

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Especializada



Programa Nacional
de Triagem Neonatal:
Oficinas Regionais
de Qualificação da
Gestão

Série D. Reuniões e Conferências



Brasília – DF
2006

© 2006 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <http://www.saude.gov.br/editora>

Série D. Reuniões e Conferências.

Tiragem: 1.ª edição – 2006 – 400 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Especializada

Coordenação de Média e Alta Complexidade

Esplanada dos Ministérios, bloco G, sala 925

CEP: 70058-900 – Brasília, DF

Tel.: (61) 3315-2084

Fax: (61) 3321-6711

E-mail: mediacomplexidade@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br>

Elaboração e Revisão técnica

Paula R. Vargas – GTATN/MS

Helena Pimentel dos Santos – GTATN/MS

Tânia Marini de Carvalho – CGMCA/DAE/SAS

Joselito Pedrosa – CGMCA/DAE/SAS

Washington Luiz Rossi Lacerda – CGMCA/DAE/SAS

Roberta Maria Leite Costa – CGMCA/DAE/SAS

Joice Aragão – CPNSH/DAE/SAS

Teresa Filomena Faillace – CGSI/DRAC/SAS

Isabel Cristina Guimarães Pimentel dos Santos – DECIT/SCTIE

Ana Márcia Messeder Sebrão – DAF/SCTIE

Regina Célia de Alencar Ribeiro – SES/CE

Maria Rosário Ribeiro Barreto – SES/BA

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada.

Programa Nacional de Triagem Neonatal: oficinas regionais de qualificação da gestão. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.

140 p. – (Série D. Reuniões e Conferências)

ISBN 85-334-1174-X

1. Triagem neonatal. 2. Garantia da qualidade dos cuidados de saúde. 3. Gestão em saúde. I. Título. II. Série.

NLM WS 420

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2006/1031

Títulos para indexação:

Em inglês: Regional workshop on Quality Management of the National Newborn Screening Program

Em espanhol: Oficinas Regionais de Calificación de la Gestión del Programa Nacional de Tamizaje Neonatal

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-1774/2020

Fax: (61) 3233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Equipe Editorial:

Normalização: Karla Gentil

Revisão: Mara Pamplona / Angela Nogueira

Capa, projeto gráfico e diagramação: Micheli Souza

Lista de abreviaturas e siglas

Apac – Autorização de Procedimento de Alto Custo

CBTN – Congresso Brasileiro de Triagem Neonatal

DAE – Departamento de Atenção Especializada

DNV – Declaração de Nascido Vivo

GM – Gabinete do Ministro

GTATN – Grupo técnico de Assessoria em Triagem Neonatal

MS – Ministério da Saúde

PNTN – Programa Nacional de Triagem Neonatal

PTN – Programa de Triagem Neonatal (estadual ou municipal)

PT – Portaria

SBTN – Sociedade Brasileira de Triagem Neonatal

SRTN – Serviço de Referência em Triagem Neonatal

SUS – Sistema Único de Saúde

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

Sumário

Apresentação.....	7
Introdução.....	9
Objetivo da Oficina	11
Objetivo geral.....	11
Objetivos específicos	11
Metodologia	13
Programação das Oficinas Regionais.....	15
Resultados dos Grupos de Trabalho	17
Região Nordeste.....	18
Sul e Sudeste.....	18
São Paulo.....	20
Norte e Centro-Oeste	21
Relatório Consolidado.....	25
Considerações Finais.....	27
Moderadores, Convidados e Participantes.....	29
Bibliografia Recomendada	33

Anexos	35
Anexo A – Síntese das apresentações	36
Anexo B – Textos complementares	133

Apresentação

Uma das políticas mais relevantes do Governo Lula (2003–2006) está direcionada aos trabalhadores da Saúde, evidenciada pela criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, cuja missão é fazer a gestão da educação, formação dos trabalhadores do SUS, a regulação e regulamentação do trabalho em Saúde.

O processo de descentralização da gestão do sistema de Saúde, em curso no Brasil, coloca-nos possibilidades e desafios que devem ser assumidos de forma solidária pelas três esferas de governo. A pluralidade dos contextos vivenciados pelos municípios e regiões exige o desenho de políticas públicas capazes de responder adequadamente às diferentes necessidades advindas dessa diversidade.

Nessa perspectiva, o papel de cada um é determinante na superação dos desafios e na consolidação de um sistema de saúde comprometido com as necessidades específicas de cada localidade brasileira. A gestão pública, como instrumento de ação política deve buscar sempre a construção de uma sociedade mais eqüitativa e democrática.

É fundamental que empenhemos esforços na qualificação do processo de gestão, melhorando o rendimento e a efetividade da administração pública, de forma a conseguir implementar políticas que produzam impactos positivos sobre o perfil da Saúde e a qualidade de vida da população. É preciso considerar a complexidade da tarefa da gestão de poderes compartilhados na realidade que se apresenta de forma múltipla e cada vez mais dinâmica, assim como as especificidades da área de Triagem Neonatal, no que se refere aos processos de decisão, programação, execução e avaliação de ações.

Dessa forma, coerentes com as diretrizes políticas vigentes e, contribuindo para a melhoria da qualidade da prestação de serviços e da gestão e para a satisfação do usuário, o

Ministério da Saúde em parceria com a Sociedade Brasileira de Triagem Neonatal elaborou a presente oficina, que é parte do esforço de qualificação da gestão, que visa propiciar aos participantes de um programa do SUS, informações essenciais à condução de questões ligadas ao cotidiano das gestões locais.

“Informar é reduzir as incertezas e oferecer ferramentas que auxiliem na identificação e superação dos problemas”.

Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade
Departamento de Atenção Especializada
Secretaria de Atenção à Saúde/MS

Introdução

O Ministério da Saúde implantou em 2001 o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria GM/MS n.º 822, de 6 de junho de 2001.

O Programa tem como objetivo geral promover a detecção de doenças congênitas em fase pré-sintomática em todos os nascidos vivos, permitindo o tratamento precoce e, conseqüentemente, diminuindo a morbidade, suas conseqüências e a mortalidade gerada pelas doenças triadas.

Outro objetivo do PNTN é a ampliação das doenças triadas (fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, anemia falciforme e outras hemoglobinopatias e fibrose cística) com cobertura de 100% dos nascidos vivos, com o intuito de alcançar a meta de prevenção e redução da morbimortalidade provocada por essas patologias.

A garantia da efetivação desses objetivos está vinculada à capacidade gestora de organização da rede de saúde, prerrogativa fundamental ao processo de qualificação da gestão. Para tanto, é fundamental o desenvolvimento de instrumentos que regulamentem a organização dos serviços os quais desenvolverão as ações preconizadas pelo programa com relação à estrutura, processo e assistência à saúde.

Os instrumentos reguladores desenvolvidos pelo gestor devem considerar o grau de complexidade da rede de serviços e sua organização deve garantir a referência e contra-referência para os diferentes níveis de atenção, trabalhando de forma complementar.

Essa organização deve ser regulada e acompanhada pelo gestor local, de maneira a construir o vínculo e acompanhamento permanente do usuário sob cuidados das equipes da rede assistencial.

Para garantir, ainda, a qualidade da atenção é fundamental que haja promoção, educação para a saúde e assistência, com o estabelecimento de canais efetivos de interlocução e vinculação entre o serviço e o usuário.

Desta forma, a construção de uma proposta de qualificação da gestão procura alcançar os objetivos e diretrizes preconizadas nas Políticas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, a qual busca, entre outras questões, a valorização dos trabalhadores do SUS, o resgate de suas identidades organizacionais, além de propiciar um conhecimento básico e homogêneo acerca do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, a implantação de uma política de formação e qualificação da gestão apresenta-se como um desafio para a Saúde Pública.

Em 2001, durante o período inicial de habilitação do PNTN constatou-se uma grande diversidade estrutural entre os estados e conseqüentemente entre os próprios Serviços de Referência em Triagem Neonatal (SRTN) credenciados, o que acabou gerando as principais dificuldades e pendências do processo de credenciamento.

A equipe multidisciplinar, ponto central de estruturação do SRTN, apresentou falhas de capacitação técnica e de pessoal demonstradas mais claramente pela ausência de experiência em triagem neonatal de alguns membros da equipe e/ou pelo estado incompleto ou em formação de algumas equipes.

Nos anos de 2002 e 2003, foi realizado o Programa de Capacitação Equipes Multidisciplinares dos SRTNs, de forma regionalizada, sob a forma de Módulos Teóricos e Práticos, atingindo mais de 200 diferentes profissionais envolvidos com o PNTN em todo o Brasil.

No ano de 2005, a Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade/DAE/SAS e o Grupo Técnico de Assessoria em Triagem Neonatal (GTATN/MS) planejaram a realização de um Curso de Gestão Pública em Triagem Neonatal durante o III Congresso Brasileiro de Triagem Neonatal (III CBTN, São Paulo, novembro/2005).

Diante do interesse suscitado pelo Curso de Gestão promovido durante o III CBTN, foi evidenciada a necessidade urgente do mapeamento das condições de gestão do PNTN nas diversas unidades da federação e da análise das peculiaridades e dificuldades regionais no gerenciamento deste Programa. Assim sendo, foi proposta para o ano de 2006 a realização de Oficinas Regionais de Qualificação da Gestão do Programa Nacional de Triagem Neonatal que ocorreram nos meses de março e abril, sendo que o material produzido está descrito nesta publicação.

Objetivo da oficina

Objetivo geral

Constituir um espaço de discussão e análise acerca do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), bem como, propiciar aos participantes de um programa do SUS, as informações essenciais à condução de questões ligadas ao cotidiano das gestões locais.

Objetivos específicos

- Resgatar o lugar e a identidade dos participantes no contexto organizacional;
- Situar os participantes em relação à organização de saúde na qual estão inseridos;
- Conhecer e analisar o processo de construção do PNTN no Brasil;
- Identificar o PNTN dentro do SUS, seu processo de construção, sua implantação, observando seus avanços e dificuldades de forma regionalizada;
- Avaliar o processo de gestão dos programas estaduais e municipais de triagem neonatal;
- Identificar as principais dificuldades dos programas estaduais e municipais de triagem neonatal com relação a sua capacidade gestora e desenvolvimento das ações de atenção em suas diferentes fases, como a execução das ações assistenciais e a interface com outras áreas importantes para a continuidade do processo de gestão e para o êxito do programa;
- Construir uma proposta de soluções indicadas para cada uma das dificuldades apontadas, identificando a responsabilidade nos diferentes níveis de gestão.

Metodologia

➤ Participante:

- sujeito ativo do processo;
- responsável pelo seu processo de aprendizado;
- coordenadores estaduais do programa de triagem neonatal e coordenadores de SRTN, assim como outros profissionais das secretarias estaduais e municipais de saúde envolvidos com a triagem neonatal .

➤ Facilitador:

- coordenador do processo de ensino-aprendizagem;
- estimulador da construção coletiva do conhecimento;
- técnicos especializados do ministério da saúde e Grupo Técnico de Assessoria em Triagem Neonatal (GTATN/MS) .

➤ Estratégias de ensino:

- palestras com temas específicos;
- dinâmicas de grupo;
- recursos audiovisuais;
- leitura de textos.

➤ Duração e distribuição das oficinas:

- 20 horas a cada Oficina;
- Brasília/DF – 16 e 17/3/2006 (Regiões Norte e Centro-Oeste);
- Florianópolis/SC – 23 e 24/3/2006 (Regiões Sul e Sudeste);
- São Luiz/MA – 6 e 7 /4/2006 (Região Nordeste);
- São Paulo/SP – 25 e 26/4/ 2006 (Estado de São Paulo).

Programação das oficinas regionais

1.º Dia

Mesa 1: “Estratégia de gestão para o PNTN”.

- Gestão do SUS;
- Responsabilidades do gestor estadual;
- Papel do coordenador estadual do PNTN;
- Discussão plenária.

Mesa 2: “Mecanismos de gestão”.

- Controle e regulação;
- Assistência farmacêutica;
- Construção da matriz de indicadores do PNTN;
- Discussão plenária.

Trabalho em grupo:

- Dificuldades encontradas na gestão local do PNTN.

2.º Dia

Mesa 3: “Políticas públicas relacionadas ao PNTN”.

- Anemia falciforme;
- Fibrose cística;
- Genética clínica;
- Discussão em plenária.

Trabalho em grupo:

- Discussão de estratégias para solução das dificuldades;
- Apresentação de propostas;
- Fechamento e avaliação da oficina.

Resultados dos grupos de trabalho

Durante a atividade coletiva realizada nas oficinas, os participantes foram distribuídos em três grupos, de forma a mesclá-los, conforme suas diferentes origens, num mesmo grupo de discussão. Inicialmente, todos se apresentavam e relatavam suas expectativas em relação à oficina de forma a promover o conhecimento e a integração entre os participantes. Além disso, desta forma pôde-se resgatar o lugar e a identidade dos participantes no contexto organizacional do PNTN naquela região.

Visando avaliar a gestão dos programas estadual e municipal de triagem neonatal, no primeiro dia da oficina, os grupos passaram a identificar e listar as principais dificuldades locais do PTN, pontuando os nós críticos e suas interfaces com outras áreas assistenciais. No final dessa atividade, o repertório de dificuldades listado em cada grupo de trabalho foi apresentado à plenária.

No segundo dia da oficina, houve um novo momento de atividade coletiva em que foram formados outros três grupos de trabalho com componentes diferentes do dia anterior. Cada grupo recebeu uma lista compilada das dificuldades apontadas no dia anterior e, assim, todos trabalharam na solução dos problemas de forma global. Visando construir contribuições positivas ao PNTN foram então elaboradas estratégias de solução além da indicação dos responsáveis pela ação indicada.

No final deste trabalho de grupo, foram apresentadas em plenária as soluções apontadas e seus respectivos responsáveis.

Houve um fechamento final da construção coletiva das oficinas e o resultado obtido em cada uma das oficinas regionais de qualificação da gestão em triagem neonatal será apresentado a seguir:

Região Nordeste

Dificuldades	Propostas de Soluções	Responsáveis pela Ação
Recursos humanos.	Adequação do quadro de funcionários para o programa em todas as instâncias.	Gestores – estaduais, municipais.
Postos de coleta insuficiente.	Cadastramento de postos de coleta.	Gestor estadual e municipal
Baixa adesão na coleta da 1. ^a semana.	Envolvimento da Estratégia Saúde da Família.	SES e SMS
Transporte p/STN.	Aquisição de transporte	SES e SMS
Preenchimento inadequado na identificação.	Treinamento.	SRTN / SES
Encaminhamento do paciente para acompanhamento.	Sensibilização de gestores municipais	SES e SMS
De comunicação entre as famílias, serviço de triagem, SMS e SES (telefone, fax).	Aquisição de telefone e fax, Reunião periódica (trimestral) dos PTN (SES, SRTN, Laboratórios)	SES / SMS
Demora na entrega de resultados.	Providência de recursos humanos e equipamentos, insumos (<i>kits</i>).	SRTN / Laboratório
Baixa cobertura.	Envolvimento da equipe de saúde da família.	SES / MS
Burocracia no processo de compra e dispensação.	Desburocratizar – viabilizar processo de compra mais ágil – entrega trimestral.	SES / Assistência Farmacêutica
Falta de apoio da SES quando o serviço de triagem é não-governamental.	Correção de deturpações.	SES

Sul e Sudeste

Dificuldades	Propostas de Soluções	Responsáveis pela Ação
Falta de integração entre estado/municípios e SRTNs e o não-cumprimento das competências individuais.	- Articulação política - Interlocação direta do gestor estadual (coordenador estadual).	Coordenador Estadual
Falta de articulação/ intercâmbio entre SRTNs nos estados, em que há mais de um SRTN	- Articulação política entre SRTNs.	Coordenador Estadual

Dificuldades	Propostas de Soluções	Responsáveis pela Ação
Falta de inserção da TN na política de saúde dos estados.	- Seguir a recomendação da agenda de compromisso Saúde Integral da Criança.	SES
Pouco envolvimento dos gestores, delegando competências a terceiros.	- Definir perfil do coordenador.	SAS/MS
Dificuldade de cobrança da APACs	- Disponibilização do <i>layout</i> da APAC pelo estado	SES
Disponibilização dos dados nacionais pela internet (DATASUS).	- Disponibilizar relatório <i>on-line</i> (DATASUS).	SAS/MS
Dificuldade no atendimento nos casos de média complexidade (consultas/exames complementares).	- Disponibilizar recursos para procedimentos e organização da rede. - Incluir na Portaria n.º 822 os exames complementares com remuneração por Faec e revisão dos protocolos.	MS e SES
Dificuldade de cálculo de cobertura, dados desatualizados.	- Sinasc – maior efetivação (atualizar dados) - Consolidação pelo gestor estadual.	SES
Ausência de dados dos laboratórios privados.	- Portaria estadual que exija a apresentação de dados.	MS/SES
Dificuldade financeira/contratualização de serviços.	- Atualização da tabela.	MS
Importação do controle de qualidade externo (CDC).	- Pactuação entre SAS/Anvisa.	GTATN/MS
Dispensação dos medicamentos excepcionais.	- Descentralizar a dispensação - Flexibilizar a dispensação de medicamentos para uma periodicidade trimestral	SES
Ampliação na tabela de exames para complementação diagnóstica.	- Ampliação da tabela* Teste do suor quantitativo. Teste do suor qualitativo Cintilografia da tireóide Teste do perclorato. US da tireóide	MS
Desatualização da tabela do SUS.	- Atualização da tabela.	MS
Falta de material educativo.	- Disponibilizar recursos/Política de mídia.	SES/MS

São Paulo

Dificuldades	Propostas de Soluções	Responsáveis pela Ação
Falta de coordenador estadual.	Designação de um profissional.	SES
Diferenças entre os serviços de referência.	Formação de rede para atenção 2. ^a e 3. ^a . Detecção das mesmas e tentativa de readequação em reuniões /coordenadores municipais e estaduais.	SES e SMS
Mudanças de gestores dificultando prioridades já estabelecidas.	A mudança de gestores não deve interferir na política de estado. Fortalecer todas as instâncias.	SES e SMS
Regionalização do Programa – abrangência e cobertura populacional.	Mapear o estado de acordo com a proximidade e capacidade de atendimento de cada SRTN.	Coordenador Estadual
Falta de capacitação da rede básica em TN (pediatras, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem)	Capacitação continuada. Inclusão de treinamentos nos centros de formação dos municípios, Cefor e Pólos de Educação Permanente.	SRTN e SMS
Atendimento das emergências para doenças falciformes.	Capacitação continuada, material didático Inclusão de treinamentos nos centros de formação dos municípios e Cefor e Pólo de Educação Permanente Parcerias da Soc. Bras. Pediatria e Hematologia).	SRTN, SMS,
Dificuldade de acesso aos exames complementares.	Formação de rede 2. ^a e 3. ^a Reorganização da referência e contra-referência.	SMS
Dificuldades no transporte dos pacientes para consulta nos SRTNs – TFD (?)	Fornecimento de transporte sensibilização dos gestores	SRTN e SMS
Rotatividade de RH nos serviços de saúde..	Capacitação do novo funcionário capacitação permanente.	SRTN
Dificuldade de acesso ao medicamento	Planejamento trimestral Melhoria do fluxo	SRTN / SES
Coleta na primeira semana de vida	Campanha de divulgação (televisão) melhorar a informação nos programas de saúde inseridos na atenção básica, especialmente pré-natal e puericultura	MS e SMS

Dificuldades	Propostas de Soluções	Responsáveis pela Ação
Pouca divulgação da TN (comunidade em geral e profissionais de saúde)	Campanha de divulgação (televisão).	MS
Alta hospitalar precoce	Envolver rede básica, PSFs.	SMS
Ausência do DNV registrado	Campanhas de divulgação e obrigatoriedade do preenchimento correto e de sensibilização dos profissionais.	MS
Falta de hierarquização do fluxo das informações do Banco de Dados da Triagem Neonatal..	Organização e divulgação no fluxo das informações	Grupo Técnico da Triagem Neonatal e MS
Ausência de informações sobre a TN nos serviços privados / TN incompleta.	Obrigatoriedade na prestação das informações	MS
Falta de insumos laboratoriais	Reestudo dos tetos financeiros.	SMS, SES, MS
Dificuldade no fornecimento dos insumos terapêuticos.	Reorganização de fluxos e protocolos.	SES, MS
Dificuldade na capacitação da rede de saúde pública.	Inclusão de treinamentos nos centros de formação dos municípios, Cefor, e Pólo de Educação Permanente.	SRTN, SMS, SES

Norte e Centro-Oeste

Dificuldades	Propostas de Soluções	Responsáveis pela Ação
Falta de apoio/ comprometimento dos gestores estaduais e municipais, assim como de alguns coordenadores estaduais no PNTN, ficando tudo centralizado no próprio serviço.	Incluir o PTN na pauta de reunião do Conass, Conasems e CIB com finalidade de atingir 100% dos gestores. Construção de relatórios gerenciais para serem apresentados aos gestores mostrando avanços, resultados e dificuldades do programa na sua área de abrangência. Reuniões periódicas entre Coordenador Estadual e Coordenador dos SRTNs do Estado.	MS e SES

Dificuldades	Propostas de Soluções	Responsáveis pela Ação
Estruturação da equipe multiprofissional.	Viabilizar capacitação prática da equipe em um outro serviço credenciado com mais experiência. Capacitação continuada da equipe (elaboração de material para teleconferências, reciclagem nos moldes de cursos a distância além das capacitações formais no modelo já existente).	MS e SES
Tempo de entrega dos resultados pelo laboratório.	Melhoria da informatização e descentralização. Agilização do envio com envelopes pré-franquiados. Resultado via internet com adesão gradual dos municípios	SES e SMS
Pouco envolvimento dos profissionais do SRTN	Sensibilização e capacitação de profissionais Reuniões periódicas mensais, com participação do Coordenador Estadual. Elaboração de protocolos de responsabilidades e atribuições. Confraternizações.	SES e SMS e SRTN
Alta rotatividade de recursos humanos do estado e municípios: gestores e técnicos.	Informar o maior número de pessoas possíveis sobre a triagem neonatal, incluindo o tema como pauta nos estabelecimentos de ensino na área da saúde. Discussão deste problema dentro das reuniões da CIB / Cosems. Cobrança dos certificados de treinamento da equipe responsável pela Triagem Neonatal. Cadastro atualizado dos postos de coletas com respectivos responsáveis.	SES
Falta de Informatização.	Implantar uma ferramenta que gerencie todo o processo do PNTN. Cobrança do compromisso do gestor garantindo informatização. Solicitação de convênio com MS para aquisição de programas.	SES e SMS
Fragmentação do serviço de atendimento.	Promover discussão entre o MS e a SES. Articulação do serviço para eliminar fragmentação.	SRTN, SES e SMS e coordenador estadual

Dificuldades	Propostas de Soluções	Responsáveis pela Ação
Demora na elaboração dos exames por insuficiência de <i>Kits</i> .	Solicitação de <i>Kits</i> com margem de segurança ampliada. Previsão do estoque de reserva. Convocação do Ministério Público para ajudar na solução do problema.	SES e sociedade civil
Falta de medicamentos.	Estimular o controle social. Convocação do Ministério Público.	Gestor / Usuário
Vasta área territorial a ser coberta. Coleta – dificuldade na obtenção de maior cobertura. Busca ativa (fixação da família) Dificuldade no acompanhamento.	Grupo de trabalho MS e SES para discutir acesso a áreas fronteiriças e localidades ribeirinhas. Envolvimento da família Responsabilidade das equipes do PSF e envolvimento da atenção básica. Incluir nos programas de capacitação técnica das equipes do PSF e de Agente Comunitário, módulos de Triagem Neonatal.	MS/SES/SMS
Coleta na época ideal.	Campanha de divulgação nacional. Ênfase em Triagem Neonatal na Agenda da Criança e no pré-natal. Buscar envolvimento da atenção básica.	SES e SMS e MS
Controle de Qualidade Laboratorial (internacional).	Contato com assessoria do MS para articulação com outros serviços. Convênio CDC com a Fiocruz – trazer controle de qualidade para o Brasil. Retomar na Anvisa o contato com CDC.	SRTN e MS e Anvisa
Armazenamento de amostras de sangue seco.	Formação de uma comissão para normatizar protocolo.	SRTN e MS e Anvisa
Emissão de relatórios.	Melhoria do sistema de informação.	SRTN e SES
Ausência de monitoramento e avaliação dos dados da triagem neonatal.	Consolidação de indicadores para o PNTN.	SES e SRTN e MS

Relatório consolidado

As dificuldades apontadas nas quatro diferentes oficinas de qualificação da gestão em triagem neonatal foram muito semelhantes, e podem ser agrupadas, de acordo com seu enfoque temático, em:

- **Problemas no âmbito da esfera estadual** – Coordenação estadual não integrada com SRTNs e/ou não articulada com demais ações de saúde estaduais; alta rotatividade e falta de capacitação dos diversos profissionais da rede pública estadual; ausência de comunicação entre gestores municipais e estaduais; dados insuficientes para cálculo de cobertura populacional (inclusive pela insuficiência de informações da cobertura nos laboratórios privados de triagem neonatal); dificuldades na dispensação dos medicamentos excepcionais.

Em algumas oficinas, dificuldades com a coordenação estadual passaram a ser o eixo central das dificuldades, uma vez que em alguns locais não existe uma coordenação real e/ou efetiva do PNTN, ocasionando um problema sério de gestão do PNTN local.

- **Problemas no âmbito da rede estadual de coleta** – Falta de capacitação continuada; alta rotatividade de recursos humanos; postos de coleta em número insuficiente; coletas tardias, ou mesmo em precoces em maternidades; armazenamento de material; comunicação deficitária com SRTN.

Em alguns locais das regiões Sul e Sudeste, ainda é realizada a coleta da triagem neonatal nas maternidades, fato este que ocasiona coleta precoce do exame (ocasionando resultados falso-positivos e/ou negativos). Nessas regiões, nos estados onde atuam mais de um SRTN (RJ e SP), outro problema apontado é a ausência de territorialização e distribuição dos postos de coleta, de acordo com a proximidade do paciente ao SRTN em questão.

- **Problemas no âmbito do laboratório de triagem neonatal** – Demora na recepção e emissão de resultados; dificuldades na informatização dos dados; períodos de insuficiência em *kits* laboratoriais; ausência da manutenção de controle de qualidade externa (internacional); falta de padronização no armazenamento de amostras; necessidade da incorporação de novas metodologias de diagnóstico.

Nos estados da Região Norte do País a vasta área territorial a ser coberta dificulta tanto na obtenção de maior cobertura, no processo de busca ativa (dificuldades de localização e fixação da família), quanto no processo de acompanhamento do tratamento dos casos confirmados de doença.

Nos laboratórios de triagem neonatal das regiões Sul e Sudeste, já avançados em Fase III do PNTN, a solicitação recai sobre a incorporação de novas metodologias diagnósticas e o reajuste na tabela de honorários para os procedimentos realizados.

- **Problemas no âmbito do SRTN** – Irregularidades no comprometimento, capacitação, estruturação e/ou comunicação dos profissionais da equipe; insuficiente interlocução com coordenação estadual e/ou postos estaduais de coleta; processo de informatização insuficiente ocasionando dificuldades na emissão dos relatórios mensais e no monitoramento e avaliação dos dados da triagem neonatal; falta de hierarquização do fluxo das informações do banco de dados da triagem neonatal; dificuldades no encaminhamento de APACs e de consultas/exames complementares especializados; ausência de material didático de apoio; recursos disponíveis heterogêneos entre os diferentes SRTNs de um mesmo estado.

Nos estados da Região Sudeste, onde existe mais de um SRTN, a ausência de comunicação e atividades compartilhadas entre os mesmos é apontada como uma dificuldade essencial ao bom andamento do PNTN. Além disso, estes SRTNs não apresentam uma homogeneidade de recursos, além de não apresentarem uma área de abrangência de atuação definida (a ausência de registro da DNV no exame de triagem neonatal favorece a duplicidade de exames obtidos de um mesmo recém-nascido).

Considerações finais

O Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) foi criado e normatizado por meio da PT GM/MS n.º 822, de 6 de junho de 2001, e operacionalizado nos Sistemas de Informação do SUS pela PT SAS/MS n.º 223, de junho de 2001.

Estabeleceu-se que o PNTN seria executado de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias municipais e estaduais de saúde por meio da criação de uma rede estadual de triagem neonatal, tendo como unidade central os Serviços de Referência em Triagem Neonatal (SRTN), que são os instrumentos ordenadores e orientadores de toda a rede local de triagem neonatal. Aos SRTN são destinados à operacionalização, execução e controle do PTN, na sua área de abrangência, desde a coleta, realização de exames, busca ativa, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento dos casos positivos detectados. Foram publicadas portarias específicas para habilitação de cada estado e/ou credenciamento de Serviço(s) de Referência(s) em Triagem Neonatal (SRTN).

Visando à gestão articulada das diferentes esferas e o bom andamento do Programa nos estados, cada Secretaria de Saúde definiu um Coordenador Estadual do PTN cuja atuação é fundamental para garantir que as ações realizadas em cada SRTN tenham o devido acesso no âmbito estadual.

É importante que todas estas normas sejam atendidas para que os municípios e estados informem e trabalhem adequadamente seus dados referentes ao PNTN, que alimentarão o banco de dados nacional dos sistemas de informação, que por meio de seus aplicativos, facilitarão a avaliação dos resultados pelos gestores municipais/estaduais/federal permitindo usá-los como indicadores para o planejamento das ações nesta área de atuação.

Todos devem estar articulados para garantir uma rede hierarquizada de atenção visando à universalidade do acesso, equidade, integralidade e resolutividade das ações.

O trabalho realizado nas oficinas de qualificação da gestão em triagem neonatal buscou definir as responsabilidades e atribuições de cada instância gestora do PNTN nos diferentes estados, superando o atual processo de habilitação, de forma a preparar-se para o “Pacto de Gestão do SUS” (Portaria n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006). Nesse Pacto, está prevista a formalização de um “Termo de Compromisso de Gestão”, ou seja, uma declaração pública dos compromissos assumidos pelo gestor perante os outros gestores e a população sob sua responsabilidade.

O fortalecimento da capacidade de gestão só ocorrerá por meio da definição clara das responsabilidades, competências e atribuições de cada um dos componentes do PNTN em cada estado.

As oficinas regionais de qualificação da gestão em triagem neonatal atingiram os objetivos previamente definidos ao permitir a criação de um espaço de discussão e análise acerca do Sistema Único de Saúde e do Programa Nacional de Triagem Neonatal. Em cada um dos encontros permitiu-se:

- resgatar o lugar e a identidade dos participantes no contexto organizacional do PNTN em seu estado;
- avaliar o processo de gestão dos programas estaduais e municipais de triagem neonatal (observando seus avanços e dificuldades de forma regionalizada);
- construir uma proposta de soluções indicadas para cada uma das dificuldades apontadas naquela região, identificando a responsabilidade nos diferentes níveis de gestão.

Para o êxito do PNTN em nosso País é fundamental a ação conjunta entre os diversos atores do processo: o magnífico trabalho realizado por todos os participantes das oficinas regionais de qualificação da gestão em triagem neonatal consolida o movimento coletivo na busca de resultados que possibilitem o avanço continuado do Programa.

Moderadores, convidados e participantes

Moderadores

Joselito Pedrosa – CGMCA/DAE/SAS

Washington Luiz Rossi Lacerda – CGMCA/DAE/SAS

Roberta Maria Leite Costa – CGMCA/DAE/SAS

Joice Aragão – CPNSH/DAE/SAS

Teresa Filomena Faillace – CGSI/DRAC/SAS

Isabel Cristina Guimarães Pimentel dos Santos – DECIT/SCTIE

Ana Márcia Messeder Sebrão – DAF/SCTIE

Tania Marini de Carvalho – CGMCA/DAE/SAS – **GTATN**

Helena Maria Guimarães Pimentel dos Santos – **GTATN**

Paula Regla Vargas – **GTATN**

Convidados

Regina Célia de Alencar Ribeiro – SES/CE

Maria Rosário Ribeiro Barreto – SES/BA

Participantes

UF	Nome
RO	Abrahan J. Serruya
SE	Ademilde Machado Andrade
GO	Alessandra Leão de Souza
AP	Amaranalda Bittencourt
DF	Ana Célia Moura
PI	Ana de Assunção L. Marculino
AL	Ana Maria Cavalcante Melo
TO	Ana Maria Tahan
SP	Ana Maria Silveira
RS	Ana Stela Goldbeck
MA	Andrea de Oliveira Gonçalves
SP	Angela dos Santos
MA	Antonia Cruz dosSantos
PI	Antonio Carlos de Carvalho
SP	Aracélia Lúcia Costa
DF	Arlete Salamere
SP	Betty Lorenzini
MS	Carlos Augusto Botelho
SP	Carmen S. Gabetta
SC	Cecília de Oliveira Vieira
MA	Celia Maria Mendes G. Sá
SP	Cinthia Souza
MA	Conceição de Maria S. Araújo
RJ	Daniel Elias Telio Duarte
DF	Denise de Brito
CE	Diva de Lourdes A. Fernandes
PR	Edina Vale da Rocha
DF	Edmilson Coutinho
PR	Ehrenfried Wittig
GO	Eliane Pereira dos Santos
SP	Elisabeth S. Ferreira
SP	Elizeth Ap. Nascimento

AP	Ellen Maria Hollanda Farias
SP	Fábio Valdetaro
MA	Fátima Maria Caldas Marques
SP	Fernando Luiz Lupinacci
PI	Gardênia Lucia Fernandes
SP	Geny M. M. Yao
MA	Geraulina Mendonça Castro
SP	Gisele Turi Hayaashi
SP	Helena Tiekko Takeda
RN	Hortencia Feitosa Gondim
SC	Igara Edite Noceti Vieira
MA	Irene Batista Ramada
MS	Izabel Cristina Santos
PR	José Alcides Marton
MS	José Augusto Botelho
RO	José Augusto Neto
SP	José Eduardo Lauandos
SP	José Gilberto de Paula
MG	José Nélio Januario
RJ	Judy Botier
MA	Laides Santos Dias
SP	Léa M. Zanini Maciel
SC	Léa Ruhland
SP	Lene Garcia Barbosa
SP	Lisette M ^a Carvalho e Silva
AM	Loiana de Melo
RS	Lucia Elina Maria de Mendonça
MA	Lucinda Maria c. Abreu Freitas
RS	Luis A. Piccoli
SP	Luis Eduardo Batista
AM	Luiza Mendonça
MA	Marcia Cristina Serra Soares
PB	Maria Aparecida R. De Amorim

SC	Maria Augusta Danielski Carbonari
PE	Maria Conceição G. Vilaça
PA	Maria da Graça Vieira
PE	Maria das Graças B. Ribeiro
ES	Maria de Fátima Caretta Martins
AL	Maria de Fátima Cunha
MT	Maria de Fátima Ferreira
MG	Maria Elice Nery Procópio
BA	Maria Inês Miranda Fontes
MA	Maria Palmira S. Carvalho
BA	Maria Rosário Ribeiro Barreto
SC	Marilza Leal Nascimento
SP	Marisdalva Viegas Stump
MG	Marta Alice Venâncio Romanini
DF	Moema de Araújo Ferreira
SP	Mônica Cotta Pereira
PR	Mouseline Torquato Domingos
SC	Nilcéia Santos de Oliveira Cruz
CE	Nilza m. Santana de O. Frota
PI	Pana de Assunção L. Marcolino
SP	Patrícia K. Ribeiro Magalhães
PA	Paulo Sérgio Guzzo
MA	Pedro Afonso de Souza
PE	Pérola Ayres Martins
CE	Regina Célia de Alencar Ribeiro
MT	Regina Coeli Pereira
RJ	Ricardo Meirelles
SE	Roberto Jose R. Ramalho
PR	Rogério Bini de Oliveira
RR	Rosana Coeli
RO	Ruth Lima Mesquita
RN	Ruy Medeiros de Oliveira
SC	Sandra de Moura Ghisi Rubi

DF	SandraLúcia Coutinho
MA	Sandra Melissia F. Rodrigues
SP	Silvia B. Longhitano
SP	Silvia M. M. Salgado
MA	Simone Costa Carvalho
BA	Solange Cruz Coelho
SP	Sônia Hadachi
MS	Susane Lima Vargas
DF	Tatiana Raquel Coimbra
ES	Terezinha Sarquis Cintra
PB	Valderez Araújo Lima Ramos
RR	Valentina de Araújo Vieira
SP	Vitória Pinheiro
AM	Waldemice de Oliveira

Bibliografia recomendada

ACURCIO, F. A. *Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil*. Belo Horizonte: [s.n.], [199-]. Adaptado. Mimeografado.

ACURCIO, F. A.; SANTOS, M. A.; FERREIRA, S. M. G. O planejamento local de serviços de saúde. In: MENDES, E. V. *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Hucitec, 1998. Cap. 4, p. 111-132.

BARROS, E. Política de saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 5-17, 1996.

BERTOLLI FILHO, C. História da saúde pública no Brasil. São Paulo: Ática, 1996. 71 p.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988. Art. 196-200.

_____. Ministério da Saúde. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez.1990.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde no Brasil: desafios e perspectivas*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 45p.

_____. Tribunal de Contas da União. *Feitos do Ministério da Saúde: muito deles, ação conjunta de Estados e Município: ano de 2003*. Dados extraídos do relatório do TCU sobre

as ações do governo em 2003. Relatório e pareceres prévios sobre contas do governo da república, exercício de 2003. Ministro Guilherme Palmeira – Relator. Brasília: TCU, 2004. Disponível em: <<http://www.tcu.gov.br>>.

BUSCAGLIA, Leo. *A folha*. [S. l.: s.n.], [19--]. Adaptado. Mimeografado.

CAMPOS, Gastão W. S. *Diretrizes sobre a reformulação dos modos de gestão e de atenção à saúde: o papel do Ministério da Saúde*. Brasília, [s.n.], 2003.

CEFOP. Breve história das políticas de saúde no Brasil. São Paulo: [s.n.], [19--?]. Mimeografado.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde – SUS: princípios. In: CAMPOS, F. E.; OLIVEIRA JÚNIOR, M.; TONON, L. M. *Cadernos de Saúde: planejamento e gestão em saúde*. Belo Horizonte: Co-opmed, 1998. Cap. 2, p. 11-26.

ENTREVISTAS realizadas com Sérgio Arouca e Gastão Wagner de Sousa Campos em fevereiro/2003. Produção do Ministério da Saúde. Brasília: Comunicação verbal, 2003. 1 videocassete.

FRANÇA, S. B. A presença do estado no setor saúde no Brasil. *Revista do Serviço Público*, [S. l.], v. 49, n. 3, p. 85-100, 1998.

HUMANIZASUS. Produção do Ministério da Saúde. Brasília, [2004?]. 1 videocassete.

LEITE, M. S. P. Políticas sociais e cidadania. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 117-131, 1991.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991.

MATTOS, R. A. Sobre os limites e as possibilidades dos estudos acerca dos impactos das políticas públicas relativas à epidemia de HIV/aids: algumas reflexões metodológicas feitas a partir do caso brasileiro. In: PARKER, R.; GALVÃO, J.; BESSA, M. S. (Org.). *Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Abia; São Paulo: Editora 34, 1999. Cap. 1, p. 29-90.

RODRIGUEZ NETO, E. A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo de Estudos em Segurança Pública (Nesp). *Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos para conselheiros de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. p. 7-17.

TEIXEIRA, P. Políticas públicas em aids. In: PARKER, R. (Org.). *Políticas, instituições e aids*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, ABia, 1997. Cap. 2, p. 43-68.

VIANNA, M. L. T. W. Notas sobre política social. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 133-159, 1991.

Anexos

Anexo A – Síntese das apresentações

Joselito Pedrosa CGMCA/DAE/SAS

Programa Nacional de Triagem Neonatal – Oficinas Regionais de Qualificação da Gestão –

Construção de Políticas de Atenção à Saúde

Joselito Pedrosa
CGMC/DAE/SAS/MS

DIFERENCIAÇÃO

Política:

É a definição e execução de um conjunto de ações referidas a uma situação problemática com o intuito de transformá-la, num determinado período de tempo.

Programa:

É um desenho de atividades que produzem uma mudança esperada na situação problemática identificada na Política, num determinado marco temporal, tendo em vista uma população alvo.

Projeto:

É um conjunto de atividades planejadas para a modificação esperada de uma determinada situação.

POLÍTICAS DE SAÚDE

■ **Conceito e Contexto**

Decisões de caráter geral, destinadas a tornar públicas as intenções de atuação do governo e orientar o planejamento

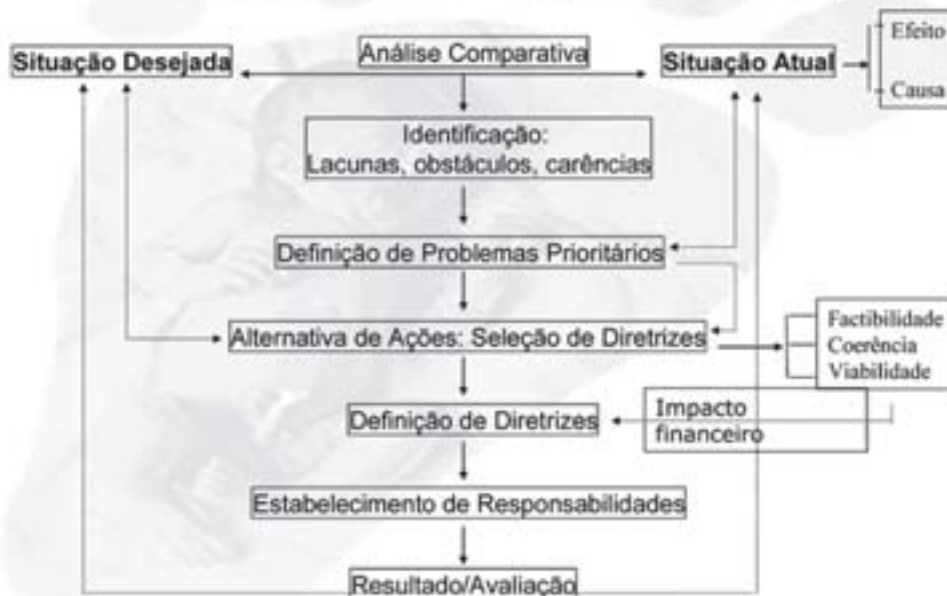
- **Com a explicitação formal dessas decisões permite-se o acesso da população em geral e dos formadores de opinião à discussão, à implementação e à avaliação das políticas, reduzindo-se os efeitos da descontinuidade administrativa e potencializando-se os recursos disponíveis**

POLÍTICAS DE SAÚDE

Conteúdo de uma política

- **Introdução** – consta das bases legais, antecedentes e as justificativas para o seu estabelecimento;
- **Propósito** – é o objetivo maior a ser atingido e delimita o raio de ação da política. Representa a situação futura desejada e constitui a base para avaliação do seu impacto;
- **Diretrizes** – são as formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas e dizem respeito aos caminhos para o alcance do propósito;
- **Responsabilidades institucionais** - são definidas as atribuições e competências que possibilitarão a consecução das diretrizes;
- **Avaliação** – busca verificar a efetividade da política, o seu impacto sobre a saúde.

Etapas para a Formulação de Políticas



POLÍTICAS DE SAÚDE

Impacto Financeiro

O primeiro passo é analisar os pontos chaves da Política;

⇒ Política

- Nova ?

- Reestruturação de algo já existente ?

⇒ Público alvo

- Toda população ?

- Determinada faixa etária ?

- Parcela da população dentro de determinadas faixas etárias?

Impacto Financeiro

- ⇒ Como definir o parâmetro
- Dados epidemiológicos:
 - a) Prevalência
 - b) Incidência:
 - Por agravo
 - População SUS dependente
- ⇒ Procedimentos/ custos
 - Já existentes ?
 - Serão criados?
 - Envolverá exclusão de procedimentos da tabela ?

Impacto Financeiro

- ⇒ Outras variáveis possíveis
 - Capacidade instalada
 - Grau de implementação



Obrigado!

Joselito Pedrosa
Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade
Departamento de Atenção Especializada/SAS/MS
Joselito.pedrosa@saude.gov.br
Fone: (61) 33152730 / 2084

OFICINA DE QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO EM TRIAGEM NEONATAL

RESPONSABILIDADES DE GESTÃO NA GARANTIA DA ASSISTÊNCIA EM TRIAGEM NEONATAL

(São Paulo / Abril / 2006)

Regina Ribeiro

Para entender : Gestão

“Atividade e a **responsabilidade** de dirigir um sistema de saúde-municipal, estadual ou nacional, mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, regulação, controle, avaliação e auditoria, gestão do trabalho, desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologias.”

Portaria nº 699/GM de 30/03/2006

Responsabilidades e atribuições de cada esfera de Governo

O que é?

É um compromisso com a população em um território definido, respeitando o pacto federativo

Para que?

Objetivando a garantia de acesso, equidade, integralidade e universalidade

Através das:

MACRO-FUNÇÕES DE GESTÃO

Responsabilidade pela saúde do cidadão

Compete ao Município “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população.”

Constituição da República Federativa do Brasil, art. 30, item VII

MACRO-FUNÇÕES GESTORAS NA SAÚDE

- **Formulação de Políticas;**
- **Planejamento e Programação;**
- **Financiamento;**
- **Cooperação técnica;**
- **Coordenação, Controle, Avaliação, Regulação
(do sistema/redes/prestadores);**
- **Prestação de Serviços;**
- **Desenvolvimento e capacitação de RH;**

Macro - Funções

Sub - Funções

Atribuições do Gestor

RESPONSABILIDADES DE GESTÃO DO SUS

Fundamentos legais:

- I. Lei Orgânica da Saúde-LOS (Lei 8.080 de 19/09/90)
- II. Lei 8.142 de 28/12/90
- III. NOB-SUS 01/93 (Port. GM Nº 545 de 20/05/93)
- IV. NOB-SUS 01/96 (Port. GM Nº 2.203 de 05/11/96)
- V. NOAS-SUS 01/2001 (Port. GM Nº 95 de 26/01/2001)
- VI. NOAS-SUS 01/2002 (Port. GM Nº 373 de 27/02/2002)
- VII. Port. GM Nº 2023 de 23/09/2004
- VIII. Pacto de Gestão do SUS – Port. GM Nº 399 de 22/02/2006

RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS

Portaria Nº 399/GM de 22/02/2006

PACTO DE GESTÃO DO SUS

Responsabilidades sanitárias e atribuições de cada instância gestora do SUS:
Federal, Estadual e Municipal superando o atual processo de habilitação.

Formalização:

TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO

Declaração pública dos compromissos assumidos pelo gestor perante os outros
gestores e a população sob sua responsabilidade.

RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS/PACTO DE GESTÃO

- I. Gerais da Gestão do SUS
- II. Regionalização
- III. Planejamento e Programação
- IV. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria
- V. Gestão do Trabalho
- VI. Educação na Saúde
- VII. Participação e Controle Social

(Portaria GM Nº 399 de 22/02/2006)

RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS

- **Termo de Compromisso de Gestão Municipal:**

Todo município é responsável pela integralidade da atenção à saúde da sua população exercendo essa responsabilidade de forma solidária com o Estado e a União.

Portaria n° 699/GM de 30/03/2006

COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DE CADA NÍVEL DE GESTÃO DO SUS RELATIVAS A IMPLANTAÇÃO/GESTÃO DO PNTN

Portaria GM N° 822 de 06/06/2001

Institui no âmbito do SUS o PNTN
(Anexo I)

Em conformidade com as respectivas Condições de Gestão e a divisão de responsabilidades definidas na NOAS-SUS 01/2001

RESPONSABILIDADES VINCULADAS A OBJETIVOS/PNTN

- I. Universalizar a triagem, buscando uma cobertura de 100% dos nascidos vivos
- II. Organizar Redes Estaduais de Triagem Neonatal
- III. Garantir o acompanhamento e tratamento para cada doença triada / fase de implantação
- IV. Proporcionar uma uniformidade no atendimento
- V. Criar e manter um banco de dados sobre Triagem Neonatal

COMO OPERACIONALIZAR NA PRÁTICA

Responsabilidades

Competências

Atribuições

Fortalecimento da Capacidade de Gestão

Macro Funções Gestoras

Recursos

Instrumentos de Gestão

INSTRUMENTOS DE GESTÃO DO SUS

- Plano Estadual de Saúde
- Plano Municipal de Saúde
- Plano Plurianual - PPA
- Plano Operativo Anual - POA
- Relatório de Gestão
- Agenda de Saúde
- Programação Pactuada e Integrada – PPI
- Plano Diretor de Regionalização – PDR
- Plano Diretor de Investimento - PDI

INSTRUMENTOS DE GESTÃO DO SUS

O processo de Programação Pactuada e Integrada – PPI

coordenado pelo Gestor Estadual, aprovado pela CIB, representa o principal instrumento para garantia de acesso da população aos serviços de média complexidade não disponíveis em seu município de residência, devendo orientar a alocação de recursos e definição de limites financeiros para todos os municípios do Estado, independente de sua condição de gestão.

(NOAS – SUS - 01/02)

INSTRUMENTOS DE GESTÃO DO SUS

Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde – PPI

O Processo de Programação deve contribuir para a garantia de acesso aos serviços de saúde, subsidiando o processo regulatório da assistência.

A PPI deve subsidiar a Programação Física Financeira dos estabelecimentos de saúde

(Pacto de Gestão)

INSTRUMENTOS DE CONTROLE, REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO

- Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES
- Cartão Nacional de Saúde
- Centrais de Regulação
- Protocolos Clínicos
- Protocolos Operacionais
- Centrais de Marcação de Consultas e Exames
- Contratualização

A CONTRATUALIZAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE REGULAÇÃO

1. Estabelece de forma explícita, as responsabilidades dos gestores e prestadores
2. Legitima a transferência de recursos públicos à iniciativa privada
3. Estabelece mecanismos de subordinação do processo de contratação às diretrizes das políticas de saúde no âmbito do SUS
4. Utiliza os contratos ou convênios como instrumento de regulação e de avaliação dos resultados na prestação de serviços

INDUTORES

- Da melhoria da qualidade dos serviços
- Da maior garantia dos direitos dos usuários

Port. GM Nº 358, de 22/02/2006 – Institui Diretrizes p/ Contratação de Serviços

RESPONSABILIDADES NA GARANTIA DO ACESSO / PNTN

(Referência: Port. GM Nº 822 de 06/06/2001)

TERMO DE COMPROMISSO DO GESTOR ESTADUAL

- . . . Garantia de acesso ou apenas exigência para adesão?
- . . . Compromisso para adesão diferente de adesão com compromisso

RESPONSABILIDADES

- Buscar a cobertura de 100% de seus nascidos – vivos referentes à triagem neonatal / Fase de Implantação
- Garantir a confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento dos pacientes triados

Importância dos Indicadores para Monitoramento e Avaliação

RESPONSABILIDADES NA GARANTIA DO ACESSO / PNTN

ESTRUTURAR, ORGANIZAR E IMPLANTAR AS REDES ESTADUAIS DE TRIAGEM NEONATAL

- Rede Hierarquizada de atenção visando a universalidade do acesso, equidade, integralidade e resolutividade das ações
- Está contemplada no PDR? Foi discutida na CIB?
- Fluxo de referência e contra-referência definidos?
- Ações definidas nos 3 níveis de atenção ou apenas procedimentos?
- Rede Estadual de Coleta suficiente
- Dificuldades na Gestão da Rede?

RESPONSABILIDADES NA GARANTIA DO ACESSO / PNTN

GARANTIA DO TRATAMENTO DOS PACIENTES TRIADOS COM DOENÇAS CONGÊNITAS / PNTN

Quem Financia?

“ A responsabilidade pelo financiamento e aquisição dos medicamentos de dispensação excepcional (Grupo 36) é do Ministério da Saúde e dos Estados, conforme pactuação, e a dispensação responsabilidade do Estado ”

(Pacto de Gestão)

Dificuldades na aquisição, cobrança e dispensação?

RESPONSABILIDADES DE GESTÃO / PNTN

. A Confecção e distribuição da APAC-1 Formulario é de responsabilidade do Gestor Estadual, conforme Port SAS/MS Nº 492 de 26/08/99

. Recomendação: Sistemática de Distribuição das APAC por meio eletrônico a partir de Janeiro de 2006, conforme Port SAS/MS Nº 567 de 13/10/05

RESPONSABILIDADES NO FINANCIAMENTO

O custeio das ações de saúde é de responsabilidade das 3 esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde. Os recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde, passam a ser transferidos de forma automática, fundo à fundo, em blocos de financiamento.

Portaria nº 698/GM de 30/03/2006

BLOCOS DE FINANCIAMENTO

- I. ATENÇÃO BÁSICA
- II. ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR
- III. VIGILÂNCIA EM SAÚDE
- IV. ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA
- V. GESTÃO DO SUS

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O bloco de financiamento para a Assistência Farmacêutica é constituído por 4 componentes:

1. Básico da Assistência Farmacêutica
2. Estratégico da Assistência Farmacêutica
3. Medicamento de dispensação excepcional
4. Organização da Assistência Farmacêutica

(Portaria n° 698/GM de 30/03/2006)

IMPORTÂNCIA DA COOPERAÇÃO

A Gestão do Sistema Único de Saúde é constituída de forma solidária e cooperada, com apoio mútuo através de compromissos assumidos nas Comissões Intergestores Bipartite – CIB e Tripartite – CIT

(Pacto de Gestão do SUS)

CONCLUSÃO

“ Há seis princípios da ecologia que dizem respeito diretamente à sustentação da vida: Redes, Ciclos, Energia Solar, Diversidade, Equilíbrio dinâmico e Alianças – Parcerias.

As trocas de energia e de recursos materiais no ecossistema são sustentados por uma cooperação generalizada.

A vida não tomou conta do planeta pela violência, mas pela Cooperação, e pela formação de Parcerias e pela organização em Redes ”

Fritjof Capra

**OFICINA DE QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO
EM TRIAGEM NEONATAL**

**O PAPEL DO
COORDENADOR ESTADUAL**

Maria Rosário Ribeiro Barreto

Abril - 2006

O Papel do Coordenador Estadual

1. Conciliar a Portaria GM/MS nº 822/2001 com a ação da Triagem Neonatal no Estado.
2. Interlocutor entre SES, SMS e SRTN
 - Articulação com os diversos setores na SES envolvidos com o PNTN: assistência farmacêutica, cadastro, vigilância sanitária, serviço de referência em hematologia e fibrose cística.
 - Promover reuniões entre o SRTN e SMS

O Papel do Coordenador Estadual

3. Gerenciar e Acompanhar o Programa

- ☐ Acompanhamento e análise dos relatórios:
PNTN - Planilhas de acompanhamento
Análise situacional

Planilha de Acompanhamento

PNTN – IDADE DA CRIANÇA NA DATA DA COLETA DO EXAME, BAHIA, 2006

Idade da Criança na Data da Coleta	Jan.	Fev.	Mar.	...	Dez.	Total	%
Até 7 dias	3.198	2.708				5.906	21,83
8 a 30 dias	9.846	7.323				17.169	63,46
Mais de 30 dias	2.240	1.738				3.978	14,71
Total	15.284	11.769				27.053	100,00

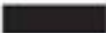


Fonte: Relatório PNTN – SRTNIAPAE-Salvador

Análise Situacional

PNTN – N° e % em Relação a Estimativa de Nascidos Vivos de Exames Realizados por Municípios, Bahia, 2006

N°	Municípios / Mês	Jan.	%	...	Total/Ano	N/Mês	N/Ano	N/PST
1								
...								
417								

Legenda:

	Município com laboratório particular
	Município não cadastrado
	Menor ou igual a 60%, em relação à expectativa de nascidos/mês.
Total/ano	Total de exames recebidos/ano
N/Mês	Expectativa de nascidos/mês
N/Ano	Estimativa de NV/ano – Fonte IBGE - Fornecido pela SESAB
N/PST	Número de postos cadastrados

Fonte: SRTNAPAE-Salvador

Análise Situacional

PNTN – Resumo, Bahia, 2006

Informações	Janeiro	Fevereiro	Março
Postos de Coleta	1.590	1.606	1635
Municípios Cadastrados	409	410	410
Municípios não Cadastrados	2	1	1
Municípios com Laboratório Particular	6	6	6

Fonte: SRTNAPAE-Salvador

Análise Situacional

PNTN – Resumo, Bahia 2006

Novas Adesões

Mês	Município
Janeiro	Lençóis
Fevereiro	Lajedinho
Março	-
...	
Dezembro	

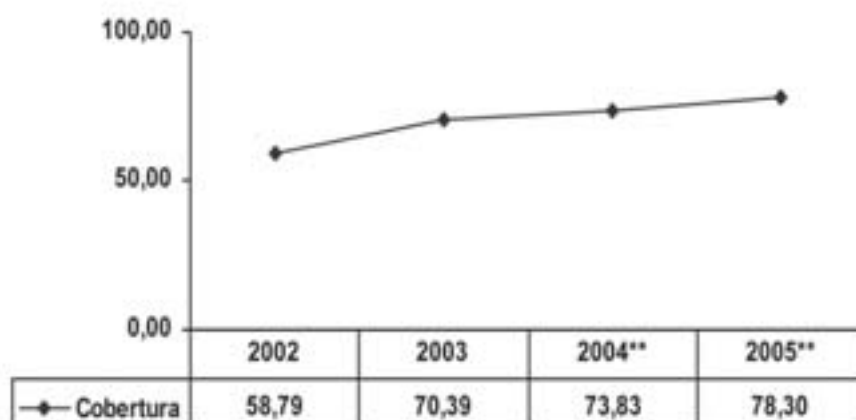
Fonte: SRTN/APAE-Salvador

Gerenciar e Acompanhar o Programa

Trabalhar os indicadores:

- Cobertura
- Número de municípios e postos de coleta vinculados com SRTN
- Proporção de RN triados por faixa etária
- Tempo entre coleta e chegada da amostra
- Tempo entre chegada da amostra e emissão de resultados
- Tempo entre emissão de resultados e retorno dos reconvocados
- Idade na 1ª consulta
- Número de casos confirmados por patologia.

Cobertura Populacional* da Triagem Neonatal, Bahia, 2002-2005

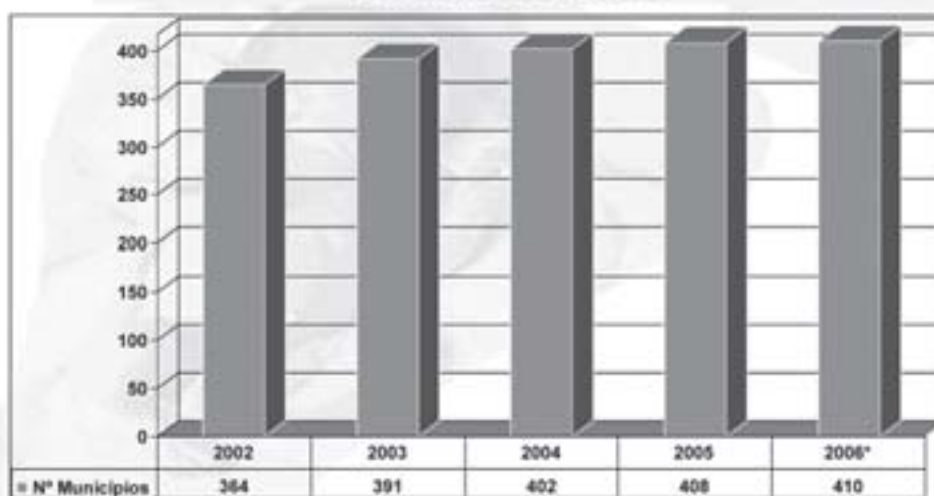


Fonte: SRTN/PAE-Salvador e DATASUS/SINASC

*Por 100 nascidos vivos

**Utilizado SINASC-2003 para cálculo. Sujeito a retificação após consolidação e publicação dos dados do SINASC 2004 e 2005.

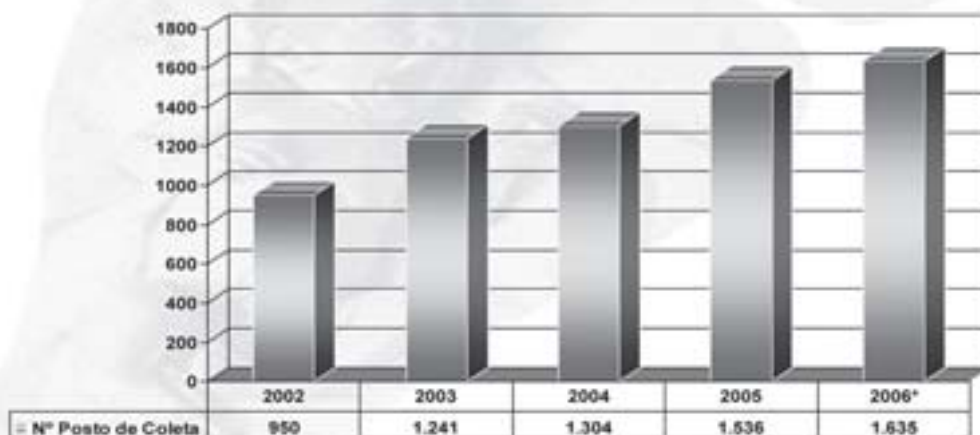
Número de municípios vinculados com SRTN, Bahia, 2002-2006*



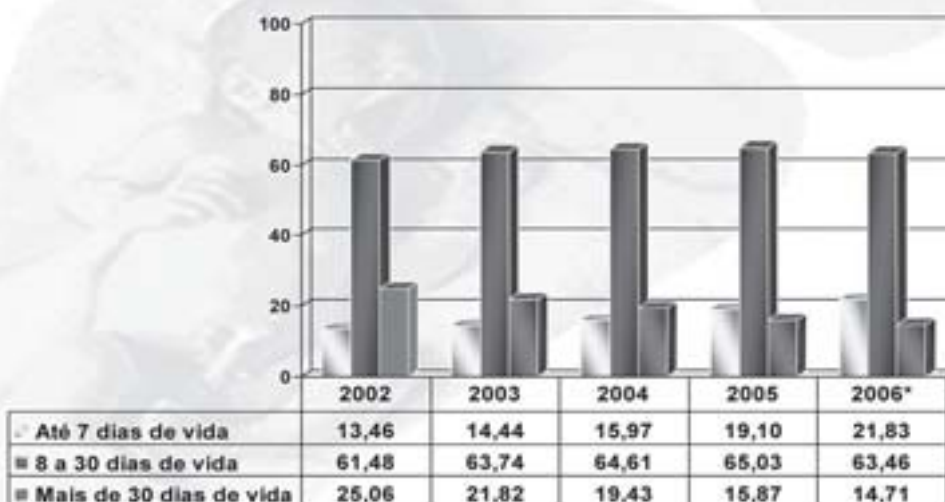
Fonte: SRTN/PAE-Salvador

*Dados até Março/2006

Número de Postos de Coleta vinculados com SRTN, Bahia, 2002-2006*



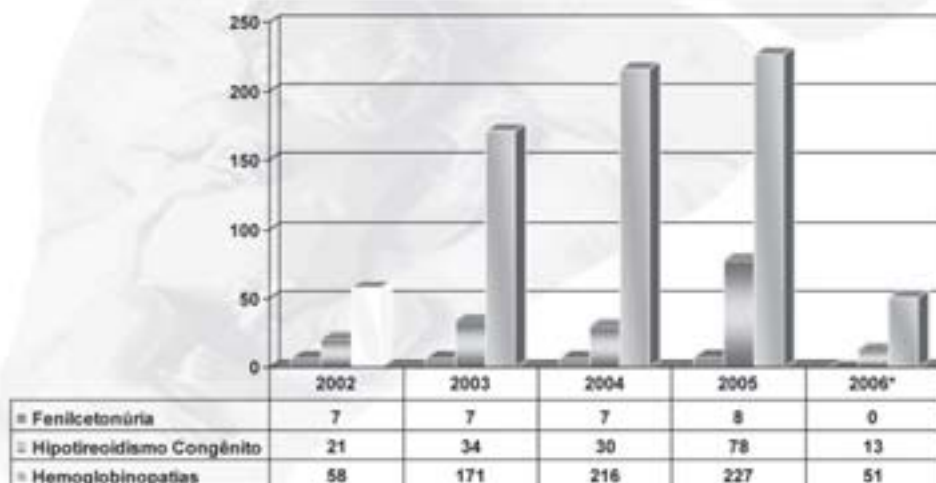
Proporção de RN Triados por Faixa Etária, Bahia, 2002-2006*



Tempo médio em dias decorridos entre coleta, chegada da amostra, emissão de resultados e retorno dos reconvocados, Bahia, 2002-2006*

Tempo Médio	2002	2003	2004	2005	2006*
Entre coleta e chegada da amostra ao SRTN	13	13	13	13	12
Entre a chegada da amostra ao laboratório e a emissão do resultado	9	7	7	6	5
Entre a emissão do resultado e o retorno dos reconvocados	39	51	50	46	21

Casos confirmados de Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito e Hemoglobinopatias, Bahia, 2002-2006*



Gerenciar e Acompanhar o Programa

- ❑ Reuniões com o SRTN para avaliação e planejamento.
- ❑ Desenvolver estratégias para melhoria dos indicadores:
 - ↳ Inclusão nas atividades do Plano Operativo da Agenda Estadual de Saúde
 - ↳ Relatório de Gestão
 - ↳ Programação da Atenção Básica
 - ↳ Realização de Seminários Macrorregionais



DAB / COAP / Área Técnica de Saúde da Criança.

Técnicos: Margareth Hamdan M. Coelho
Maria Rosário R. Barretto
Solange da Cruz Coelho
Sonia Cristina S. P. Barreto

Telefones: 71 3115-4382/4245/4205

Fax: 71 3371-1272

E-mail: scrianca@saude.ba.gov.br



Regina Célia de Alencar Ribeiro – SES/CE



Fundamento Legal:

PORTARIA SAS/MS Nº 223
DE 22 DE JUNHO DE 2001

TRIAGEM NEONATAL

PROCEDIMENTOS

BPA	APAC
Coleta de sangue p/ triagem neonatal	Deteção Molecular das Hemoglobinopatias
Fenilalanina e TSH (ou T4)	Deteção Molecular p/ Fibrose Cística (confirmatório)
Fenilalanina e TSH (T4) e deteção de variantes HB	Acompanhamento em SRTN Paciente c/ fenilcetonúria
Tripsina Imunorreativa	Acompanhamento em SRTN Paciente c/ hipotireodismo
Fenilalanina (controle diagnóstico tardio)	Acompanhamento em SRTN Paciente c/ doenças falciforme
Dosagem de TSH e T4 livre	Acompanhamento em SRTN Paciente c/ fibrose cística (uma vez ao ano)
Deteção variantes da HB	

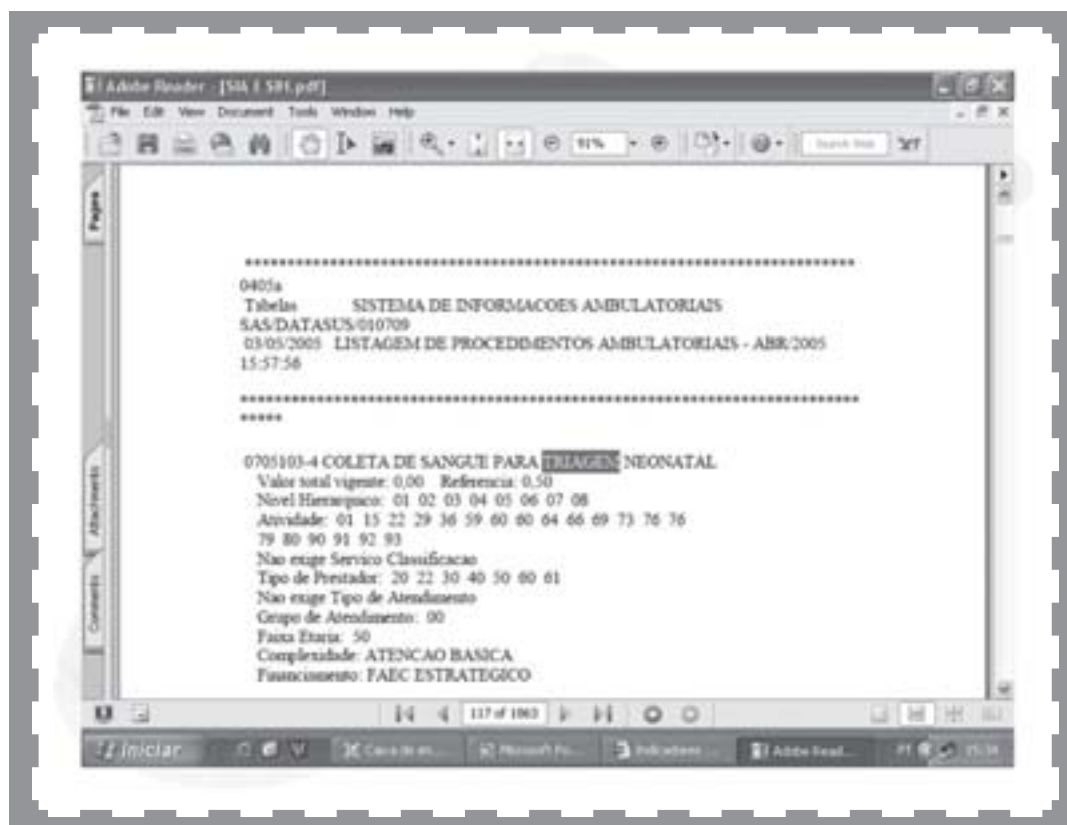




TABELA DE SERVIÇOS/CLASSIFICAÇÕES

Cod	Serviço	Cod	Classif	Gr	CBO	Profissional
029	TRIAGEM NEONATAL	040	TRATAMENTO RECEM-NASCIDOS LAB. PROP OU TERC.	1	875 10	ASSISTENTE SOCIAL, EM GERAL
				2	866 10	NUTRICIONISTA, EM GERAL
				3	84 125	HECICOENDOCRINOLOGISTA
				4	84 95	HECICOPIEDATRA
				5	874 10	PSICOLOGO, EM GERAL
		041	TRATAMENTO RECEM NASCIDO DOENÇAS FALCIFORMES	1	875 10	ASSISTENTE SOCIAL, EM GERAL
				2	866 10	NUTRICIONISTA, EM GERAL
				3	84 125	HECICOENDOCRINOLOGISTA
				4	84 95	HECICOPIEDATRA
				5	874 10	PSICOLOGO, EM GERAL
		042	TRATAMENTO RECEM-NASCIDO FIBROSE CÍSTICA	1	875 10	ASSISTENTE SOCIAL, EM GERAL
				2	866 10	NUTRICIONISTA, EM GERAL
				3	84 125	HECICOENDOCRINOLOGISTA
				4	84 95	HECICOPIEDATRA
				5	874 10	PSICOLOGO, EM GERAL

Fonte: PT SAS 49 fev 04

TABELA DE HABILITAÇÕES

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
14.05	Centro de Referência em Triagem Neonatal /Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas – Fenilcetonúria e Hipotireoidismo Congênito – Fase I
14.06	Centro de Referência em Triagem Neonatal /Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas – Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Doenças Falciformes e Outras Hemoglobinopatias – Fase II
14.07	Centro de Referência em Triagem Neonatal /Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas – Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Doenças Falciformes e Outras Hemoglobinopatias e Fibrose Cística – Fase III

Fonte: PT SAS 414 AGOSTO 05

PROCEDIMENTOS X HABILITAÇÃO

BPA	APAC
Coleta de sangue p/ triagem neonatal	Detecção Molecular das Hemoglobinopatias <input type="radio"/>
Fenilalanina e TSH (ou T4) <input type="radio"/>	Detecção Molecular p/ Fibrose Cística (confirmatório) <input type="radio"/>
Fenilalanina e TSH (T4) e detecção de variantes HB <input type="radio"/>	Acompanhamento em SRTN Paciente c/ fenilcetonúria <input type="radio"/>
Tripsina Imunorreativa <input type="radio"/>	Acompanhamento em SRTN Paciente c/ hipotireodismo <input type="radio"/>
Fenilalanina (controle diagnóstico tardio) <input type="radio"/>	Acompanhamento em SRTN Paciente c/ doenças falciforme <input type="radio"/>
Dosagem de TSH e T4 livre <input type="radio"/>	Acompanhamento em SRTN Paciente c/ fibrose cística (uma vez ao ano) <input type="radio"/>
Detecção variantes da HB <input type="radio"/>	

Fase I, II
e III

Fase II
e III

Fase III

Indicadores - Cms - Microsoft Internet Explorer fornecido por DATASUS

Arquivo Editar Exibir Favoritos Ferramentas Ajuda

Endereço: http://dms.datasus.gov.br/Inf_Inf_Especialidade_Latar.asp?Tipo=029&Latar=00&Estado=130&M=0&Terc=

Ministério da Saúde
CNESNet
 Secretaria de Atenção à Saúde
 DATASUS
 Cadastrar em 03/03/2009

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Eventos Institucional Serviços Indicadores Consultas Fale Conosco Home

Indicadores
 Serviço Especializado - TRAJEM NEONATAL

Existem 2 registros na tabela - Mostrando página 1 de 1

CMS	Estabelecimento	Atividade	CMS	CMS	Manutenção	Município
2796484	HOSPITAL REGIONAL ADARMASTOR TEIXEIRA DE OLIVEIRA	Classificação	04092704000242	04092704000242		VILHENA
0807000	NATIVIDA NUCLEU DE ATENDIMENTO EM TRAJEM NEONATAL LTDA	Classificação	22891004000140			PORTO VELHO

Internet

Iniciar [Carregando] [Microsoft PowerPoi...] [Indicadores - Cms - ...] PT 11:11

Indicadores - Habilitações - Cms - Microsoft Internet Explorer fornecido por DATASUS

Arquivo Editar Exibir Favoritos Ferramentas Ajuda

Endereço: http://dms.datasus.gov.br/Inf_Inf_Habilitacoes.asp?Estado=11

Indicadores
 Habilitações

Estado: RONDÔNIA

Município: ESCOLHA MUNICÍPIO

Competência: COMPETENCIA

Código	Descrição	Total
0416	CAPS I	2
0417	CAPS II	2
0403	CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS I	2
1496	CENTRO DE REFERÊNCIA EM TRAJEM NEONATAL (ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO - DOENÇAS FALCIFORMES E OUTRAS HEMODIÁLISE PATI)	1
1503	HEMODIÁLISE II	1
2702	HOSPITAL TIPO II EM URGÊNCIA	1

Internet

Iniciar [Carregando] [Microsoft PowerPoi...] [Indicadores - Habit...] PT 11:11

