



RESUMO EXECUTIVO

Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite do dia 27/05/04

PAUTA

A. Homologação

- a) Habilitação de municípios
- b) Habilitação de estados - informe
- c) Qualificação de estados e municípios para o recebimento do Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST – CNDST/AIDS
- d) Certificação de estados e municípios à gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças
- e) Homologação da programação pactuada de Vigilância Sanitária
- f) Homologação dos projetos estaduais para o Proesf

B. Temas para discussão e pactuação

1 Financiamento

- a) Alocação de recursos – SE

2 Política de Vigilância à Saúde

- a) Sistema de Monitoramento da Política de Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de DST e Aids – SVS
- b) Portaria/GM 1399 – SVS

3 Atenção à Saúde

- a) Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS – SAS/Inca
- c) Saúde do adolescente – SAS
- d) Saúde bucal - SAS
- e) Remanejamento do saldo dos recursos do Proesf - SAS
- f) Financiamento dos procedimentos cirúrgicos de média complexidade - SAS

4 Gestão

- a) Fluxo dos recursos de estados e municípios aos fóruns de pactuação e de deliberação - SE

C. Temas para apresentação e debate

1 Atenção à saúde

1.1 Alta Complexidade

- a) Política de atenção em otorrinolaringologia e cirurgia cervical e facial de alta complexidade – SAS

1.2 Atenção Básica

- a) Equipe em transição para a Saúde da Família - SAS

D. Informes

1 Assistência Farmacêutica

- a) Medicamentos de tuberculose e de hanseníase

2 Vigilância em Saúde

- a) Visisus II

3 Atenção à Saúde

- a) SAMU

II. DESENVOLVIMENTO

A. HOMOLOGAÇÃO:

A.1 Habilitação de municípios – foi homologada a habilitação de 79 municípios em Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada – GPABA para a competência junho. A partir da competência junho estão habilitados conforme a Noas, 1.707 municípios em GPABA e 203 municípios em GPSM.

A.2 Habilitação de estados: o coordenador da reunião, Dr. Cipriano Maia de Vasconcelos informou que o pleito do estado de Pernambuco, já aprovado na CIT, está aguardando o cumprimento de algumas pendências para a publicação da portaria de habilitação e o pleito do Espírito Santo está aguardando o cumprimento de algumas pendências no processo, para apresentação na CIT.

A.3 Qualificação de estados e municípios para o recebimento do Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST – a CIB de São Paulo informou que o município de Hortolândia não aderiu ao incentivo e outros 06 municípios passarão a receber recursos do incentivo no valor total de R\$ 450.000,00 sendo R\$ 375.000,00 à conta dos recursos da SES/SP. Ainda não estão qualificados no incentivo quatro municípios do total previsto inicialmente.

A.4 Certificação de estados e municípios à gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças – a CIT homologou a certificação de 12 municípios para competência junho, totalizando 5085 municípios certificados.

A.5 Homologação da programação pactuada de Vigilância Sanitária – o representante da Anvisa, José Agenor informou que os estados do Amazonas e Maranhão enviaram a programação mas não cumpriram os critérios e o estado de São Paulo enviou a programação fora do prazo. O Conass solicitou que seja feita a análise do processo de São Paulo e a sua homologação se não fossem constatadas pendências na análise. Foi pactuado que AM e MA deverão ser habilitados a partir da competência junho e SP, se não houver pendência, a partir da competência maio.

A.6. Homologação dos projetos estaduais para o Proesf – foram homologados os 27 planos estaduais recebidos e analisados pela SAS. O Conasems criticou o fato de não haver participado do processo de avaliação dos planos e não ter conhecimento das propostas. Recomendações para o acompanhamento dos Planos aprovados: ampliar discussões sobre concepção e papel dos Centros Colaboradores; desencadear estratégias norteadoras para a capacitação inicial e elaboração das propostas metodológicas em Monitoramento e Avaliação das SES; estruturar grupo técnico de apoio às SES na execução da proposta.

A.7. Qualificação de microrregião – o coordenador da reunião informou que foi recebido pela Secretaria Técnica da CIT o processo de qualificação da Microrregião de Quixadá no Ceará. O Grupo de Gestão deverá analisar o processo para apresentar na próxima reunião da CIT.

A.8. Assistência farmacêutica básica na Paraíba – o Conasems apresentou documentação enviada pelo presidente do Cosems da Paraíba sobre a situação do financiamento e o desabastecimento da assistência farmacêutica básica naquele estado. Segundo relato, desde janeiro de 2003 o estado não aplicou os recursos pactuados, apesar dos repasses realizados tanto pelo governo federal como pelos municípios da Paraíba à SES e não houve nenhuma distribuição pela Secretaria Estadual, dos medicamentos básicos pactuados na CIB. Citou o caso do município de Cuité que está sendo acusado de renúncia fiscal pela Controladoria da União porque transferiu para a SES sua contrapartida conforme o pacto e não recebeu sua cota de medicamentos. Em fevereiro de 2004 foi repactuado na CIB o financiamento da assistência farmacêutica no estado e o Conasems solicitou que o MS cumpra a decisão da CIB, suspendendo imediatamente o repasse dos recursos para o estado da Paraíba e o transfira diretamente para os municípios. O Conasems solicitou ainda, que o Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica, vinculado à CIT, realize uma reunião para discutir a seguinte pauta: incentivo à assistência farmacêutica básica, Kit de

medicamentos do PSF e medicamentos que compõem o hiperdia. Foi acordado que o assunto será enviado ao Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica para discutir o assunto e retornar à CIT.

A.9. Recurso do município de Vitória da Conquista/BA – o GT de Gestão analisou a admissibilidade do recurso do município e deu parecer favorável à admissibilidade. O GT deve apreciar o recurso e os pareceres do Ministério da Saúde, Conass e Conasems.

B. TEMAS PARA DISCUSSÃO E PACTUAÇÃO

B.1. Alocação de recursos – o Diretor do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas da SAS apresentou o Quadro do Anexo II desse Resumo, com o levantamento de um conjunto de medidas do Ministério da Saúde para alocação de recursos a partir de programas, projetos e correção da Tabela de procedimentos, bem como a projeção do impacto nos 12 meses de 2004. O Conass ponderou que apesar de considerar importante o reajuste da Tabela, não concorda que a maior parte dos recursos seja para esse reajuste pois não amplia o acesso dos usuários ao sistema. Propôs ainda: a) que no item que se refere a novos serviços hospitalares, ao invés de alocar recursos para a incorporação de novos serviços hospitalares sejam considerados novos serviços de saúde; b) que seja feita uma avaliação do montante de recursos que os estados precisam para ampliação de novos serviços de alta complexidade, e para cobrir o estouro de teto em média e alta complexidade e que prioritariamente a distribuição dos R\$ 855 milhões seja com base nas programações pactuadas e integradas dos estados, que expressam os valores necessários de aumento do teto dos estados; c) que seja verificado se após a distribuição dos recursos para financiamento da média e alta complexidade por estado, os valores coincidem com aqueles do Orçamento Geral da União; d) que ao longo dos próximos meses possam ser pactuados os critérios de alocação de recursos federais, estaduais e municipais para 2005. O Conasems analisou os seguintes pontos: a) como será a alocação dos recursos para Hospitais Universitários; b) na incorporação de novos serviços não pode ser utilizado o critério de estar cadastrado no Ministério da Saúde, mas um critério que seja coerente com as novas políticas adotadas, dando oportunidade a quem tem necessidade de implantar novos serviços, levando em consideração o Plano Diretor de Regionalização e o Plano Diretor de Investimentos dos estados; c) a Tabela precisa ser revista pois tem distorções e defasagens importantes mas é necessário construir uma nova metodologia de revisão da Tabela que leve em consideração as diferenças regionais, as realidades municipais e a incorporação de instrumentos inovadores que permitam ampliar a oferta de serviços; d) qual impacto terá o reajuste da Tabela nos tetos dos municípios habilitados em gestão plena de sistema e qual o critério utilizado para calcular esse impacto. O debate foi interrompido com a chegada do Ministro.

Fala do Ministro da Saúde – o Ministro compareceu à CIT e prestou informações sobre alguns assuntos: a) fez um relato sucinto sobre as matérias que têm sido publicadas nos jornais, que tratam das licitações para as compras de hemoderivados e reafirmou os princípios de serenidade e firmeza que têm movido a participação do Ministério no processo de investigação que está sendo realizado e que tem sido feito todo o esforço para que não haja solução de continuidade administrativa; b) registrou o caráter histórico da última reunião da CIT pois a partir daí foram iniciadas mudanças na forma de financiamento do SUS; c) informou que será assinado juntamente com o Ministério da Educação um documento contendo a nova proposta para o funcionamento dos Hospitais Universitários federais, por meio de contrato de metas e integração nos sistemas estaduais e municipais de saúde, na construção de um modelo estruturador; d) reajuste na Tabela do SUS com a recuperação dos valores dos procedimentos da média complexidade; e) estão sendo realizados estudos para a definição de um incentivo para os estados que cumprirem a EC 29. O presidente do Conass manifestou o apoio e a solidariedade, em nome de todos os secretários estaduais de saúde, à equipe do Ministério da Saúde, bem como reafirmou a parceria e a cooperação no enfrentamento dos desafios do SUS. O Conasems também

reafirmou a solidariedade dos secretários municipais de saúde e ressaltou a firmeza e a coesão da equipe do Ministério na condução desse processo.

Continuação do tema alocação de recursos – o Conasems propôs que até outubro seja pactuada uma proposta de critérios de alocação de recursos financeiros e do modelo de financiamento para 2005, a fim de que os novos prefeitos possam encontrar uma nova lógica na distribuição dos recursos do SUS. Foi aprovada a proposta apresentada com os seguintes destaques: que o GT de Financiamento vai estudar uma proposta de critérios de alocação de recursos financeiros para 2005, com a valorização das PPI dos estados, e a inclusão dos recursos estaduais e municipais; que na incorporação de novos serviços sejam considerados novos serviços de saúde; que na incorporação de novos serviços de alta complexidade sejam considerados também aqueles que ainda não estão com os processos no Ministério da Saúde; que seja enviada, ao Conass e ao Conasems, a planilha por estado com a incorporação dos novos recursos financeiros, o mais rápido possível; quais os critérios que serão utilizados internamente nos estados para distribuição dos recursos a serem repassados aos tetos estaduais para correção das iniquidades regionais e a possibilidade de pactuar na CIT esses critérios. O reajuste da Tabela é competência maio.

B.2 Revisão da Portaria/GM 1399 – O GT de Vigilância em Saúde não chegou a um consenso sobre alteração dos percentuais mínimos a serem repassados para os municípios, proposto pelo Conasems; o representante da SVS ressaltou que a portaria será publicada conforme pactuado na CIT de abril de 2004 e que as CIB podem definir esses percentuais considerando as diferentes realidades dentro do estado. Não foram publicados ainda os tetos da Vigilância em Saúde porque a Secretaria está aguardando a resposta dos estados para publicação e pagamento a partir da competência abril.

B.3 Sistema de Monitoramento da Política de Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de DST e Aids – foi retirado da pauta para ser mais bem discutido no GT de Vigilância em Saúde.

B.4 Fluxo dos recursos de estados e municípios aos fóruns de pactuação e de deliberação - O Conasems propôs que havendo uma discordância do município da decisão da CIB, o recurso deve ser encaminhado à CIT para ser analisado pela sua Câmara Técnica, que encaminhará ao Conselho Estadual de Saúde o que tratar de matéria política; o que tratar do aspecto operacional da política de saúde a CIT discutirá e dará os encaminhamentos. O Conass ponderou que o artigo 1º da portaria deve ser mais bem objetivado, pois está muito amplo. Foi pactuado que o assunto deve retornar para o GT de Gestão para nova discussão.

B.5 Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS – a portaria propõe a ampliação do acesso ao tratamento do tabagismo na atenção básica e na média complexidade; a definição da abordagem e do tratamento do tabagismo; a disponibilização dos materiais de apoio e medicamentos pelo MS; a regulamentação dos aspectos operacionais pela SAS e a revogação da Portaria 1.575/02. O Conass apresentou a preocupação dos estados sobre a ausência de uma previsão de como essa implantação vai impactar na consulta médica especializada. A portaria apresentada foi pactuada e o GT de Atenção à Saúde continuará discutindo os detalhes operacionais da portaria que a SAS vai elaborar.

B.6 Saúde do adolescente – foi apresentada a proposta de portaria que define as diretrizes de atenção à saúde do adolescente privado de liberdade, destacando os seguintes aspectos: aprova as Normas para implementação da atenção à saúde nas unidades de internação e internação provisória a partir do Plano Operativo Estadual de Atenção; sugere que a equipe de saúde seja composta por: médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário; o atendimento será realizado em unidade de saúde localizada dentro da unidade de internação, cadastrada no CNES; garantir o acesso dos adolescentes à assistência de média e alta complexidade, por meio da PPI com aprovação da CIB; estabelece que o cálculo do

Incentivo terá como critério o valor do incentivo da Saúde da Família mais o valor do incentivo da Saúde Bucal (cobertura 1) R\$ 54.012,00/ano. A proposta totaliza 195 equipes e um gasto da ordem de R\$ 5.193.253,80 ao ano. Foi aprovada a proposta.

B.7 Saúde bucal – o GT de Atenção à Saúde vai continuar a discutir o assunto.

B.8 Remanejamento do saldo dos recursos do Proesf – Utilização de recursos do Proesf na intensificação de ações de qualificação da atenção a mulher e ao recém nascido propostas pelo “Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal”. Os recursos financeiros são provenientes dos recursos de 18 municípios que optaram por não aderir ao Proesf, totalizando um montante de US\$ 10 milhões (R\$ 31.179.000, taxa de câmbio de 3,1179 definida pelo PROESF), que estão previstos no Componente 1 do Proesf. Os recursos financeiros para o município de Porto Seguro e Distrito Federal que ainda não estão recebendo recursos do Proesf, não estão incluídos neste saldo.

B.9 Financiamento dos procedimentos cirúrgicos de média complexidade – objetivos da proposta: a) identificar a demanda reprimida e reduzir as filas de espera por procedimentos cirúrgicos eletivos, possibilitando a organização local do sistema e a ampliação, se necessário, da oferta destes serviços; b) organizar os fluxos de referência e contra referência para procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade, estabelecendo saldo organizativo da rede; c) dar autonomia ao gestor local e estadual para definição dos procedimentos cirúrgicos eletivos (dentro de um elenco previamente pactuado na CIT) a serem realizados com recursos extra-teto, co-responsabilizando-os pelo controle e avaliação da execução destes procedimentos. Os Estados e Municípios habilitados poderão optar: pela manutenção dos mutirões nacionais nos moldes atuais e/ou pela reprogramação dos mutirões em desenvolvimento (catarata, varizes, próstata e retinopatia) e/ou pela adesão a nova estratégia de ampliação de procedimentos eletivos de média complexidade, com ou sem manutenção dos mutirões nacionais. Os recursos que serão utilizados para a implementação da nova estratégia terão como valor de referência o gasto total com os mutirões nacionais em 2003, acrescidos de recursos novos destinados à realização dos procedimentos selecionados. Este incremento será de R\$ 1,00 per capita/ano, aplicado a população de referência microrregional, isto é, o somatório das populações do município pólo e dos demais municípios da microrregião, conforme o fluxo de referência pactuado nas CIB. Os limites financeiros para a execução da estratégia foram calculados para 12 meses, contudo os projetos apresentados devem conter metas para execução em 6 meses. Caso as metas propostas sejam cumpridas, os gestores poderão apresentar outro projeto com novas metas para os seis meses subsequentes. O Conasems ponderou que a proposta impede a programação local e propôs que o município tenha oportunidade de fazer o diagnóstico da necessidade para programar as cirurgias, que a programação seja ascendente e que outros procedimentos sejam incluídos; solicitou que seja retirada a exigência de população maior que cinquenta mil habitantes para municípios sede de microrregião; e propôs que os mutirões sejam ampliados também para a alta complexidade. O Conass solicitou que seja feita uma reavaliação do porte dos municípios e seja considerada a população da microrregião. Não houve pactuação e o assunto retornou para o GT de Atenção à Saúde para ser discutido na próxima CIT.

Encerramento – tendo em vista o avançado da hora a reunião foi encerrada e os outros pontos de pauta não foram apresentados.

Anexo I

Municípios pleiteantes à habilitação em gestão plena de atenção básica ampliada em 27/05/04

UF	COD_IBGE	MUNICIPIOS
AL	270915	Teotônio Vilela
BA	292550	Prado
CE	230010	Abaiara
CE	230260	Camocim
CE	230720	Jati
CE	230740	Jucás
CE	230810	Mauriti
CE	230920	Nova Olinda
GO	520330	Bela Vista de Goiás
GO	520490	Campos Belos
GO	520547	Chapadão do Céu
GO	521080	Itajá
GO	521483	Nova Crixás
GO	521890	Rubiataba
GO	522220	Vila Boa
MA	211400	Zé Doca
MG	310450	Arinos
MG	310490	Baependi
MG	310945	Cabeceira Grande
MG	310990	Caetanópolis
MG	311070	Cambuquira
MG	311090	Campanha
MG	311460	Carrancas
MG	311480	Carvalhos
MG	311550	Caxambu
MG	311770	Conceição do Rio Verde
MG	311900	Cordislândia
MG	312080	Cruzília
MG	312160	Diamantina
MG	312247	Dom Bosco
MG	312280	Dom Viçoso
MG	312720	Funilândia
MG	312760	Gouveia
MG	312870	Guaxupé
MG	313040	Ijaci
MG	313080	Ingaí
MG	313250	Itamarandiba
MG	313300	Itamonte
MG	313310	Itanhandu
MG	313430	Itumirim
MG	313590	Jesuânia
MG	313780	Lambari
MG	313870	Luminárias
MG	314120	Matutina

UF	COD_IBGE	MUNICIPIOS
MG	314190	Minduri
MG	314260	Monsenhor Paulo
MG	314550	Olímpio Noronha
MG	314760	Passa Quatro
MG	315260	Pouso Alto
MG	315470	Ribeirão Vermelho
MG	315680	Sabinópolis
MG	315830	Santana da Vargem
MG	316490	São Sebastião do Rio Verde
MG	317047	Uruana de Minas
MG	317170	Virgínia
PB	250205	Bernardino Batista
PB	250620	Frei Martinho
PB	250640	Gurinhém
PB	251110	Pedra Lavrada
PB	251290	Rio Tinto
PE	260230	Bonito
RN	240030	Afonso Bezerra
RN	240580	João Câmara
RN	241420	Tibau do Sul
RS	431162	Lindolfo Collor
SC	420455	Correia Pinto
SC	420650	Guaramirim
SC	420730	Imbituba
SC	420880	Jaguaruna
SE	280730	Telha
SP	351140	Cerqueira César
SP	351320	Cristais Paulista
SP	352010	Igarapava
SP	353360	Nuporanga
SP	353580	Paranapanema
SP	353690	Pedranópolis
SP	354165	Quadra
SP	355700	Votorantim
SP	355710	Votuporanga

Total: 79 municípios

Anexo II

Alocação de Recursos

Ação / Projeto	Projeção 12 meses	Impacto 2004	base para reajuste
Incorporação de novos serviços de Alta Complexidade	20.418.545,00	6.806.181,67	implantação progressiva
Incorporação de novos serviços hospitalares	36.720.000,00	12.240.000,00	implantação progressiva
Correção das iniquidades regionais (tetos estaduais)	89.456.360,88	44.728.180,44	90% da média dos per capitas
Implantação de novos leitos de UTI	64.155.456,00	32.077.728,00	6 meses (meta de 2233 leitos)
Reajuste de diária de UTI	37.550.669,76	25.033.779,84	20% BASE PRODUÇÃO 2003 (1.142.052)
Hospitais de Pequeno Porte	23.000.000,00	7.840.000,00	6 meses - 70% do previsto
SAMU	144.457.500,00	86.674.500,00	implantação progressiva
HU	170.000.000,00	170.000.000,00	incluídos R\$ 50 mi do PIM
Atenção Domiciliar	138.000.000,00	1.150.000,00	50 equipes (R\$23 mil/mês)-2meses
Procedimentos Cir. Elet. MC	144.000.000,00	24.000.000,00	implantação progressiva
Saúde Bucal - Prótese	42.834.000,00	3.569.500,00	implantação progressiva
Saúde Bucal - Incentivo CEO	58.159.000,00	4.846.583,33	implantação progressiva
Enxerga Brasil	92.530.233,00	-	60% da pop > 65 anos
Habilitação de estados		110.009.814,00	4 estados
Reajuste - Parto	57.980.522,00	38.653.681,33	20% medio
Reajuste tabela - internação I	258.470.587,76	172.313.725,17	155 proced. de MC 37,5% SH e 10% SP/SADT
Reajuste tabela - internação II	79.195.950,00	52.797.300,00	proced. reajustados em 2003 -SH 13%
Reajuste e inclusão de tabela - patologia	18.716.314,03	12.477.542,68	21 % (médio) + inclusão de microalbuminúria
Reajuste de tabela - biopsia hepática	222.653,21	148.435,47	136,67%
Reajuste de tabela - Rx	9.212.826,94	6.141.884,63	5%
Reajuste de tabela - ortopedia	20.291.415,75	13.527.610,50	10%
Reajuste de tabela - US	6.342.245,28	4.228.163,52	5%
Reajuste de tabela-Mamografia	12.740.868,74	8.493.912,49	20%
Sangue (Reajuste e inclusão)	26.691.254,78	17.794.169,85	7,4% (médio)
TOTAL	1.551.146.403,13	855.552.692,93	

Anexo III

POLÍTICA DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS ELETIVOS: Proposta Preliminar Brasília, abril/2004

O Ministério da Saúde, a partir de 1999, vêm utilizando a estratégia de Mutirões Nacionais, como forma de garantir à população brasileira, a realização de alguns procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade considerados prioritários. Foram implantados inicialmente, os de catarata, varizes e próstata, e, no ano 2000, o de retinopatia diabética.

A implantação desta estratégia, à época, visava:

- a) reduzir o tempo de espera para os procedimentos cirúrgicos eletivos citados;
- b) possibilitar a melhoria da qualidade de vida dos pacientes que necessitam desses procedimentos;
- c) induzir a expansão e organização da rede assistencial no âmbito do SUS.

Durante o período de 1999 a 2002, foram realizadas mais de 1,7 milhões de cirurgias, sendo 542.241 somente no ano de 2002, com gastos da ordem de R\$ 211,5 milhões, o que correspondeu a 3,91% do gasto total de internações (AIH) deste ano.

A equipe da Coordenação Geral de Média Complexidade Ambulatorial do Departamento de Atenção Especializada (CGMCA/DAE), durante o ano de 2003, realizou pesquisa referente aos mutirões nacionais, a partir do levantamento e análise de dados secundários de produção e gastos, opinião dos gestores e de usuários. Esta pesquisa constitui-se em poderoso instrumento de avaliação da estratégia adotada, possibilitando a identificação de seus pontos positivos e negativos.

Em muitas regiões, estados e municípios, as listas de espera para alguns destes procedimentos puderam ser reduzidas, dando lugar ao aparecimento de outras demandas não menos importantes.

O Ministério da Saúde, através do Departamento de Atenção Especializada, verificou assim, a necessidade da definição de uma Política Nacional para procedimentos cirúrgicos eletivos que possibilite a sistematização dos mesmos, conferindo-lhes, um caráter mais permanente, privilegiando a identificação das filas de espera, a organização local do sistema e o estabelecimento de rotinas para a realização destes procedimentos.

1- SÍNTESE DA PESQUISA REALIZADA

1.1 - Dados Secundários

Período pesquisado: 1998 a 2002. Os dados referentes a 1998 foram incluídos na amostra como parâmetro de produção anterior à implantação da estratégia dos mutirões.

Mantêm-se com registro de procedimentos nos mutirões de catarata, varizes e próstata, uma faixa de 200 a 300 municípios em GPSM (50% do total de municípios em GPSM).

A relação do nº de serviços por município variou de 1,4 serviços/município em varizes até 3,8 serviços/município em catarata.

1998: gastos da ordem de R\$ 89 milhões

268 mil procedimentos realizados.

2002: (Conjunto dos mutirões): gastos da ordem de R\$ 220 milhões

cerca de 574 mil procedimentos.

- Catarata:

Em 1999, representou 65% do total de procedimentos realizados e cerca de 80% dos recursos aplicados nos mutirões;

Em 2002, representou 58% do total de procedimentos realizados e cerca de 70% dos recursos aplicados nos mutirões;

- Retinopatia diabética:

Estes procedimentos atingiram o nº máximo de 55 municípios distribuídos em 22 UF;

Os estados de MS, PA, PB, PI, RO e RR passaram a fazer este tipo de procedimento somente após a implantação do mutirão;

Os estados do AC, AP, MT, TO não realizam o procedimento e o estado do CE deixou de fazê-lo após a implantação do mutirão.

1.2 - Opinião de Usuários

Foram pesquisados usuários das 27 Unidades Federadas, distribuídos em 5.186 municípios.

Universo pesquisado: 457.118 usuários dos mutirões em 2002, obtidos a partir dos dados cadastrais das APAC, fornecidos pela Coordenação Geral de Suporte Operacional de Sistemas/DERAC.

Amostra obtida: 64.223 usuários, representando 14% do universo pesquisado.

Amostra válida: 63.482 usuários, excluídos 946 usuários (aproximadamente 1,5% da amostra), que declararam não terem realizado cirurgia.

52% dos usuários consideraram, após a cirurgia, que seu problema foi resolvido totalmente e 34%, parcialmente resolvido.

No conjunto dos mutirões, 61% dos usuários sentem-se totalmente satisfeitos. O nível de satisfação variou de 37% para retinopatia até 72% para catarata.

A satisfação do usuário, entretanto, não se mostrou totalmente relacionada à resolução do seu problema.

– 21% dos usuários totalmente satisfeitos não tiveram seus incômodos resolvidos.

– Outros fatores, além dos incômodos gerados pela patologia, são significativos na opinião do usuário no item nível de satisfação.

Predominou, em todos os mutirões e para o conjunto deles, um tempo de espera de no máximo 4 meses (70% dos usuários). Por este critério, observa-se ainda que o mutirão de catarata apresentou o menor tempo de espera na fila e o de próstata, o maior tempo de espera.

– 18% dos usuários não receberam nenhuma forma de atendimento pós-cirúrgico.

– Para 37% dos usuários, a realização da cirurgia passou a gerar incômodos não referidos anteriormente.

1.3 – Opinião dos Gestores

Foi realizada pesquisa direta através de questionário fechado de auto-preenchimento, contendo nove questões.

Universo pesquisado: 593 gestores (Estados, Municípios em GPSM e capitais).

Amostra obtida e válida: 163 gestores.

72% dos gestores afirmaram que o levantamento do nº de pacientes na fila de espera não está sendo realizado. Predominou a percepção do gestor acerca da não redução da fila de espera, foco primordial dos mutirões e que o tempo de espera entre diagnóstico e cirurgia é superior a 12 meses.

Os gestores demonstraram um alto nível de insatisfação com relação ao mutirão de Catarata. No caso de Varizes e Próstata, as opiniões ficaram divididas. Apenas em Retinopatia Diabética houve uma ligeira predominância do índice de satisfação.

Os gestores consideraram que a realização dos mutirões impactou negativamente na organização dos fluxos.

1.4 – Considerações finais da Pesquisa realizada

A pesquisa demonstrou que os mutirões tem sido, efetivamente, de abrangência nacional.

No período estudado, o gestor federal transferiu recursos para pagamento da produção de 100% dos procedimentos eletivos realizados pelos mutirões, que tem apresentado um crescimento de 25% ao ano. Comparativamente, os pagamentos pela produção dos procedimentos alvo dos mutirões nacionais, efetuados em 1998, a partir dos tetos financeiros de estados e municípios, representaram aproximadamente 40% do que é pago atualmente pelo gestor federal, via FAEC.

A análise da opinião dos gestores demonstrou que a demanda reprimida não foi identificada e quantificada e que não houve efetiva organização da rede para o atendimento dessa demanda. Os gestores também afirmaram que a política de mutirões não tem atendido às suas expectativas. As causas da insatisfação não puderam ser apuradas.

Cerca de 60% dos usuários se declararam totalmente satisfeitos com os mutirões, mesmo que seus incômodos não tenham sido totalmente resolvidos. Houve uma predisposição positiva do usuário em participar da pesquisa, inclusive denunciando procedimentos irregulares na prestação dos serviços.

Os usuários apresentaram um alto índice de satisfação com o atendimento recebido, apesar de que para 21% deles, os incômodos não foram totalmente resolvidos. Observou-se que pelo menos a metade dos usuários foi atendida em seu próprio município de residência.

A pesquisa de opinião dos usuários aponta para o fato de que os mutirões cumpriram, em grande parte, as três etapas de atendimento – consulta pré-cirúrgica, cirurgia e acompanhamento pós-cirúrgico. Destacou-se o fato de que 18% dos usuários não receberam nenhuma forma de atendimento pós-cirúrgico.

A pesquisa de usuários é um importante referencial para a estimativa do tamanho das filas de espera no ano de 2002, pois cerca de 70% dos usuários declararam a permanência de apenas 4 meses na fila.

Esta informação, juntamente com estimativas realizadas a partir de parâmetros do Conselho Brasileiro de Oftalmologia – CBO e da Organização Mundial da Saúde – OMS permitiu a inferência de que não mais ocorrerá fila de espera para catarata a nível nacional, ao final do ano de 2003 e que o atendimento, portanto, se limitará apenas à rotina. A estimativa demonstrou que, tanto no índice do CBO como no número de cirurgias recomendado pela OMS, os objetivos relacionados à demanda reprimida já foram cumpridos pelos mutirões.

Mesmo em face aos resultados obtidos na estimativa realizada, admite-se que, com o aprofundamento da avaliação, possa ser identificado em alguns pontos do país, um desequilíbrio regional entre oferta de serviços e demanda por atendimento.

- Com o objetivo de divulgar os resultados obtidos e subsidiar as demais instâncias deliberativas do sistema, na tomada de decisão, quanto à relevância da ampliação da estratégia dos mutirões nacionais para outros procedimentos cirúrgicos eletivos, a proposta do Ministério da Saúde foi encaminhada para apreciação do CONASEMS, do CONASS e da Comissão Intergestores Tripartite.

2. PROPOSTA:

A partir dos resultados encontrados na pesquisa acerca dos mutirões nacionais, iniciou-se um intenso processo de discussão entre técnicos e gestores da Secretaria de Atenção à Saúde, com o objetivo de definir novas estratégias que possam dar conta das necessidades da população para realização dos procedimentos cirúrgicos eletivos. É consenso, no entanto, que as estratégias a serem utilizadas não podem ficar restritas apenas aos procedimentos realizados nos mutirões nacionais e que, para que tais ações possibilitem a sistematização destes atendimentos, é fundamental a identificação da demanda existente e o desenvolvimento de mecanismos eficazes de regulação, controle e avaliação.

Propõe-se, a prorrogação dos mutirões nacionais por 60 dias, isto é, até 30 de junho deste ano, para que seja possível a implantação da nova estratégia.

A proposta possibilita aos gestores estaduais e municipais em gestão plena do sistema, a definição de prioridades, segundo as necessidades loco-regionais identificadas a partir das filas de espera e que possibilitem o desenvolvimento de rotinas e protocolos clínicos. Deve ainda, possibilitar a organização da rede e o controle e avaliação do processo. Os municípios alvo serão os pólos de microrregião de saúde com população maior que 50 mil habitantes¹ e os gestores poderão

¹ Foram identificados em todo o país, 558 pólos de microrregião de saúde (fonte DATASUS jan/2003) e em dezembro de 2003 contávamos com 620 municípios em GPSM no país. Destes, 192 poderiam ser habilitados para a nova estratégia proposta.

optar por permanecer nos mutirões nacionais segundo os critérios atuais ou elaborar projetos para ampliação de procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade a serem realizados, com prazo de execução previsto para 6 meses. Estes projetos serão analisados pela Coordenação Geral de Média Complexidade, devendo informar a demanda existente e estabelecer metas físicas compatíveis com o total de recursos financeiros programados. A partir da segunda reprogramação (após os seis primeiros meses) os procedimentos dos mutirões nacionais, deverão atender aos mesmos requisitos definidos para ampliação dos procedimentos cirúrgicos eletivos definidos nos projetos.

Portanto, os Estados e Municípios habilitados poderão optar:

- pela manutenção dos mutirões nacionais nos moldes atuais e/ou;
- pela reprogramação dos mutirões em desenvolvimento (catarata, varizes, próstata e retinopatia) e/ou;
- pela adesão a nova estratégia de ampliação de procedimentos eletivos de média complexidade, com ou sem manutenção dos mutirões nacionais.

2.1 Objetivos:

- Identificar a demanda reprimida e reduzir as filas de espera por procedimentos cirúrgicos eletivos, possibilitando a organização local do sistema e a ampliação, se necessário, da oferta destes serviços;
- Organizar os fluxos de referência e contra referência para procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade, estabelecendo saldo organizativo da rede;
- Dar autonomia ao gestor local e estadual para definição dos procedimentos cirúrgicos eletivos a serem realizados com recursos extra-teto, co-responsabilizando-os pelo controle e avaliação da execução destes procedimentos.

2.2 - Procedimentos Cirúrgicos Eletivos Incluídos na Proposta

Os procedimentos abaixo relacionados foram elencados a partir de inúmeras solicitações contidas em processos encaminhados a CMCA, no período de 2003, oriundas de estados e municípios. Os gestores identificaram a existência de demanda reprimida para a realização de outros procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade. Face às necessidades apresentadas, o Ministério da Saúde formulou a proposta de extensão da estratégia dos mutirões nacionais.

2.2.1 - Ambulatoriais

0813201	adenoidectomia
0813202	amidalectomia
0813212	amidalectomia com adenoidectomia
0806501	artroscopia
0811602	postectomia

2.2.2 – Hospitalares

33004080	colecistectomia
33005117	herniorrafia crural (unilateral)
33006083	coledocotomia com ou sem colecistectomia
33006113	herniorrafia crural (bilateral)
33007080	coledocostomia com ou sem colecistectomia
33009112	herniorrafia epigástrica
33010110	herniorrafia incisional
33011117	herniorrafia inguinal (unilateral)
33012113	herniorrafia inguinal (bilateral)
33014116	herniorrafia recidivante
33015112	herniorrafia umbilical
33023115	reparação outras hérnias (inclui herniorrafia muscular)
33030073	hemorroidectomia
34008020	colpoperineoplastia anterior e posterior
34012036	miomectomia
34021027	colpoperineoplastia anterior e posterior com amputação de colo
34021035	miomectomia videolaparoscópica

2.3 – Recursos Disponíveis:

No ano de 2003, o gasto nos quatro mutirões nacionais (catarata, varizes, próstata e retinopatia diabética) foi de R\$ 227.387.572,67 (duzentos e vinte e sete milhões, trezentos e oitenta e sete mil quinhentos e setenta e dois reais e sessenta e sete centavos), que correspondem à cerca de 80% dos recursos federais programados para viabilizar a estratégia, no período.

Os recursos que serão utilizados para a implementação da nova estratégia terão como valor de referência o gasto total com os mutirões nacionais em 2003, acrescidos de recursos novos destinados à realização dos procedimentos constantes dos itens 2.2.1 e 2.2.2, supracitados. Este incremento será de R\$ 1,00 per capita/ano, aplicado a população de referência microrregional, isto é, o somatório das populações do município pólo e dos demais municípios da microrregião, conforme o fluxo de referência pactuado nas CIB.

Os limites financeiros para a execução da estratégia foram calculados para 12 meses, contudo, os projetos apresentados devem conter metas para execução em 6 meses. Caso as metas propostas sejam cumpridas, os gestores poderão apresentar outro projeto com novas metas para os seis meses subsequentes.

Os estados habilitados em GPSE poderão receber os recursos relativos ao somatório das populações das microrregiões desde que os municípios pólos não se encontrem em GPSM ou possuam população abaixo de 50.000 habitantes. Os recursos financeiros para execução dos projetos serão transferidos diretamente, via FAEC, aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde e corresponderão à produção de serviços apresentada, na modalidade de pós-pagamento, até o valor total do projeto.

Os limites financeiros por UF foram calculados conforme tabela abaixo:

Política Procedimentos Cirúrgicos Eletivos
Programação de Recursos Financeiros 2004

UF	População UF	Total Gastos 2003	Proposta de Incremento Proc. Eletivos	Total de Recursos Programados
AC	600.607	281.903,95	600.607,00	882.510,95
AL	2.917.678	2.932.021,93	2.917.678,00	5.849.699,93
AP	534.821	81.774,54	534.821,00	616.595,54
AM	3.031.079	2.222.699,89	3.031.079,00	5.253.778,89
BA	13.440.544	14.247.007,53	13.440.544,00	27.687.551,53
CE	7.758.437	19.322.346,58	7.758.437,00	27.080.783,58
DF	2.189.792	2.077.839,81	2.189.792,00	4.267.631,81
ES	3.250.205	8.279.259,33	3.250.205,00	11.529.464,33
GO	5.306.424	9.379.824,05	5.306.424,00	14.686.248,05
MA	5.873.646	11.581.528,03	5.873.646,00	17.455.174,03
MT	2.651.313	3.193.768,63	2.651.313,00	5.845.081,63
MS	2.169.704	2.824.266,59	2.169.704,00	4.993.970,59
MG	18.553.335	22.143.337,69	18.553.335,00	40.696.672,69
PA	6.574.990	6.878.052,62	6.574.990,00	13.453.042,62
PB	3.518.607	8.059.076,66	3.518.607,00	11.577.683,66
PR	9.906.812	10.876.593,85	9.906.812,00	20.783.405,85
PE	8.161.828	13.476.115,05	8.161.828,00	21.637.943,05
PI	2.923.695	3.794.037,15	2.923.695,00	6.717.732,15
RJ	14.879.144	14.579.063,82	14.879.144,00	29.458.207,82
RN	2.888.087	7.467.238,74	2.888.087,00	10.355.325,74
RS	10.511.009	9.484.693,27	10.511.009,00	19.995.702,27
RO	1.455.914	614.712,87	1.455.914,00	2.070.626,87
RR	357.296	150.738,89	357.296,00	508.034,89
SC	5.607.160	5.965.907,90	5.607.160,00	11.573.067,90
SP	38.709.339	44.564.807,08	38.709.339,00	83.274.146,08
SE	1.874.597	2.260.053,71	1.874.597,00	4.134.650,71
TO	1.230.188	648.902,51	1.230.188,00	1.879.090,51
Total	176.876.251	227.387.572,67	176.876.251,00	404.263.823,67

Fonte: Produção - TabNet (23.04.2004) Período ano 2003 População IBGE

3. CRITÉRIOS PARA A APRESENTAÇÃO DE PROJETOS:

- a) As Secretarias de Estado deverão encaminhar ao Ministério da Saúde, os projetos aprovados pelas CIB, devendo os mesmos ter sido pactuados e aprovados pelos respectivos conselhos de saúde, quando oriundos dos pólos de microrregiões;
- b) Os estados habilitados em GPSE deverão encaminhar projeto para pleitear os recursos relativos ao somatório das populações das microrregiões desde que os municípios pólos não se encontrem em GPSM ou possuam população abaixo de 50.000 habitantes;
- c) Os municípios pólos de microrregião de saúde habilitados em GPSM, com população acima de 50 mil habitantes, deverão encaminhar projetos as Secretarias de Estado para que as mesmas possam encaminhá-los para discussão e aprovação na CIB;
- d) A definição do objeto e o dimensionamento das metas dos projetos devem levar em conta a população total de referência por microrregião;
- e) O prazo de execução dos projetos é de 6 meses; Os municípios deverão realizar levantamento da oferta de serviços e da demanda para os Procedimentos de Cirurgia Eletiva de Média Complexidade incluídos na proposta, através da identificação do usuário, que deverá constar do projeto a ser encaminhado a CGMCA/DAE/SAS/MS.
- g) Os serviços definidos pelos gestores deverão obrigatoriamente garantir a cirurgia, os procedimentos pré-cirúrgicos e pós-cirúrgicos.
- h) O somatório dos projetos encaminhados por UF (SES + SMS) não poderá ultrapassar o limite financeiro do incremento previsto;
- i) Haverá estímulo para que a demanda seja gerenciada pelo SISREG

3.1. EXEMPLOS

Município “X” executou em 2003, R\$ 1.200.000,00 para a realização dos 4 mutirões nacionais e possui uma população de abrangência de 1,5 milhões habitantes. Este município poderá:

- a) continuar a receber R\$ 600.000,00 a cada 6 meses, para realizar os mutirões nacionais nos moldes atuais;
- b) continuar a receber R\$ 600.000,00 a cada 6 meses, e optar pela reprogramação dos procedimentos dos mutirões nacionais;
- c) receber R\$ 600.000,00 para manutenção dos mutirões nacionais + R\$ 750.000,00 de incremento, para programar outras cirurgias eletivas de média complexidade por 6 meses;
- d) receber R\$ 1.350.000,00 (R\$ 600.000,00 referente dos recursos destinados aos mutirões nacionais + R\$ 750.000,00 de incremento), para reprogramação integral de recursos para a realização de outras cirurgias eletivas de média complexidade, com prazo de execução de 6 meses;

4. NORMAS PARA HABILITAÇÃO DE ESTADOS, DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIOS PÓLO DE MICRORREGIÃO EM GPSM

- (a) Os gestores de saúde deverão elaborar projeto referente à ampliação dos procedimentos cirúrgicos eletivos, que levem em consideração o Plano Diretor de Regionalização e a Programação Pactuada e Integrada do estado. Deverão identificar sua demanda reprimida e

estabelecer suas metas. Os projetos serão elaborados de acordo com modelo a ser padronizado pela CGMCA/DAE/SAS, que incluirá dados do paciente, da rede e da população de referência.

O projeto deve conter:

- Os fluxos de referência estabelecidos pelo conjunto de municípios componentes da microrregião;
- Identificação dos serviços de referência que participarão da estratégia, para configurar a Rede de Realização dos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos;

(b) As Secretarias Estaduais de Saúde deverão encaminhar os projetos para as CIB, após análise, no prazo máximo de 30 dias;

(c) Após aprovação, a CIB encaminha os projetos e a resolução estadual assinados pelos gestores municipais e estaduais.

5. REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE

Os prestadores envolvidos com a estratégia de ampliação de realização de procedimentos cirúrgicos eletivos, previamente credenciados nos projetos encaminhados a CGMCA, devem preencher APAC individualizadas para todos os usuários beneficiados, nos casos de cirurgia ambulatorial e para os procedimentos hospitalares, serão utilizadas as AIH.

Para a elaboração do projeto estará sendo estudada a possibilidade de ser oferecido ao gestor um software que permitirá o acompanhamento da fila de espera.

Na fase de análise dos projetos serão emitidas cartas ou realizados contatos telefônicos pela Secretaria de Gestão Participativa – SGP com o usuário cujo intuito será de avaliar a expectativa do paciente.

Na fase pós-execução do projeto, serão utilizados pela SGP os mesmos instrumentos do processo de análise.

O Departamento de Regulação Avaliação e Controle (DERAC), será responsável pelo controle da realização dos procedimentos que será feito a partir do cruzamento dos dados do levantamento da demanda contidos nos projetos, com os dados das AIH e APAC a partir do desenvolvimento de aplicativo para leitura das bases de dados (APAC e AIH).

Após seis meses de execução da estratégia de ampliação dos procedimentos cirúrgicos eletivos, propõe-se a realização de um “Seminário Nacional de Avaliação”, previsto para novembro de 2004.