



## RESUMO EXECUTIVO

Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite do dia 17/06/04

### PAUTA

#### A. Homologação

- 1) Habilitação de municípios
- 2) Habilitação de estados - informe
- 3) Qualificação de estados e municípios para o recebimento do Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST – CNDST/AIDS
- 4) Certificação de estados e municípios à gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças
- 5) Homologação da programação pactuada de Vigilância Sanitária

#### B. Temas para discussão e pactuação

##### 1 Financiamento

- a) Alocação de recursos – SE

##### 2 Atenção à Saúde

- a) Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS – SAS/Inca
- b) Saúde bucal – SAS
- c) Financiamento dos procedimentos cirúrgicos de média complexidade – SAS
- d) PAB fixo para população residente em assentamentos – SAS
- e) Regulamentação do trabalho de médicos da equipe de saúde da família em hospitais de pequeno porte - SAS

##### 3 Gestão

- a) Recurso do município de Vitória da Conquista/BA - SE
- b) Fluxo dos recursos de estados e municípios aos fóruns de pactuação e de deliberação - SE

#### C. Temas para apresentação e debate

##### 1 Assistência Farmacêutica

- a) Política de Assistência Farmacêutica

##### 2 Atenção à saúde

- a) Alteração do valor do PAB – SAS
- b) Equipe em transição para a Saúde da Família – SAS
- c) Política de atenção em otorrinolaringologia e cirurgia cervical e facial de alta complexidade – SAS
- d) Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – SAS
- e) Saúde auditiva – SAS

##### 3 Política de Vigilância à Saúde

- a) Financiamento de Casas de Apoio para adultos vivendo com HIV/Aids – SVS

#### D. Informes

##### 1 Atenção à Saúde

- a) SAMU

## **II. DESENVOLVIMENTO**

### **A. HOMOLOGAÇÃO:**

Foi solicitado pelo Conasems incluir na pauta informe sobre Cartão SUS e modificação na Portaria do código 45.

**A.1 Habilitação de municípios** – foi homologada a habilitação de 39 municípios em Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada – GPABA para a competência julho. A partir da competência julho estão habilitados conforme a Noas, 1.746 municípios em GPABA e 203 municípios em GPSM.

**A.2 Habilitação de estados:** não foi apresentado nenhum novo pleito e os pleitos dos estados de PE e ES continuam na mesma situação informada na CIT de maio.

**A.3 Qualificação de estados e municípios para o recebimento do Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST** – qualificação do município de Ouricuri a partir da competência julho. Os três municípios que ainda não estão qualificados estarão apresentando o pleito até o dia 30 de junho.

**A.4 Certificação de estados e municípios à gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças** – a CIT homologou a certificação de 08 municípios para competência julho, totalizando 5097 municípios certificados.

**A.5 Homologação da programação pactuada de Vigilância Sanitária** – não foi apresentado nenhum processo para homologação.

**A.6 Qualificação de microrregião** – o Conasems solicitou providências sobre a qualificação da microrregião de Quixadá/CE. O coordenador da reunião informou que o Ministério apresentou no Grupo de Trabalho de Gestão do SUS proposta de que a discussão do tema seja adiada para a reunião da CIT de julho a fim de que seja realizado um levantamento do impacto financeiro dessas qualificações e a sua vinculação aos temas da regionalização e financiamento. Os estudos já estão sendo realizados pelo Ministério da Saúde. O Conasems insistiu que o tema seja apresentado o mais rápido possível, pois as normas que estão em vigor dão condições de qualificar as microrregiões. O Secretário Executivo do Ministério da Saúde informou que não há recursos previstos no orçamento para essa qualificação e é necessário verificar quais os recursos dos estados e do governo federal para microrregiões e se faça uma programação, um cronograma para que no próximo ano se inicie esse processo. Ficou acordado que na próxima CIT o assunto será definido.

### **B. TEMAS PARA DISCUSSÃO E PACTUAÇÃO**

**B.1. Alocação de recursos** – o Ministério da Saúde propôs a data de 30 de julho para a apresentação de propostas de credenciamento de novos serviços públicos que tiveram recursos de investimentos do Reforsus ou outros recursos públicos de investimento; as propostas deverão conter informações sobre a fonte do investimento, a capacidade instalada, a situação atual e o elenco de ações do serviço. O estado do Maranhão e os estados da região Norte, com exceção do estado de Tocantins têm assegurado recursos da ordem de R\$ 44 milhões para correção das iniquidades. Todos os estados deverão enviar as propostas de serviços novos a serem credenciados até o dia 30 de julho, no entanto o processo poderá ser agilizado se houver consenso entre Conass e Conasems. O Conass registrou que há problemas no âmbito dos estados por causa das dificuldades da CIT de pactuar a política de medicamentos de dispensação em caráter excepcional e os recursos financeiros para correção das iniquidades e observou que é importante pactuar esses assuntos para 2005; considerou positiva a proposta de definição de um prazo para a apresentação das propostas. O Conasems comentou sobre os critérios de alocação dos recursos e ressaltou os consensos que há neste assunto como o fortalecimento das unidades microrregionais e implantação das PPI; sobre os critérios para incorporação de novos serviços, sugeriu acrescentar como critério o cumprimento da EC 29 e as unidades de média e alta complexidade que atendem urgência/emergência, para aprovação dos pleitos municipais. O Secretário de Atenção à Saúde informou que os pleitos que apontarem a

contrapartida de estados e municípios poderão ter prioridade. O Conass solicitou a discussão do encontro de contas do TRS no GT de Financiamento. Foi aprovada a data de 30 de julho para apresentação das propostas de credenciamento dos novos serviços e o GT de Financiamento continuará a discussão sobre alocação de recursos para 2005 e os critérios a serem pactuados para alocação dos recursos de 2004.

**B.2 Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS** – o tema foi pautado na CIT porque ficaram alguns pontos para estudo no Grupo de Trabalho de Atenção à Saúde que acordou a proposta de que cada gestor deverá definir em que unidade de saúde será realizada a abordagem e o tratamento do tabagismo na rede SUS; a sugestão do Ministério da Saúde é de que seja hierarquizado. O Conasems solicitou que a portaria seja publicada apenas quando houver garantia da entrega dos medicamentos nos municípios, a fim de que os gestores possam iniciar a implantação da abordagem e do tratamento com todos os recursos necessários. A matéria foi aprovada conforme proposta pelo Grupo de Trabalho, levando em conta a solicitação do Conasems.

**B.3 Saúde bucal** – o objetivo dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO é ofertar procedimentos de endodontia, periodontia, ortodontia, dentística de maior complexidade, procedimentos cirúrgicos, tratamento de lesões bucais e prótese; implantar laboratórios públicos para a confecção de próteses dentárias e garantir o acompanhamento dos pacientes reabilitados. O seu financiamento será global para o conjunto dos procedimentos, com exceção para a prótese dentária. Se o CEO tiver três gabinetes odontológicos deverá receber R\$ 6.600,00 ao mês e R\$ 8.800,00 se tiver quatro ou mais gabinetes. O valor da prótese dentária será R\$ 30,00 e será paga com recursos do FAEC. O valor que hoje os estados e municípios gastam com a prótese dentária não será retirado dos tetos apesar dos recursos passarem a ser pagos pelo FAEC. Os serviços que já existem hoje já estão sendo vistoriados e os que tiverem o perfil serão automaticamente credenciados. O Ministério informou que além de adquirir os gabinetes odontológicos e equipamentos de laboratório de prótese que já estão em processo de compra, será repassado fundo a fundo para os gestores, um incentivo inicial para adequação do espaço físico dos CEO, no valor de R\$ 50.000,00 para cada unidade; esse recurso será enviado logo aos estados e municípios desde que seja assinado um termo de compromisso de que se o recurso não for aplicado e o serviço não entrar em funcionamento num determinado prazo, o valor será descontado dos repasses futuros ao gestor. O Conasems apresentou algumas ponderações: a) o recurso federal é insuficiente para a manutenção dos CEO de âmbito regional e não apenas os municípios da região devem colaborar no seu financiamento, mas também os estados; b) se não houver pacto com o estado no financiamento o cadastramento da unidade deverá ser municipal. O Conass comentou que os recursos financeiros federais não são suficientes para a implantação dos CEO, conforme estudos realizados pela SES do Ceará, mas ressaltou que o Conass é parceiro nessa proposta; observou que a participação dos estados no financiamento não foi discutida na assembléia do Conass, mas entende que deverá ser objeto de pactos locais; solicita esclarecimentos sobre a situação do financiamento dos CEO que tiverem mais de quatro gabinetes uma vez que há informações desconhecidas sobre o tema. O MS sugeriu que seja retomada a discussão dos parâmetros da referência populacional e como tratar os serviços que extrapolem a quantidade de quatro gabinetes. Foi aprovada a seguinte proposta: a participação dos gestores municipais e estaduais no financiamento dos CEO deverá ser definida nos âmbitos local e regional; se a unidade for financiada apenas com recursos do município e do governo federal deverá ser cadastrada como unidade municipal; deverá ser retomada a discussão dos parâmetros da referência populacional e como será o financiamento federal dos serviços que extrapolem a quantidade de quatro gabinetes.

**B.4 Financiamento dos procedimentos cirúrgicos de média complexidade** – o Grupo de Trabalho de Atenção à Saúde acordou encaminhar à CIT os seguintes pontos: a) incluir no financiamento os municípios com menos de 50 mil habitantes que sejam pólos de

microrregião de no mínimo 50 mil habitantes; b) o elenco de procedimentos apresentado pelo Ministério da Saúde será um elenco indicativo e prioritário com a possibilidade dos gestores apresentarem a inclusão de outros procedimentos cirúrgicos de média complexidade conforme a sua necessidade local, devidamente justificados e aprovados pelo Conselho de Saúde e pela Comissão Intergestores Bipartite; c) serão realizadas avaliações do impacto das cirurgias de média complexidade, do impacto da implantação das políticas de alta complexidade recém aprovadas na CIT para depois formular uma proposta para o financiamento dos procedimentos de alta complexidade. A matéria foi aprovada conforme apresentada pelo Grupo de Trabalho.

**B.5 PAB fixo para população residente em assentamentos** – Para atender demandas dos municípios o Ministério da Saúde considerará, apenas para cálculo do PAB-fixo, a população assentada pelo Ministério do Desenvolvimento Agrário, após o Censo-2000, com atualização anual em junho. No período de 2000 a 2003 são 990 municípios, com 353.235 habitantes assentados. São aproximadamente R\$ 2 milhões de novos recursos financeiros que serão transferidos a partir da competência agosto. O Conasems solicitou a lista dos municípios por estado. O Conass solicitou a realização de estudos sobre financiamento especial para a atenção básica em municípios de fronteira com outros países. A matéria foi aprovada como apresentada.

**B.6 Regulamentação do trabalho de médicos da equipe de saúde da família em hospitais de pequeno porte** – Condições para trabalhar nos hospitais de pequeno porte: adesão do município à Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte (Portaria GM/MS n.º 1.044 / 04); hospital com até 30 leitos, no mesmo município das equipes e seja a referência para a atenção secundária; carga horária do médico: até 8h no hospital e as demais 32h na área adscrita da equipe; as equipes possuam área de abrangência definida e a população adscrita a cada equipe não seja superior a 4.500 pessoas; a comunidade seja informada, claramente, sobre o cronograma de atividades da equipe, que deve estar afixado em local visível; o município elabore um “Plano de Integração da Saúde da Família com o Hospital de Pequeno Porte”, submetido ao Conselho Municipal de Saúde e encaminhado à SES para avaliação e aprovação pela CIB. O Conass chamou a atenção para o fato de que o item que trata da adesão do município à política para os pequenos hospitais como condição para o trabalho dos médicos da equipe de saúde da família é restritivo e não foi discutido na assembléia do Conass pois não constava na proposta anterior. A matéria foi aprovada.

**B.7 Recurso do município de Vitória da Conquista/BA** – após o encaminhamento do recurso do município à CIT a CIB/BA decidiu fazer uma revisão na PPI do estado para identificação de possíveis distorções e ajustes pontuais, bem como o recadastramento dos estabelecimentos de saúde; foi realizada uma reunião no estado com a participação de representantes do Ministério da Saúde, Conasems, Cosems, SES e a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista e foi pactuado um cronograma para a definição de critérios e para a realização dos ajustes na PPI do estado, com prazo até o dia 31 de agosto. O recurso está suspenso enquanto o assunto está sendo tratado pela SES/BA.

**B.8 Fluxo dos recursos de estados e municípios aos fóruns de pactuação e de deliberação** – foi apresentada a proposta de portaria que regulamente apenas o fluxo dos recursos dos municípios no âmbito das instâncias intergestores, ficando a instância dos Conselhos, que reconhecidamente sempre serão instâncias de recurso, para deliberação do Conselho Nacional de Saúde. O Conasems apresentou os seguintes comentários: a) solicitou a inclusão do item que estava na versão anterior da portaria definindo que as entidades participantes da CIT podem a qualquer momento solicitar a suspensão temporária da decisão da CIB enquanto o recurso tramita; b) retirar da portaria que os municípios precisam elaborar nova argumentação no caso de reapresentar o recurso à CIB ou à CIT. O Conass solicitou que o assunto seja sobrestado para ser tratado na próxima reunião. O Grupo de Gestão do SUS vai apreciar a portaria agregando as sugestões apresentadas e o assunto será tratado na próxima CIT.

## **C. Temas para apresentação e debate**

**C.1 Equipe em transição para a Saúde da Família** – objetivo: induzir o processo de transição para a estratégia Saúde da Família a partir da rede existente. Reorganização da Atenção Básica com base nas diretrizes da SF: constituição de uma equipe com incorporação do ACS; territorialização/adscrição de clientela; construção de vínculo e responsabilização; enfoque na família e na comunidade; garantia da integralidade da atenção; adoção da atenção domiciliar; educação permanente dos profissionais; utilização de instrumentos de acompanhamento e avaliação; desenvolvimento de ações intersetoriais; estímulo à participação e ao controle social. Composição da equipe em transição: 1 enfermeiro (40 h/semana); 1 auxiliar ou técnico em enfermagem (40h/ semana); 4 a 6 ACS (40 h/semana cada); 2 médicos (20 h/semana cada) – turnos diferentes, com garantia de atendimento em clínica médica, pediatria e gineco-obstetrícia; 1 ACD ou THD (40 h/semana); 1 Dentista (40 h/semana) ou; 2 Dentistas (20 h/semana cada) – turnos diferentes. Cobertura: 2.400 a 4.500 pessoas por equipe incluídas no cálculo da cobertura da SF e não incluídas no cálculo da meta de expansão do PROESF. O processo de implantação deverá ser semelhante ao da Saúde da Família. Financiamento: apenas para equipes implantadas em unidades cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde com 40% do incentivo do Saúde da Família e 40% do incentivo SB – para 2 Dentistas 20 h. acrescido do incentivo PACS: R\$ 260,00 por ACS/mês; 100% do incentivo SB – para 1 Dentista 40 h. O Conasems chamou a atenção para a preservação do Programa de Saúde da Família tendo em vista que este é um outro modelo; solicitou a mudança no nome do projeto e o aumento do valor do financiamento para 50%. O Conass solicitou informação sobre o impacto financeiro da proposta; qual o mecanismo de acompanhamento e avaliação para garantir a mudança de perfil; qual a estratégia para garantir a diferenciação do PSF atual.

**C.2 Alteração do valor do PAB** – o assunto foi retirado da Pauta para ser discutido no Grupo de Trabalho da Atenção Básica.

**C.3 Política de Assistência Farmacêutica** – o Secretário de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos informou que em 2004 houve um acréscimo de 46,8% dos recursos transferidos aos estados para medicamentos de dispensação em caráter excepcional; há uma proposta de aquisição desses medicamentos pelos estados, tendo como referência o registro nacional de preços. O Conass ponderou que com o aumento do elenco de medicamentos os estados estão gastando mais, sem um aporte de novos recursos para isso; defendeu a correção da Tabela com base em 100% do menor valor de aquisição em compras públicas; necessidade de elaboração de uma política nacional para esses medicamentos e a sua regulamentação; é necessário ter clareza no que vai se pactuar na política de assistência farmacêutica. O Conasems expressou que não concorda com a compra centralizada dos kits de medicamentos de atenção básica e que não foi pactuada na CIT; solicita que seja pautada a discussão da assistência farmacêutica básica, em caráter de urgência, incluindo o reajuste do valor do incentivo; defende a manutenção dos pactos existentes na assistência farmacêutica básica e a não centralização das compras; propõe a construção de uma política nacional de assistência farmacêutica de forma tripartite. A matéria continuará a ser discutida no Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica.

**C.4 Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva** – a nova organização visa: a estruturação de redes de serviços regionalizada e hierarquizada que estabeleça uma linha de cuidados integrais e integrados no manejo das principais causas da deficiência auditiva com vistas a minimizar o dano da deficiência auditiva na população; a possibilidade de êxito de intervenção na história natural da deficiência auditiva através de ações de promoção e prevenção, em todos os níveis de atenção à saúde por intermédio de equipe multiprofissional e interdisciplinar, utilizando-se de métodos e técnicas terapêuticas específicas; garantir o acesso da população brasileira aos procedimentos de saúde auditiva; aprimorar os regulamentos técnicos e de gestão em relação a reabilitação auditiva

no país; implementar o processo de regulação, fiscalização, controle e avaliação da atenção ao portador de deficiência auditiva, com vista a qualificar a gestão pública e acompanhar os custos elevados dos procedimentos de reabilitação auditiva; fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem o estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como a incorporação tecnológica, do processo da reabilitação auditiva no Brasil; definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento e avaliação dos serviços que realizam reabilitação auditiva, bem como os mecanismos de sua monitoração com vistas a potencializar os resultados da protetização; contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta de dados, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, permitindo que a partir de seu desempenho seja possível um aprimoramento da gestão, disseminação das informações e uma visão dinâmica do estado de saúde das pessoas portadoras de deficiência auditiva; qualificar a assistência e promover a educação continuada dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, em acordo com os princípios da integralidade e humanização; criar uma Câmara Técnica, subordinada à Secretaria de Atenção à Saúde, com o objetivo de acompanhar a implantação e implementação da política. Componentes fundamentais da Política: 1) Atenção Básica: realizar ações de caráter individual ou coletivo, voltadas para a promoção da saúde auditiva e prevenção dos problemas auditivos, junto a comunidade, bem como às ações informativas e educativas e de orientação familiar, cuja regulamentação será definida em Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde; 2) Média complexidade: realizar atenção diagnóstica, protetização e reabilitação especializada garantida a partir do processo de referência e contra referência do paciente portador de deficiência auditiva – pessoas acima de três anos, trabalhadores e idosos; 3) Alta complexidade: realizar atenção diagnóstica, protetização e reabilitação especializada garantida a partir do processo de referência e contra referência do paciente portador de deficiência auditiva, para crianças até três anos de idade, pacientes com afecções associadas (neurológicas, psicológicas, síndromes genéticas, cegueira, visão subnormal), perdas unilaterais e daqueles que apresentarem dificuldade na realização da avaliação audiológica em serviço de menor complexidade; regulamentar o acesso ao Implante Coclear e assegurar qualidade da realização do procedimento. As ações de Média e Alta Complexidade devem ser organizadas segundo o Plano Diretor de Regionalização de cada Unidade Federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde. Para desempenhar as ações neste nível de atenção, serão criados Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade e Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Implante Coclear, cujas regulamentações serão definidas em Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde; 4) Plano de Prevenção, Tratamento e Reabilitação das Pessoas Portadoras de Deficiência Auditiva; 5) Regulamentação suplementar e complementar por parte dos estados e municípios, com objetivo de regular a atenção à saúde do portador de deficiência auditiva; 6) Regulação, fiscalização, controle e avaliação das ações da atenção à saúde do portador de deficiência auditiva serão de competência das três esferas de governo; 7) Sistema de Informação que possa oferecer ao gestor subsídios para tomada de decisão para o processo de planejamento, regulação, avaliação e controle e promover a disseminação da informação; 8) Protocolos de conduta em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, regulação, avaliação e controle; 9) Capacitação e educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção; 10) Acesso aos medicamentos. O Conass e o Conasems se dispuseram a indicar técnicos para aprofundar o detalhamento da proposta visando sua implantação.

**C.5 Política de atenção em otorrinolaringologia e cirurgia cervical e facial de alta complexidade** – institui a Rede Nacional de Atenção de Assistência em Otorrinolaringologia e Cirurgia Cervical e Facial de Alta Complexidade através da organização e implantação de Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção em Alta

Complexidade em Otorrinolaringologia e Cirurgia Cervical e Facial (Anexo III). O Grupo de Trabalho de Atenção à Saúde continuará trabalhando na proposta apresentada.

**C.6 Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde** – o objetivo geral do programa é avaliar a Eficiência, Eficácia e Efetividade das Estruturas, Processos e Resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde na busca da resolubilidade e qualidade (Anexo IV).

**C.7 Financiamento de Casas de Apoio para adultos vivendo com HIV/Aids** – a proposta apresentada esclarece que as Casas de Apoio no controle das infecções pelo HIV exercem um papel fundamental pois acolhem os pacientes com HIV/Aids; fornecem assistência; proporcionam acesso aos serviços de saúde; promovem adesão ao tratamento; minimizam agravos físicos e psicológicos de longa internação; melhoram a qualidade de vida (Anexo V ). O tema será discutido no Grupo de Trabalho de Gestão do SUS.

#### **D. Informes**

**D.1 SAMU** – de fevereiro até junho de 2004 foram incorporados 12 SAMU, no mês de junho devem ser incorporados mais dois e estão faltando apenas mais dois para atingir a metade 16 que seriam incorporados ao SAMU nacional. As 1480 ambulâncias adquiridas pelo Ministério da Saúde já estão sendo distribuídas em lotes a partir de junho. Está sendo realizada a licitação de equipamentos para as unidades de suporte avançado. Os gestores receberão o software para regulação que está sendo licitado. No mês de junho está sendo realizado um seminário em Aracaju com as equipes do SAMU e de saúde mental para estudar um trabalho integrado de atenção às urgências em saúde mental com o SAMU. O projeto de captação de órgãos é outra meta que deverá ser avaliada para implantação no SAMU.

## Anexo I

### Municípios pleiteantes à gestão plena de atenção básica ampliada em 17/06/04

UF	COD_IBGE	MUNICIPIO
BA	291040	Encruzilhada
BA	291710	Itororó
CE	230220	Beberibe
CE	230530	Ibiapina
MA	210300	Caxias
MA	211230	Tuntum
MG	310120	Aiuruoca
MG	310130	Alagoa
MG	311190	Cana Verde
MG	311390	Carmo da Cachoeira
MG	313450	Itutinga
MG	313545	Jenipapo de Minas
MG	316200	São Gonçalo do Sapucaí
MG	316640	Seritinga
MG	316700	Serranos
MG	316780	Soledade de Minas
PA	150503	Novo Progresso
PA	150803	Tracuateua
RN	240240	Carnaúba dos Dantas
RN	240480	Ipueira
RS	430511	Centenário
RS	431446	Pinhal da Serra
SC	420253	Bom Jesus
SC	420445	Coronel Martins
SC	421185	Ouro Verde
SC	421340	Ponte Serrada
SC	421910	Vargeão
SP	350075	Alambari
SP	350115	Alumínio
SP	350535	Barra do Chapéu
SP	351570	Ferraz de Vasconcelos
SP	351850	Guareí
SP	351925	Iaras
SP	352240	Itapeva
SP	352265	Itapirapuã Paulista
SP	353060	Moji das Cruzes
SP	353820	Pinhalzinho
SP	354310	Ribeirão Corrente
SP	355250	Suzano

**Total 39 municípios**



## Anexo II

### Certificação de municípios ao Incentivo de Epidemiologia e Controle de Doenças, por estado

UF	CERTIFICAÇÃO		PENDÊNCIAS
	Estado	Municípios	
<b>Acre</b>	Já certificado	01	✓ Não
<b>Piauí</b>	Já certificado	01	✓ Faltam os valores do TFECD do município de Pau D'Arco do Piauí
<b>Rio Grande do Sul</b>	Já certificado	06	✓ Não
<b>TOTAL</b>		<b>08</b>	

CIT-Junho/2004

### **Anexo III**

## **Política de atenção em otorrinolaringologia e cirurgia cervical e facial de alta complexidade**

- Institui a Rede Nacional de Atenção de Assistência em Otorrinolaringologia e Cirurgia Cervical e Facial de Alta Complexidade através da organização e implantação de Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção em Alta Complexidade em Otorrinolaringologia e Cirurgia Cervical e Facial(ORLCCF) ;

As Redes serão compostas por:

- Unidades de Assistência em Alta Complexidade em ORLCCF;
- Centros de Referência em Alta Complexidade em ORLCCF.

Obs.: os parâmetros populacionais p/ unidades e centros serão definidos.

Estabelecer a obrigatoriedade do preenchimento dos seguintes instrumentos de controles e avaliações:

1 - Formulários de registros: “Registro Brasileiro de Implante Coclear e Acompanhamento destes Pacientes” e “Registro Brasileiro de Protetização e Acompanhamento destes pacientes portadores de Aparelhos de Amplificação Sonora Individual - AASI”, a partir das Diretrizes de Indicações específicas.

2 - Relatórios Anuais de Avaliação de Qualidade e Satisfação do Usuário, nas Unidades de Alta e de Média Complexidade, em procedimentos relativos a deficiência auditiva.

- Definir Unidades e Centros:

- ❖ Unidades de Assistência em Alta Complexidade ORLCCF: a unidade hospitalar que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada a pacientes portadores de doenças do sistema auditivo, respiratório superior, patologias cervicais e malformações, tumores e traumas crânio maxilo facial;

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

- Unidades de Assistência em Alta Complexidade em Otorrinolaringologia e Cirurgia Cervical e Facial poderão prestar atendimento nas áreas abaixo descritas.

- a- Serviço de Assistência de Alta Complexidade Otologia;
- b- Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Rino-sinusal;
- c- Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Orofaringolaríngea;
- d- Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cervical;
- e- Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cranio Maxilo Facial;
- f- Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Ortognática;
- g- Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Implantes Odontológicos Ósteo-Integrados;
- h- Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Avaliação e Tratamento de Pacientes Portadores Distúrbios do Sono.As Unidades de Assistência de Alta

Complexidade em ORLCCF para fins de credenciamento deverão oferecer, obrigatoriamente:

- a- No mínimo, um dos seguintes conjuntos de serviços:

- Otologia
- Cirurgia Rino-sinusal, Orofaringolaríngea e Cervical;
- Cirurgia Cranio Maxilo Facial,
- Ortognática e Implantes Odontológico Ósteo- Integrados;

- Cirurgia Rino-sinusal, Orofaringolaríngea e Avaliação e Tratamento dos Pacientes Portadores Distúrbios do Sono
- Cirurgia Cervical.

b- Ambulatório Geral de ORLCCF – quantificação de consultas e procedimentos a serem definidos;

c- Execução de todos os procedimentos listados, de média e alta complexidade, para cada grupo de serviços a que venha atender (Anexo III);

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

e- Atendimento de Urgência/Emergência referida em Otorrinolaringologia, nos serviços a que venha a executar.

## **Anexo IV**

### **PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE 2004/2005**

#### **INTRODUÇÃO**

- Avaliação de Serviços e Sistemas de Saúde (Saúde Coletiva)
- Supervisão, Avaliação e Auditoria de Serviços de Saúde (Controle, Avaliação e Auditoria)
- Inspeção Sanitária dos Serviços de Saúde (Vigilância Sanitária)
- Acreditação de Serviços Hospitalares (Gestão Hospitalar)
- Prêmios Nacionais de Qualidade e Pesquisas de satisfação de usuários (Gestão Pública)
- Sistemas de Regulação e Avaliação da Atenção

#### **PNASH**

- 1998 - Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASH
- 2001 e 2002 – PNASH sistematizado com ferramenta na Internet
- PNASH Psiquiatria – 2002 e 2003/04 – Instrumento de gestão
- Base normativa: Pt GM/MS nº 3.408, de 05/08/98, Pt SAS nº 399, de 27/09/01, Pt GM/MS nº 878, de 08/05/02, Portaria GM nº 935, de 24/05/02.
- Prêmio Nacional de Qualidade Hospitalar/01.
- INTEGRASUS

#### **AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO COM FOCO NOS SERVIÇOS ENQUANTO INSTRUMENTO DE GESTÃO**

##### **OBJETIVO GERAL**

Avaliar a Eficiência, Eficácia e Efetividade das Estruturas, Processos e Resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde na busca da resolubilidade e qualidade.

##### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Implementar a cultura avaliativa nos sistemas e serviços de saúde, como instrumento de apoio à gestão do SUS.
- Ⓣ Produzir conhecimento qualitativo da rede de serviços de saúde que incorpore as lógicas do cidadão e do trabalhador.
- Ⓣ Possibilitar sistemas de monitoramento de indicadores de produção SIA e SIH para avaliação de serviços de saúde.
- Ⓣ Permitir aos gestores a intervenção imediata nas oportunidades de melhoria.
- Ⓣ Incorporar o conceito de padrões de qualidade aos serviços de saúde
- Ⓣ Possibilitar a integração da equipe gerencial das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

##### **ESTRUTURAÇÃO DA NOVA PROPOSTA**

- Instituído o Grupo de Trabalho de Avaliação de Serviços de Saúde com os vários parceiros da SAS, ANVISA, SEGETES, SGP e DENASUS.
- Elaboração de proposta preliminar.
- Visita técnica de validação através de roteiros técnicos e aplicação de entrevistas realizadas pelas equipes de controle, avaliação, auditoria e vigilância sanitária.
- Apresentação aos fóruns estratégicos de gestores.

##### **AVALIAR O QUE? AMPLIANDO O OLHAR**

- Desafios da ampliação dos serviços a serem avaliados e sua grande diversidade

- Períodicidade bianual
- Definição de abrangência
- HOSPITAIS: 5.881
- AMBULATÓRIOS ESPECIALIZADOS: 5.378
- SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ISOLADOS: 513
- CACON: 240
- TRS: 589
- Total: 12607

## **AVALIAR COMO? DIMENSÕES DA ANÁLISE**

### **QUATRO EIXOS AVALIATIVOS**

- Revisão das dimensões técnicas e de usuários
- Incorporação das dimensões do trabalhador e das informações da produção.
- Roteiro de avaliação de padrões de conformidade
- Pesquisa de satisfação dos usuários
- Pesquisa das condições, das relações e da qualidade do trabalho.
- Análise de Indicadores de produção SIA e SIH

### **ROTEIRO DE AVALIAÇÃO DE PADRÕES DE CONFORMIDADE**

- Vinte e um itens, podendo ser não aplicável.
- Cada item com seis assertivas.
- Duas imprescindíveis
- Duas necessárias
- Duas recomendáveis
- Não há item não aplicável.
- Auto preenchimento com validação através de inspeção, verificação e documentação.

### **ROTEIRO DE AVALIAÇÃO DE PADRÕES DE CONFORMIDADE**

- Bloco I – Gestão Organizacional

Liderança e Estratégias; Usuários e Sociedade; Gestão da Informação e Gestão de Pessoas.

- Bloco II – Apoio Técnico e Logístico

Gerenciamento de Risco, Gestão da Infra-Estrutura Física, Gestão de Equipamentos, Gestão de Materiais, Higiene do Ambiente e Processamento de Roupas, Alimentação e Nutrição e Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia.

### **ROTEIRO DE AVALIAÇÃO DE PADRÕES DE CONFORMIDADE**

#### Bloco III – Gestão da Atenção à Saúde

- Humanização da Atenção
- Atenção Imediata - Urgência/Emergência (inclusive serviços isolados)
- Atenção em Regime Ambulatorial de Especialidades (inclusive serviços isolados)
- Atenção em Regime de Internação, Atenção em Regime de Terapia Intensiva
- Atenção Cirúrgica e Anestésica
- Atenção Materno-infantil
- Atenção Radioterápica (inclusive serviços isolados)
- Atenção Quimioterápica (inclusive serviços isolados)
- Atenção ao Renal Crônico - Terapia Renal Substitutiva (inclusive serviços isolados)

### **PESQUISA DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS**

- Agilidade no agendamento da consulta
- Agilidade no atendimento
- Acolhimento e humanização
- Conforto
- Limpeza

- Sinalização
- Confiança
- Roupas
- Alimentação
- Ruído

●

### **PESQUISA DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS**

- Questionário com cerca de 14 questões, sendo algumas específicas para atendimento eletivo (tempo de espera para o agendamento) e outras para internação (alimentação, roupas e ruído)
- Expectativa, percepção e satisfação
- A pesquisa de satisfação é amostral
- Amostra calculada de acordo com a produção e porte dos serviços.

### **PESQUISA DAS CONDIÇÕES, RELAÇÕES E QUALIDADE DE TRABALHO**

- Condições, relações e qualidade do trabalho
- Clima organizacional
- Percepção da qualidade do serviço
- Cumprimento de carga horaria
- Contrato de trabalho
- Organização do processo de trabalho
- Educação Permanente
- Indicação do serviço

### **ANÁLISE DE INDICADORES**

- Gerados pelo Sistema através de informações do CNES, SIA e SIH
- Indicadores de Estrutura. Processo e Resultado
- Análise pela tendência e adequação
- Tipologia específica dos serviços.
- Traduzem inconsistências do próprio sistema de informações

### **RESULTADOS**

- Quatro avaliações sob diferentes lógicas
- Várias possibilidades de agrupamento.
- Retroalimentação à Estados e Municípios.

●

### **CRONOGRAMA**

Elaboração da proposta e dos roteiros técnicos - agosto/03 a junho/04

Apresentação ao CONASS, CONASEMS e CIT - Junho/04

Apresentação em oficina nacional aos estados e municípios, para validação dos roteiros técnicos e pactuação do cronograma - Junho/04

Desenvolvimento do sistema informatizado - Julho e agosto/04

Capacitação das equipes estaduais e municipais - Julho e Agosto/04

Aplicação e alimentação dos dados pelos gestores - Agosto a dezembro/04

Análise e retroalimentação das informações - janeiro a julho/05

Elaboração edição 2006 - agosto a dezembro/05

## Anexo V

### Financiamento de Casas de Apoio para adultos vivendo com HIV/Aids

#### NORTEADORES DA PROPOSTA:

1- Papel fundamental das Casas de Apoio no controle das infecções pelo HIV:

- a) acolhem os pacientes com HIV/Aids;
- b) fornecem assistência;
- c) proporcionam acesso aos serviços de saúde;
- d) promovem adesão ao tratamento;
- e) minimizam agravos físicos e psicológicos de longa internação;
- f) melhoram a qualidade de vida;

2- Direito à vida e à saúde previstos na CF:

- a) equidade na atenção à saúde;
- b) redução das desigualdades;
- c) ampliação do acesso à saúde para garantia da universalidade;
- d) política pública social mais ampla;
- e) condição peculiar do portador de HIV/Aids;

3- Caráter de urgência que permeia as questões inerentes ao HIV/Aids.

4- proposta de Seguridade Social, destinada a assegurar os direitos relativos à saúde, contida no artigo 194 da CF

Objetivo:

Financiamento de 50% do valor do custo médio mês das acomodações das Casas de Apoio, objetivando promover a atenção com qualidade às pessoas vivendo com HIV/Aids em situação de vulnerabilidade social e qualificar a capacidade organizacional e de resposta das casas de apoio nas ações de atenção à saúde das pessoas vivendo com HIV/Aids.

#### Processo de Formação da política de financiamento:

- Definição de política de financiamento
- Definição de recursos
- Articulação: CIT
- Proposição de política

Problemas

- Exclusão - social /políticas públicas
- Pauperização - Falta de condições de saúde e tratamento
- Desigualdades

#### PÚBLICO-ALVO

**Casas de Apoio para adultos vivendo com HIV/Aids assim caracterizadas:**

**Casas de Apoio Tipo 1:** Estrutura de suporte temporário ou de longa duração, para fornecimento de acomodação, alimentação e adesão ao tratamento ao paciente que, após alta hospitalar ou qualquer intervenção terapêutica, apresenta condições clínicas para a prática de atividades preventivas, educativas e profissionalizantes que promovam sua

reinserção no ambiente familiar e social, habilitando-o a retornar à sua moradia permanente.

**Casas de apoio tipo 2:** Funcionam como estrutura de suporte temporário ou de longa duração, para acomodação, alimentação e adesão ao tratamento ao paciente que, após alta hospitalar ou qualquer intervenção terapêutica, encontra-se em período de recuperação e retomada de suas condições físicas e sociais, habilitando-o o retornar à sua moradia permanente.

#### **PREVISÃO DE ALCANCE DO FINANCIAMENTO:**

Em estudo realizado pelo Programa Nacional de DST/Aids realizado pelos 27 Estados da Federação foram identificadas 145 casas de apoio com um total de 3.625 acomodações.

Casas de Apoio tipo 1: custo médio mês por acomodação de R\$ 400,00 - proposta de financiamento de 50%, R\$ 200,00

Casas de Apoio tipo 2: Custo médio mês por acomodação de R\$ 700,00 - proposta de financiamento de 50%, R\$ 350,00

#### **VALOR PREVISTO PARA FINANCIAMENTO ANUAL:**

**R\$ 9.354.000,00**

#### **PROPOSTA DE FINANCIAMENTO:**

- Os recursos financeiros serão repassados aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde pelo Fundo Nacional de Saúde, utilizando a mesma conta aberta para o repasse do incentivo no âmbito do Programa Nacional de DST/Aids, instituído pela Portaria 2.313/02 e sob fiscalização do respectivo Conselho de Saúde.
- Construção da proposta de financiamento de maneira participativa, envolvendo a SES, SMS e representações da Sociedade Civil Organizada.
- Pactuação da proposta na CIB.
- Estados, Distrito Federal e Municípios qualificados para o recebimento do recurso adicional deverão formalizar instrumento jurídico para repasse dos recursos e monitoramento das atividades.
- A disponibilidade de acomodações poderá envolver necessidades de outros municípios não qualificados no incentivo, mas que necessitem de acomodações em casas de apoio em outro município. Estes casos serão mediados pela SES.