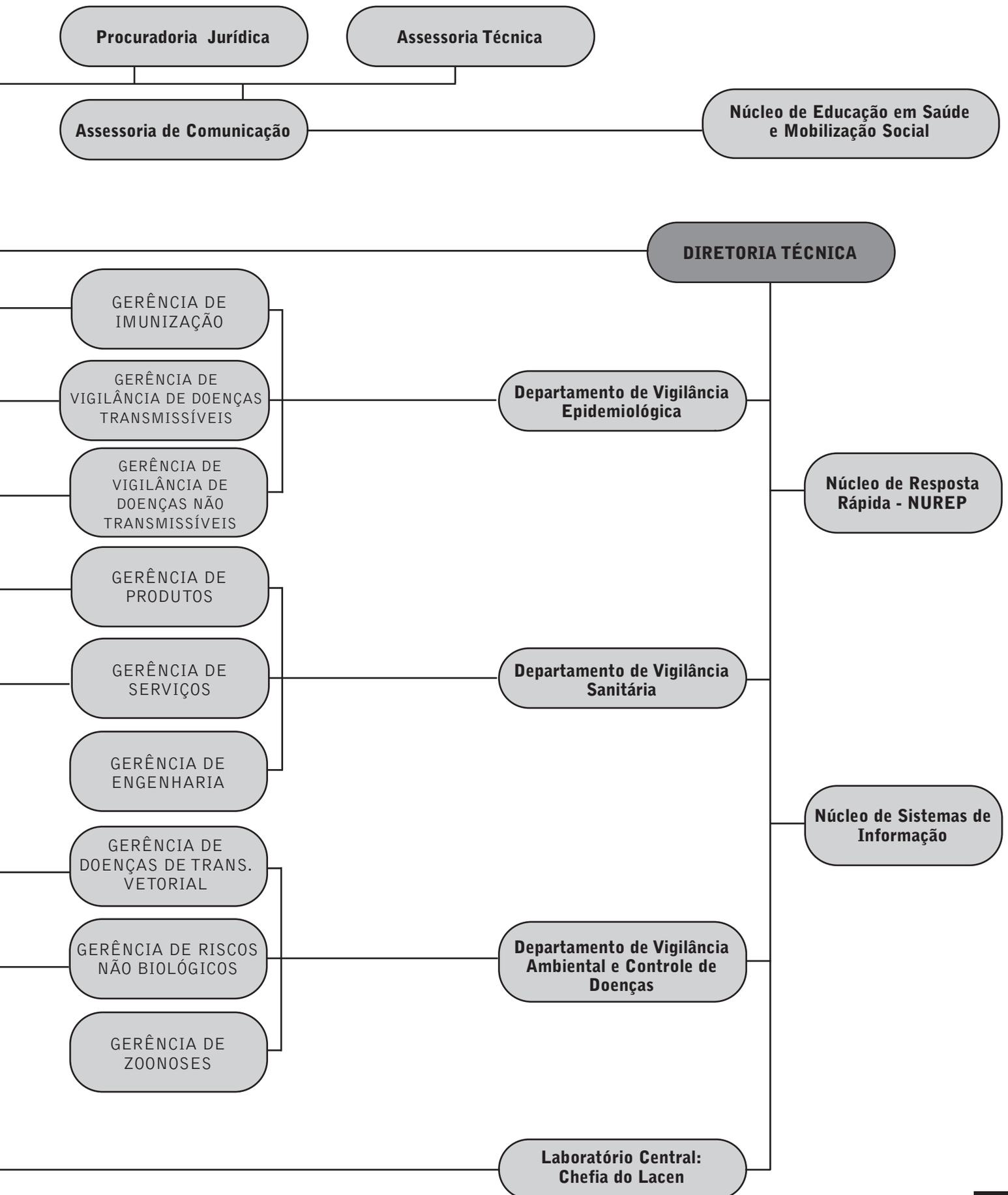
Conscientes das dificuldades que permeiam esta trajetória que ora se inicia, constitui-se um desafio a todos que acreditam e labutam na efetivação e sucesso desta proposta, que poderá se transformar em um modelo adaptável a outras unidades da federação brasileira.

Responsável pelo projeto

Diretor-Presidente da Fundação
de Vigilância em Saúde do Estado do Amazonas
ANTONIO EVANDRO MELO DE OLIVEIRA
E-mail: dipre.fvs@saude.am.gov.br
Fone: (92) 3643-6314

Organograma FVS/AM





Experiência da vigilância em saúde

– BAHIA

Abrangência

A Secretaria de Saúde do Estado da Bahia vem trabalhando na perspectiva de redirecionar seu modelo assistencial, visando atender ao conceito ampliado de saúde assumido pela Constituição Brasileira de 1988, e inscrita na Lei 8080/90 que instituiu o Sistema Único de Saúde. Para isso, assumiu como marco de referência a proposta de Vigilância da Saúde que se apóia no complexo informação – decisão – ação, cujos componentes devem estar próximos e articulados nos distintos níveis do sistema. Esta proposta de organização encontra-se fundamentada na idéia da heterogeneidade do estado de saúde da população, e conseqüentemente, que a organização e atuação dos serviços não podem ser uniformes, ao contrário, deve buscar racionalidade no uso dos recursos disponíveis e, passíveis de serem captados de acordo com as diferentes realidades, obedecendo-se os princípios e diretrizes do SUS.

A SESAB, através da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde – SUVISA, vem trabalhando no sentido de fazer a transição entre o modelo organizacional antigo, constituído nos anos 70, voltado ao atendimento de problemas e grupos populacionais específicos, para o modelo de Vigilância da Saúde. Assim, nasceu o Plano Diretor para Desenvolvimento da Vigilância da Saúde do Estado da Bahia – PLANDEVISA, em dezembro de 1998, na qual pretendia-se que fosse considerado como referência e diretriz para a SESAB e todos os municípios que assumiram a Vigilância da Saúde como imagem – objetivo das suas políticas públicas.

A dinâmica do processo de construção do SUS demandou recentemente, uma avaliação e revisão do PLANDEVISA, na perspectiva de construção de mais uma importante etapa, considerando as novas necessidades tanto do perfil epidemiológico quanto da organização das ações, o que ocorreu no ano de 2003.

Descrição

A Vigilância da Saúde foi constituída em 1991, com suas áreas de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Saúde do Trabalhador e Laboratório Central de Saúde Pública Prof. Gonçalo Moniz, e já em 1999 se estruturou de forma mais sistêmica a

Vigilância Ambiental com o incremento dos Centros Entomológicos Regionais, Laboratórios de Qualidade da Água, Ar e Solo. Atualmente, destacamos projetos em parcerias, com o objetivo de atender as exigências do Estado e da Sociedade, como: Nascente do Paraguaçu, Programa Viver Melhor Rural e Fiscalização Preventiva e Integrada da Bacia do São Francisco, avançando na lógica da antiga unidade de saneamento. Vale ressaltar o plano de ação para a vigilância e atenção à saúde da população exposta à contaminação por metais, no município de Santo Amaro da Purificação cujo diagnóstico, através da inspeção sanitária e ambiental. Através do Decreto nº 8.392 de 12 de dezembro de 2002 foi aprovado novo regimento da Secretaria da Saúde, na qual a Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA), que tem por finalidade planejar, elaborar estudos e propor políticas públicas relativa à Vigilância em Saúde, tem alterada a estrutura organizacional da Diretoria de Vigilância e Controle Sanitário, além de reafirmar as competências das demais Diretorias que compõem a SUVISA: Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador – CESAT, Diretoria de Vigilância Epidemiológica – DIVEP e Laboratório Central de Saúde Pública Prof. Gonçalo Moniz – LACEN.

Em 2003, a Coordenação de Assistência Farmacêutica, que até então estava inserida na Superintendência de Regulação e Proteção da Saúde – SURAPS, através da Portaria nº 462 de 21/03/2003, passou a compor o quadro organizacional da SUVISA (Anexo I e II). Nesse sentido, ocorreram alterações significativas na sua estrutura física, organizacional, de Recursos Humanos, modernizando o processo de aquisição de medicamentos e implementando controle da qualidade destes, através da integração entre Vigilância Sanitária, Laboratório Central de Saúde Pública, Coordenação de Assistência Farmacêutica, assim como da implementação da farmacovigilância.

Devido à habilitação do Estado da Bahia na condição de Gestão Plena do Sistema, que passou a exigir do gestor estadual novas competências e capacidades político-institucionais para o exercício das ações coordenadas e de cooperação, surgiu a necessidade da elaboração da Agenda Estadual de Saúde, como instrumento de planejamento e de gestão, visando contemplar proposições políticas do governo estadual para a área de saúde, traduzidas em compromissos, objetivos, atividades, metas e indicadores a serem alcançados, em que estão inseridas as ações da Vigilância em Saúde. Exemplificando: na agenda de saúde, o principal compromisso da SES é a redução da mortalidade infantil e materna que tem dois grandes objetivos reduzir a taxa de mortalidade infantil (I) e a mortalidade materna (II).

As atividades (algumas) estratégicas na SUVISA para alcance do objetivo II: a) implementação das ações de vigilância epidemiológica do óbito materno; b) investigações de casos de óbito materno; c) implantação de vigilância das “DANTES”; d) vigilância sanitária – monitoramento de unidades assistenciais, buscando adequação dos serviços; etc. Todo compromisso tem uma pessoa designada para acompanhar, isto é articular o trabalho com as diversas áreas da secretaria que têm ações voltadas para aquele compromisso.

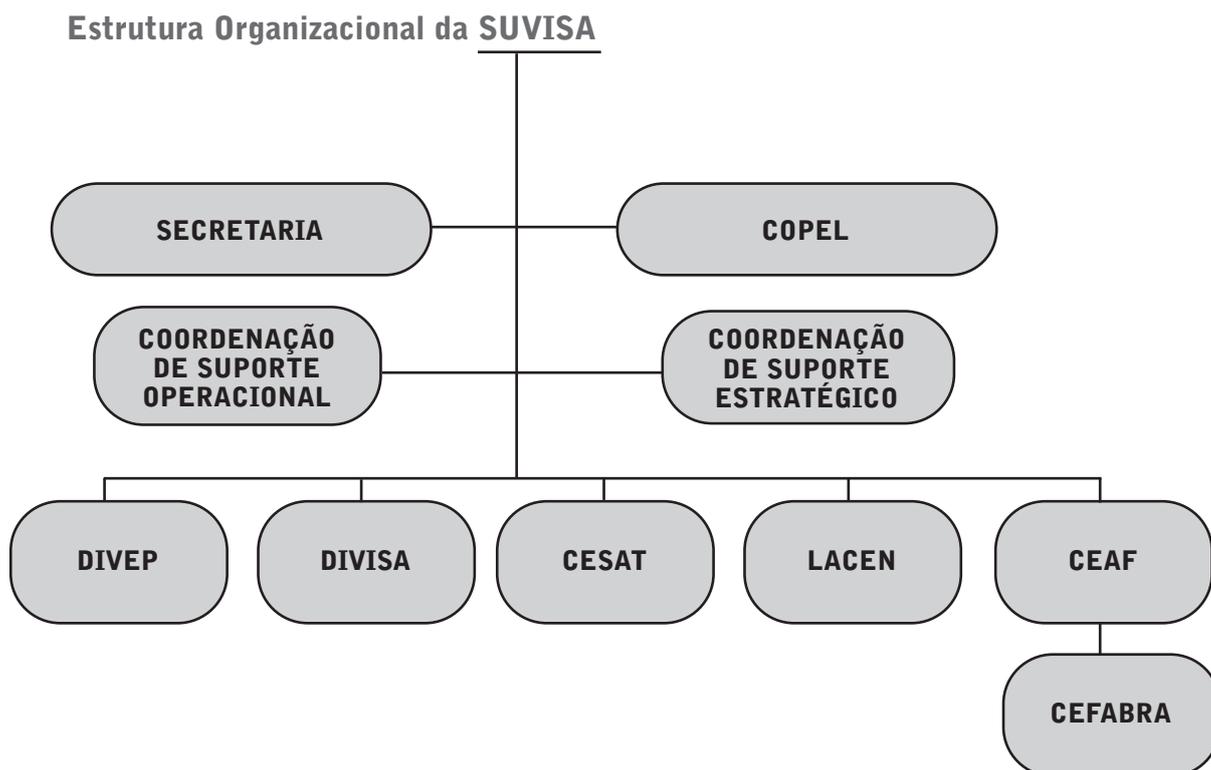
A atuação de Vigilância e Proteção da Saúde tem como objetivo principal ampliar os resultados das ações de prevenção e controle de doenças e situações de riscos à saúde. Para tanto, todas as diretorias da SUVISA assumem, de forma articulada, o seu papel de gestor estadual da Vigilância à Saúde, supervisionando, assessorando municípios e executando atividades específicas de forma complementar ou suplementar quando necessário.

Resultados alcançados

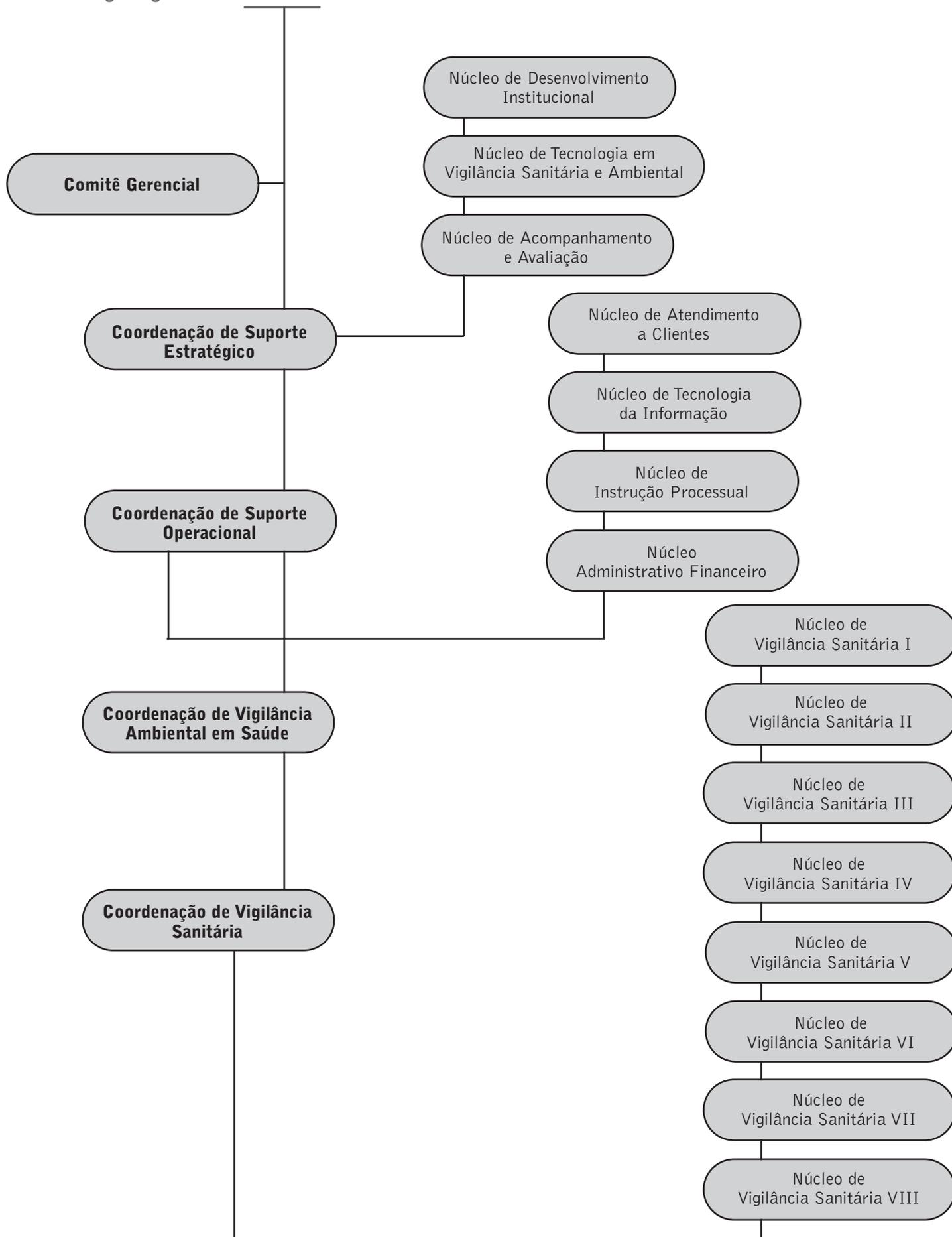
A Vigilância da Saúde enquanto “um modelo assistencial alternativo” que diferencia a proposta da Vigilância da Saúde é que não é a simples soma das ações de vigilâncias sanitária e epidemiológica como as de assistência individual (Anexo III). A idéia é que a Vigilância da Saúde deve ser desenvolvida a partir de problemas concretos em territórios determinados e numa perspectiva intersetorial, visando à busca de solução para os problemas de saúde da população (Anexo IV).

Embora seja exagerado definir o CESAT como modelo de vigilância em saúde do trabalhador, conseguiu-se de forma inédita, e provavelmente ainda única na Bahia, reunir num Centro de Referência ações de assistência, vigilância de ambientes de trabalho, vigilância epidemiológica, com articulação intersetorial, realização de estudos e pesquisas articulados com a prática do serviço e a formação de recursos humanos para atuação na Área.

Anexos



Organograma da DIVISA



Conceito adotado em Vigilância da Saúde

VIGILÂNCIA À SAÚDE COMO ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE:

- Objetos da Epidemiologia ampliados.
- Contribui para um planejamento mais abrangente.

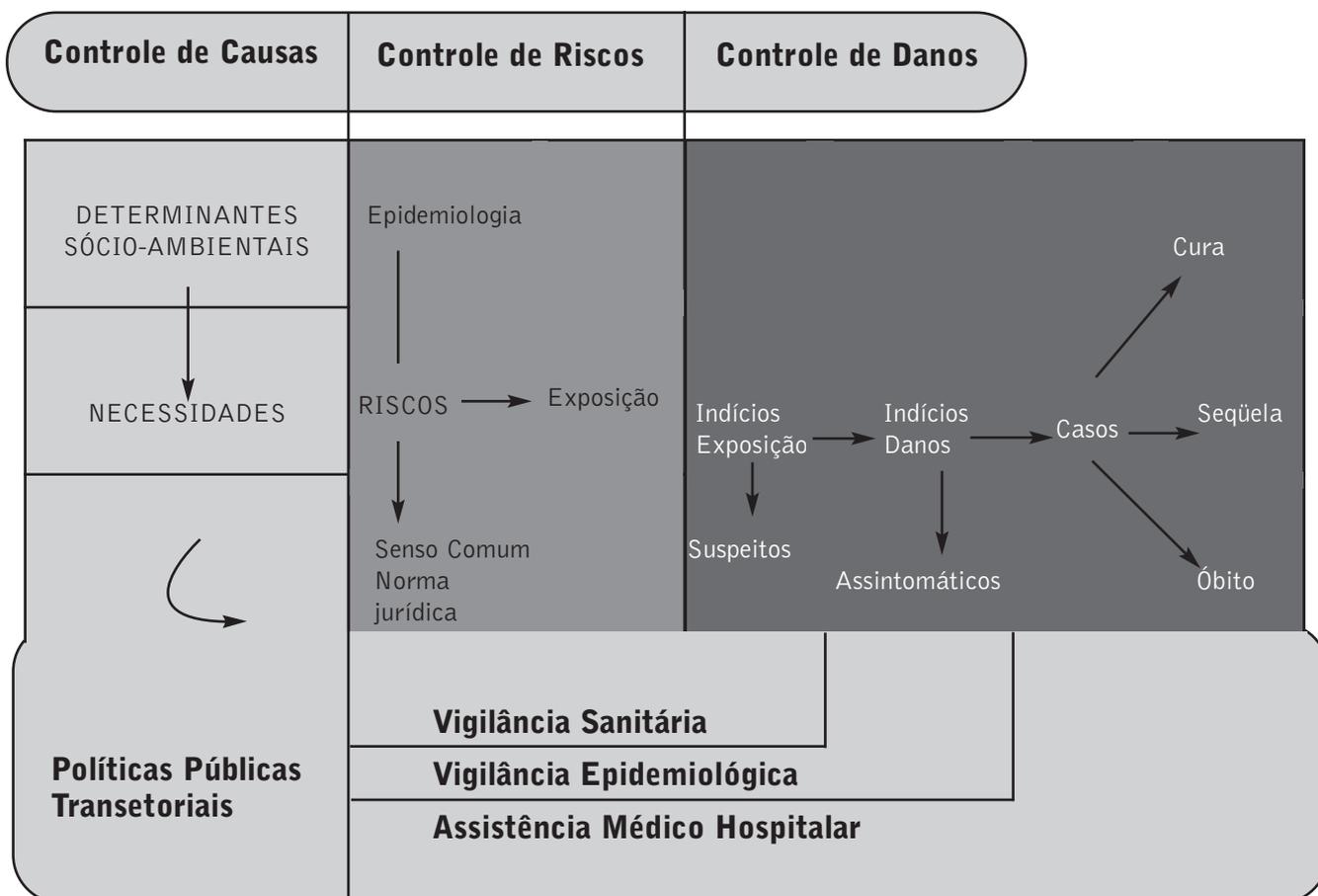
VIGILÂNCIA À SAÚDE COMO PROPOSTA DE INTEGRAÇÃO INSTITUCIONAL ENTRE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, SANITÁRIA E AMBIENTAL DA SAÚDE DO TRABALHADOR:

- Programação Pactuada e Integrada.

VIGILÂNCIA À SAÚDE COMO PROPOSTA DE REDEFINIÇÃO DAS PRÁTICAS SANITÁRIAS:

- DIMENSÃO TÉCNICA: modelo assistencial alternativo.
- DIMENSÃO GERENCIAL: prática que organiza processos de trabalho em saúde sob a forma de operações.

Diagrama da Vigilância em Saúde



Responsáveis pelo projeto

Superintendente de Vigilância e Proteção a Saúde da SES/Bahia
MARIA CONCEIÇÃO QUEIROZ O. RICCIO
E-mail: suvisa@saude.ba.gov.br
Fone: (71) 3115-4230/4291

Diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes acometidos pela Paracoccidioidomicose – PCM

– RONDÔNIA

Abrangência

Rondônia tem 52 municípios, um milhão e meio de habitantes, este trabalho apresenta a situação da Paracoccidioidomicose ocorrida em 23 municípios do Estado e as estratégias implantadas, pela Secretaria do Estado da Saúde, para o seu controle.

Apresentação

Características da Paracoccidioidomicose - PCM

É uma micose sistêmica, causada pelo fungo dimórfico *Paracoccidioides brasiliensis*. Também conhecida como micose de Lutz, granuloma coccidioidico, Blastomicose Sul Americana. A ecologia não é bem conhecida, entretanto, acredita-se que as condições climáticas da região Norte (clima quente e úmido, solos ácidos, florestas) são favoráveis para o crescimento desse fungo. Observa-se que quando ocorre na raça negra é da forma considerada juvenil, quando nos orientais é geralmente mais grave. Em reservatório animal, já se observou em morcegos, sagüi e tatus, em algumas regiões do Brasil.

Quanto à classificação da PCM, nos inquéritos epidemiológicos, há uma dissociação entre infecção e doença. Pode ocorrer na infância e aumentar e pode aparecer após os trinta anos, a forma aguda considerada tipo juvenil, atinge crianças e adultos jovens com uma evolução de 1 a 2 meses. A sua forma crônica, geralmente, ocorre em maiores de 30 anos com uma evolução de até 6 meses, apresentando comprometimento pulmonar e mucoso, a maioria dos doentes tem entre 30 e 50 anos e são homens.

Não há medidas de controle sistematizadas, deve-se tratar os doentes, precoce e corretamente, visando impedir a evolução do caso e suas complicações. O maior problema da saúde pública é o tratamento. Por não termos medidas preventivas, o controle se faz por meio do tratamento.

O tratamento é realizado caso a caso, usam-se os medicamentos itraconazol de 12 a 18 meses e sulfametoxazol/trimetoprim de 18 a 24 meses e em casos graves há anfotericina B. Em Rondônia, a micose sistêmica é a que mais tem sido observada. É um agravo considerado importante do Brasil e apresenta 80% de endemicidade no mundo, (NAIFF et al. 1986). Não está entre as doenças de notificação compulsória, o que dificulta o real conhecimento da magnitude do problema. No Brasil, dentre as DIPs, a PCM ocupa o 8º lugar dentre as causas de mortalidade e, em Rondônia, ocupa o 3º lugar.

Critérios de Cura

Os critérios de cura são pela clínica, pela regressão dos sinais e sintomas, pelos exames, negatização do exame micológico. A estabilização radiológica, a negatização da sorologia e a cura aparente, que prevê um acompanhamento de dois anos do paciente, depois de terminado o tratamento.

Descrição

Histórico

Em Rondônia, a paracoccidiodomicose foi inicialmente discutida a partir de estudos realizados entre povos indígenas, particularmente os Suruis de Rondônia (Coimbra Jr., 1989). Foram detectados vários casos numa tribo, no Suruí, considerada uma epidemia, houve estudo, pesquisa, no período de 1989 e 1990. De lá para cá, este agravo vem sendo estudado pelo estado. Nos últimos nove anos, foram notificados 1245 casos. Os dados mostram que estes casos concentram-se na zona rural, em lavradores, expostos ao risco de adoecer devido a sua atividade, a incidência é pequena em menores de 14 anos e 90% dos casos são do sexo masculino, na faixa entre 30 e 40 anos de idade, fase mais produtiva de vida. O diagnóstico utilizado para confirmação dos casos é o micológico direto, sendo realizado em 23 Municípios que notificam os casos positivos. O Programa de Controle da Paracoccidiodomicose teve início no Estado, em 1995, com ações isoladas da FUNASA e com o processo de descentralização. A partir de 2000, passou a ser coordenado pelo Estado. Sendo então estabelecido um protocolo de atendimento, incluindo diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes acometidos. Atualmente, 324 pacientes estão sob tratamento. O custo medicamentoso desses pacientes é de R\$ 407.500,00 (quatrocentos e sete mil e quinhentos reais) ano, uma média de R\$1.258,00 (mil e duzentos e cinquenta e oito reais) por paciente/mês. Estes recursos são provenientes do Tesouro Estadual.

Objetivos

- Diagnosticar, tratar e acompanhar os pacientes acometidos com paracoccidiodomicose.
- Implementar o Programa em 23 dos 52 Municípios do Estado de Rondônia.
- Capacitar médicos, enfermeiros e bioquímicos para atender o programa de paracoccidiodomicose no que se refere ao tratamento e diagnóstico dos pacientes acometidos por este agravo.
- Ampliar as ações de controle através da regionalização.

Quanto à organização dos Serviços

Todos os 23 municípios têm esse programa implantado. A unidade básica de saúde é responsável pelo diagnóstico presuntivo. As unidades de referência recebem encaminhamentos da rede básica. Na unidade de referência são feitos os exames micológicos e raios-x; colhe-se material para cultura, sorologia, patologia, faz-se diagnóstico, acompanha o tratamento e a notificação. Os dados são consolidados pelas Secretarias Municipais de Saúde. Quando se detecta formas graves e a internação se faz necessária, temos o Hospital de Referência em Doenças Tropicais, CEMETRON, que cuida do paciente, faz o tratamento necessário inclusive dos efeitos colaterais e seqüelas. O hospital é também responsável por todo treinamento, capacitação dessa área hospitalar. O nosso laboratório central recebe material para análise e encaminha para a Fiocruz, realizar os exames. A coordenação estadual consolida, acompanha, planeja, repassa as informações para central de medicamentos que providencia a compra e cuida da distribuição aos municípios. Atualmente, Secretaria de Saúde de Rondônia, garante o tratamento e o medicamento e estabeleceu o protocolo estadual.

Resultados alcançados

- Realização de Seminário Estadual sobre PCM.
- Promoção de eventos em nível nacional sobre PCM.
- Participação de reuniões nacionais e estaduais sobre PCM.
- Capacitação de recursos humanos para realizar estudos sobre a PCM.
- Definição de unidade de referência ambulatorial e hospitalar.
- Padronização do tratamento nos 23 municípios de acordo com protocolo estadual.
- Participação na Criação do Comitê Nacional de Paracoccidiodomicose em Brasília MS/2002.
- Implantação do programa nos 23 municípios do Estado.
- Aquisição de medicamentos específicos.

- Acompanhamentos dos pacientes nas unidades básica de referencia.
- Redução da mortalidade.
- Redução de seqüelas graves.
- Supervisão sistêmica.
- Proposta de Pesquisa.

Conclusão

Desde 2001, o Estado de Rondônia através das ações e decisões políticas adotadas pela Secretaria Estadual de Saúde – SES/RO e parcerias com os Municípios motivaram o envolvimento de outros Estados no processo de discussão e sensibilização nacional para o controle deste agravo.

No momento estamos solicitando uma maior participação do Ministério da Saúde para estruturação do Programa em Nível Nacional, com elaboração de protocolo e tornando este agravo de notificação compulsória.

Destaca-se que este trabalho em Rondônia exigiu a participação e integração da área de epidemiologia e vigilância ambiental.

Responsáveis pelo projeto

Assessora Técnica Especial da SES/Rondônia
ELIANA PASINI

E-mail: epastec@sesau.ro.gov.br

Fone: (69) 3216-7348

Coordenadora Estadual do PCM da SES/Rondônia
SÔNIA MARIA DIAS DE LIMA

Fone: (69) 3216-5256

Eliminação da hanseníase e o controle da tuberculose

– TOCANTINS

Descrição

Levando em consideração a centralização das ações de planejamento, monitoramento e avaliação da SESAU/TO, na capital Palmas (as regionais de saúde encontram-se em fase de estruturação); alta prevalência da hanseníase (14,5 por 10.000 habitantes e a baixa detecção dos casos de tuberculose); municípios há mais de quatro anos sem supervisão; a vasta extensão territorial, em torno de 277.620 Km; a excelente cobertura populacional das equipes Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários, atentamos para a proposta de regionalização das ações de eliminação da hanseníase e tuberculose, subdividindo o Estado em seis regiões, a partir do número de ESF/região.

Sensibilizamos os gestores destas regiões quanto à importância da proposta e a disponibilidade dos profissionais da rede, um médico e um enfermeiro, para o desenvolvimento deste projeto (junto aos mesmos, identificaríamos estes profissionais através de um perfil previamente definido de acordo com as necessidades destes dois agravos). Após a identificação dos profissionais, pactuamos na CIB – Estadual, o Projeto de Assessoria Regionalizada e, portanto iniciamos a capacitação das equipes compostas por um médico, um enfermeiro e um técnico da SESAU, numa carga horária de 80 horas, divididas em duas etapas de 40 horas.

O conteúdo programático foi definido num processo de interfaces com a Vigilância Sanitária, Atenção Básica, Planejamento, Imunização, LACEN, FUNASA, Sistema Prisional e RNIS, onde os mesmos apresentaram as demandas necessárias para o bom andamento do projeto. Definimos as ações a serem desenvolvidas em cada última semana do mês, assessorando três municípios, totalizando 18 municípios/mês, até dezembro de 2005. Desenvolvendo atividades, como: implantação do HANSWIN; atualização do banco de dados; análise dos prontuários dos pacientes MH e TB; discussão dos casos clínicos dos pacientes; capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde em sinais e sintomas dos dois agravos; sensibilização da comunidade; entrega de material didático e fichas padronizadas pelas Coordenações Estaduais; implantação do LIVRO DE REGISTRO DE CASOS DE HANSENÍASE; acompanhamento dos indicadores do SISPACTO e PPI – VS; discussão das ações das equipes de saúde indígenas locais;

acompanhamento dos asilos; sistema prisional e cadastramento dos médicos na vigilância sanitária em prescrição da Talidomida.

RECURSOS FINANCEIROS

Atividade	Valor em real	Fonte	Anual
Capacitação das equipes volantes	8.800,00	ONG - NLR	-
Pagamento de incentivo (equipes)	36.000,00	SESAU/MS	108.000,00
Aluguel de 03 veículos/mês	3.780,00	ONG - NLR	11.340,00
Diárias dos motoristas	5.760,00	ONG - NLR	17.280,00
03 transportes/mês	1.500,00	SESAU	9.000,00
Material Didático	500,00	SESAU	3.000,00
Total	56.340,00		148.620,00

Objetivo

Ofertar uma assessoria técnica regionalizada aos municípios / profissionais que atuam na rede básica, no tocante ao fortalecimento das ações de vigilância, visando a redução da prevalência da hanseníase e o aumento da detecção dos casos de tuberculose.

Resultados alcançados/parciais

A redução da prevalência da hanseníase de 14,5 para 12,06 por 10.000 habitantes; o aumento do número de médicos cadastrados na vigilância sanitária (num universo de 278 ESF completas com profissionais médicos, passamos de 42 inscritos para 86, ou seja, de 15% para 30%).

Responsável pelo projeto

Coordenadora Estadual do Plano
de Eliminação da Hanseníase – SES/Tocantins
ADRIANA CAVALCANTE FERREIRA
E-mail: hanseníase@saude.to.gov.br
Fone: (63) 3218-1731

