



APAC - I / FORMULÁRIO

SUS <small>SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</small>	APAC - I - AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE/CUSTO	<small>NÚMERO ANPC</small> <input style="width: 90%;" type="text"/>
<small>NOME DO PACIENTE</small> <input style="width: 100%;" type="text"/>		
<small>CNS</small> <input style="width: 100%;" type="text"/>		<small>CPF</small> <input style="width: 100%;" type="text"/>
SOLICITAÇÃO		
<small>NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE</small> <input style="width: 95%;" type="text"/>		<small>CÓDIGO CNES</small> <input style="width: 20%;" type="text"/>
<small>NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE</small> <input style="width: 100%;" type="text"/>		
<small>CNS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE</small> <input style="width: 100%;" type="text"/>		<small>CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE</small> <input style="width: 100%;" type="text"/>

APAC - I / FORMULÁRIO

AUTORIZAÇÃO	
<small>PROCEDIMENTOS/MEDICAMENTOS AUTORIZADOS</small>	<small>CÓDIGO</small>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<small>ÓRGÃO EMISSOR</small> <input style="width: 95%;" type="text"/>	<small>CÓDIGO</small> <input style="width: 20%;" type="text"/>
<small>NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE PRESTADOR DE SERVIÇOS</small> <input style="width: 95%;" type="text"/>	<small>CÓDIGO CNES</small> <input style="width: 20%;" type="text"/>
<small>CNS DO AUTORIZADOR</small> <input style="width: 100%;" type="text"/>	<small>CPF DO AUTORIZADOR</small> <input style="width: 100%;" type="text"/>
<small>PERÍODO DE VALIDADE</small> <input style="width: 100%;" type="text"/>	<small>ASSINATURA E CARIMBO</small> <input style="width: 100%;" type="text"/>



**OUTROS PROCEDIMENTOS EM TRIAGEM
NEONATAL, BRASIL DE JAN A NOV DE 2005**

Procedimento	Total
0705103-COLETA DE SANGUE PARA TRIAGEM NEONATAL	4.326.809
1105211-TESTE TRIAGEM NEONATAL-(TSH/FENIL ALANINA)	3.270.754
1121101-DOSAGEM FENILALANINA(CONTR./DIAGNOST.TARDI	110.082
1121102-DOSAGEM TSH/T4 LIVRE(CONTROLE/DIAGN.TARDIO	74.221
1121103-DETECCAO VARIANTES HEMOGLOBINA(DIAGN.TARDI	345.640
1121104-DETECCAO MOLEC.MUTACAO HEMOGLOBINOP.(CONFI	30
1121105-DETECCAO MOLECULAR P/FIBROSE CISTICA(CONFI	209
Total	8.127.745

FONTE: DATASUS/MS

**PROCEDIMENTOS DO GRUPO 38 EM SRTN DE
JAN A NOV 2005**

Proced.Principal	Total
3807101-AC.SRTN PAC.DIAG.FENILCETONURIA TRIMESTRAL	1.070
3807102-AC.SRTN PAC.DIAG.HIPOTIREOID.CONGEN.TRIMES	4.437
3807103-AC.SRTN PAC.DIAG.DOENCA HEMONOGLOBIN.-ANUA	1.732
3807104-ACOMP.SRTN PAC.DIAG.FIBROSE CISTICA 1V/JAN	19
Total	7.258

FONTE: DATASUS/MS

PROCEDIMENTOS DO GRUPO 38 EM SRTN DE JAN A NOV 2005

UF	Frequência
ACRE	0
ALAGOAS	0
AMAPA	0
AMAZONAS	0
BAHIA	757
CEARA	138
DISTRITO FEDERAL	59
ESPIRITO SANTO	221
GOIAS	543
MARANHAO	526
MATO GROSSO	0
MATO GROSSO DO SUL	6
MINAS GERAIS	1.622
PARA	132
PARAIBA	0
PARANA	686
PERNAMBUCO	7
PIAUI	0
RIO DE JANEIRO	30
RIO GRANDE DO NORTE	0
RIO GRANDE DO SUL	0
RONDONIA	1
RORAIMA	0
SANTA CATARINA	49
SAO PAULO	2.481
SERGIPE	0
TOCANTINS	0
Total	7.258

FONTE: DATASUS/MS

PROCEDIMENTOS DO GRUPO 38 EM SRTN DE JAN A NOV 2005



FONTE: DATASUS/MS

Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional e a Triagem Neonatal



Ana Márcia Messeder

Brasília, 16 de março de 2006

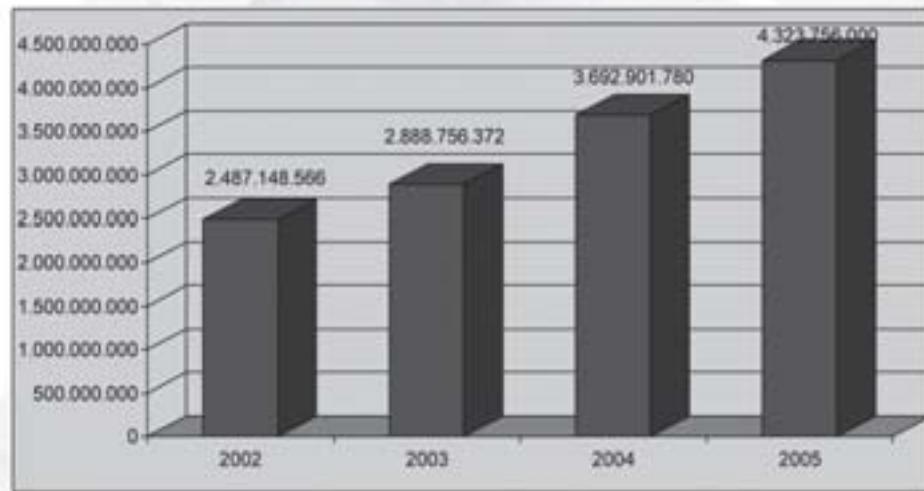
Messeder, AM 2006

Regulamentação da Assistência Farmacêutica

PT/GM 3916/98 – Política Nacional de Medicamentos

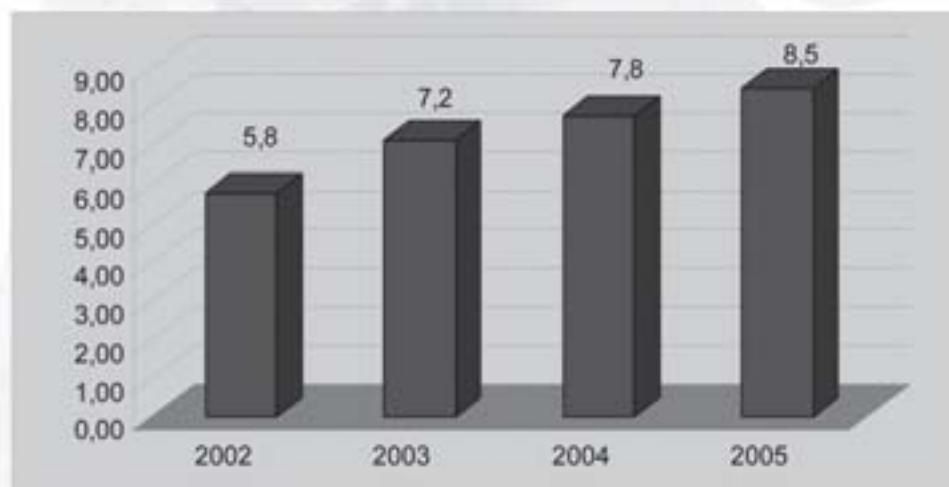
Essa portaria tem como objetivo formular as diretrizes de reorientação do modelo de Assistência Farmacêutica, com a definição do papel das três instâncias político-administrativas do SUS.

Evolução dos Principais Gastos com Medicamentos do Ministério da Saúde



Wesseler, AM 2005

Gastos com Medicamentos em relação ao Orçamento do Ministério da Saúde



Evolução dos Gastos por Programa

CATEGORIAS	Valores 2002 (R\$)	Valores 2003 (R\$)	Valores 2004 (R\$)	Valores 2005 (R\$)
Medicamentos para atender os Programas Estratégicos, incluindo medicamentos para DST/AIDS e imunobiológicos.	997.179.443	1.379.077.507*	1.538.130.000	1.792.320.000
Incentivo financeiro a municípios habilitados à parte variável do piso de atenção básica (PAB) para assistência farmacêutica básica. Medicamentos para o programa de assistência farmacêutica básica, correspondentes a R\$ 1,65/habitante/ano.	166.399.378	173.920.923	192.971.930	281.000.000
Medicamentos de dispensação em caráter excepcional (alto custo), mediante repasse de teto financeiro aos Estados.	489.533.000	519.789.868	871.799.950	1.027.436.000
Atenção aos pacientes portadores de coagulopatias.	273.140.592**	112.445.058	208.000.000	223.000.000
Medicamentos cobertos na atenção hospitalar (AIH + Oncológicos)	560.896.153	703.523.016	882.000.000	1.000.000.000
TOTAL ANUAL	2.487.148.566	2.888.756.372	3.692.901.780	4.323.756.000

Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional

O Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional é uma das estratégias do Ministério da Saúde para efetivar o acesso da população brasileira a medicamentos e a Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional

**O QUE É UM MEDICAMENTO DE DISPENSAÇÃO EM
CARÁTER EXCEPCIONAL?**

São medicamentos utilizados em patologias consideradas de caráter individual, que requerem tratamento longo ou até permanente, com uso de medicamentos de custo elevado.

Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional

Breve Histórico:

- 1976 → projeto de pesquisa do hormônio do crescimento humano;
- 1982 → início efetivo do desenvolvimento do Programa (Portaria MPAS/MS/MEC nº 03, 15/12/82)

Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional

Breve Histórico:

- **1996 → definição de critérios de operacionalização (Portaria MS/SAS nº 204, 06/11);**
 - **Cria-se os códigos da tabela de procedimentos do SIA/SUS,**
 - **estabelece a obrigatoriedade de dispensação em serviços públicos,**
 - **institui o formulário de Solicitação de Medicamentos Excepcionais (SME),**
 - **amplia a relação de medicamentos para 32 ativos em 53 apresentações.**

Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional

Breve Histórico:

- **1999 → implantada a sistemática de faturamento dos atendimentos através da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (Portaria SAS/MS nº 409)**
 - **estabelece o controle individualizado dos pacientes através do CPF**
 - **o uso do CID para determinar a condição patológica autorizadora da dispensação**
 - **as quantidades máximas de medicamentos dispensadas**

Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional

Breve Histórico:

- 2002 → extensão do elenco de medicamentos dando cobertura a uma série de novas condições patológicas e aumentando o número de medicamentos para 104 ativos em 232 apresentações.

Esta portaria condiciona a dispensação dos medicamentos a aplicação dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para as condições patológicas cobertas pelo programa já existentes ou ainda a serem desenvolvidos

(Portarias GM/MS nº 1.318 e SAS/MS nº 921)

Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional

Os PCDT tem objetivo de estabelecer claramente os critérios de diagnósticos de cada patologia, o tratamento preconizado com os medicamentos disponíveis nas respectivas doses corretas e os mecanismos de controle, o acompanhamento e a verificação dos resultados, sendo um mecanismo para garantir a prescrição segura e eficaz.

31 PCDT publicados e 17 submetidos a consulta pública aguardando publicação.



Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional

Fase I – Hipotireoidismo e Fenilcetonúria

CLASSIFICAÇÃO CID 10

- E03.0 Hipotireoidismo congênito com bócio difuso
- E03.1 Hipotireoidismo congênito sem bócio

CLASSIFICAÇÃO CID 10

E70.0 Fenilcetonúria clássica

MEDICAMENTO	AC	AM	RO	RR	PA	TO
Levotiroxina sódica 25mcg - cpr						
Levotiroxina sódica 50mcg - cpr						
Levotiroxina sódica 100mcg - cpr						
Levotiroxina sódica 150mcg - cpr						
Comp. Alim. Fenilcetonúricos para menores de 1 ano						
Comp. Alim. Fenilcetonúricos para maiores de 1 ano						

Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional

Fase I – Hipotireoidismo e Fenilcetonúria

MEDICAMENTO	DF	GO	MT	MS
Levotiroxina sódica 25mcg - cpr				
Levotiroxina sódica 50mcg - cpr				
Levotiroxina sódica 100mcg - cpr				
Levotiroxina sódica 150mcg - cpr				
Comp. Alim. Fenilcetonúricos para menores de 1 ano				
Comp. Alim. Fenilcetonúricos para maiores de 1 ano				

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas

Fenilcetonúria

Fórmula de aminoácidos isenta de fenilalanina

Portaria SASMS nº 647, de 31 de outubro 2002.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste protocolo pacientes que apresentarem o diagnóstico de fenilcetonúria, forma leve ou clássica, através de duas medidas laboratoriais de fenilalanina com resultados superiores a 10 mg/dL.

5. COMITÊ TÉCNICO/CENTRO DE REFERÊNCIA

Conforme já definido em Portaria GMMS nº 822 de 06 de junho de 2001, Serviços de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas Tipo I, II ou III - onde se inclui a fenilcetonúria - devem ser definidos pelas Secretarias Estaduais para a realização da triagem dos pacientes assim como seu acompanhamento.

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
Hipotireoidismo Congênito

Levotiroxina Sódica

Portaria SASMS nº 648, de 31 de outubro de 2002.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Apresentar o diagnóstico de hipotireoidismo congênito confirmado por exames laboratoriais (TSH e T4 total ou T4 livre).

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Apresentar valores baixos de TBG (*Thyroxine Binding Globulin*), o que significa um resultado falso-positivo de hipotireoidismo, uma vez que a redução da proteína carreadora de T4 (TBG) leva a dosagens baixas de T4 total no soro; nestes casos o diagnóstico deve ser obrigatoriamente confirmado por T4 livre².

6. CENTRO DE REFERÊNCIA

Conforme já definido na Portaria GMMS nº 822, de 06 de junho de 2001, Serviços de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas Tipo I, II ou III – onde se inclui o hipotireoidismo congênito – são os responsáveis pela realização da triagem dos pacientes assim como seu tratamento e acompanhamento.

Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional

Fase I – Hipotireoidismo e Fenilcetonúria

CLASSIFICAÇÃO CID 10

- E03.0 Hipotireoidismo congênito com bócio difuso
- E03.1 Hipotireoidismo congênito sem bócio

CLASSIFICAÇÃO CID 10

E70.0 Fenilcetonúria clássica

MEDICAMENTO	SP
Levotiroxina sódica 25mcg - cpr	
Levotiroxina sódica 50mcg - cpr	
Levotiroxina sódica 100mcg - cpr	
Levotiroxina sódica 150mcg - cpr	
Comp. Alim. Fenilcetonúricos para menores de 1 ano	
Comp. Alim. Fenilcetonúricos para maiores de 1 ano	

Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional

Fase I – Hipotireoidismo e Fenilcetonúria

CLASSIFICAÇÃO CID 10

- E03.0 Hipotireoidismo congênito com bócio difuso
- E03.1 Hipotireoidismo congênito sem bócio

CLASSIFICAÇÃO CID 10

E70.0 Fenilcetonúria clássica

MEDICAMENTO	AL	BA	CE	MA	PE	PI	RN	SE
Levotiroxina sódica 25mcg - cpr								
Levotiroxina sódica 50mcg - cpr								
Levotiroxina sódica 100mcg - cpr								
Levotiroxina sódica 150mcg - cpr								
Comp. Alim. Fenilcetonúricos para menores de 1 ano								
Comp. Alim. Fenilcetonúricos para maiores de 1 ano								

Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional

Fase I – Hipotireoidismo e Fenilcetonúria

CLASSIFICAÇÃO CID 10

- E03.0 Hipotireoidismo congênito com bócio difuso
- E03.1 Hipotireoidismo congênito sem bócio

CLASSIFICAÇÃO CID 10

E70.0 Fenilcetonúria clássica

MEDICAMENTO	ES	MG	RJ	PR	RS	SC
Levotiroxina sódica 25mcg - cpr						
Levotiroxina sódica 50mcg - cpr						
Levotiroxina sódica 100mcg - cpr						
Levotiroxina sódica 150mcg - cpr						
Comp. Alim. Fenilcetonúricos para menores de 1 ano						
Comp. Alim. Fenilcetonúricos para maiores de 1 ano						

Doença Falciforme

Hidroxiuréia

Portaria SAS/MS nº 872, de 06 de novembro de 2002.

3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos pacientes com todos os critérios abaixo:

- diagnóstico laboratorial de doença falciforme (HbSS), Sβ-talassemia (HbSβ), HbSC ou HbSD, por eletroforese de hemoglobina;
- idade superior a 18 anos. Se idade entre 4 e 18 anos, considerar a relação risco-benefício (ver situações especiais no item 5);
- capacidade de comparecer às revisões periódicas e de submeter-se a exames laboratoriais a cada duas semanas;
- teste de gravidez (β-HCG sérico) negativo para mulheres sexualmente ativas;
- pelo menos uma das seguintes complicações nos últimos 12 meses:
 - 3 ou mais episódios de crises vaso-oclusivas com necessidade de atendimento médico;
 - 1 crise torácica aguda recidivante (definida como dor torácica aguda com infiltrado pulmonar novo, febre de 38,5 °C ou mais, taquipnéia, sibilos pulmonares ou tosse)¹⁹;
 - 1 ou mais acidentes vasculares encefálicos ou ataques isquêmicos transitórios mesmo que em programas de transfusão de substituição;
 - 1 episódio de priapismo grave pós-puberal ou priapismo recorrente;
 - anemia grave e persistente (Hb < 6,0 g/dl em três dosagens no período de 3 meses).

Doença Falciforme

Hidroxiuréia

Portaria SAS/MS nº 872, de 06 de novembro de 2002.

4. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não deverão ser incluídos os pacientes que apresentarem:

- hipersensibilidade à hidroxiuréia;
- qualquer das evidências de disfunção medular:
 - contagem de leucócitos inferior a 2.500/mm³
 - neutrófilos < 2.000/mm³
 - plaquetas < 100.000/mm³
 - nível de hemoglobina < 4,5 g/dl
 - contagem de reticulócitos < 80.000/mm³ (quando hemoglobina < 9 g/dl)
- gestação (não há estudos adequados em humanos e há evidência de teratogênese em animais);
- infecção pelo HIV.

9. CENTROS DE REFERÊNCIA

Conforme já definido na Portaria GMMS nº 822, de 06 de junho de 2001, Serviços de Referência em Triagem Neonatal / Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas Tipo I, II ou III – onde se inclui a doença falciforme – são os responsáveis pela realização da triagem dos pacientes. O tratamento e o acompanhamento deverão ser realizados pelos Serviços de Referência ou Hemocentros que devem estar cadastrados na rede de atendimento.

Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional

Fase II – Doença Falciforme

CLASSIFICAÇÃO CID 10

- D 56.1 Talassemia beta
- D 56.8 Outras talassemias
- D 57.0 Anemia falciforme com crise
- D 57.2 Transtornos falciformes heterozigóticos duplos

MEDICAMENTO	AC	AM	RO	RR	PA	TO
Hidroxiurêia 500mg - cps						

MEDICAMENTO	DF	GO	MT	MS
Hidroxiurêia 500mg - cps				

Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional

Fase II – Doença Falciforme

CLASSIFICAÇÃO CID 10

- D 56.1 Talassemia beta
- D 56.8 Outras talassemias
- D 57.0 Anemia falciforme com crise
- D 57.2 Transtornos falciformes heterozigóticos duplos

MEDICAMENTO	ES	MG	RJ	PR	RS	SC
Hidroxiurêia 500mg - cps						

Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional

Fase II – Doença Falciforme

CLASSIFICAÇÃO CID 10

- D 56.1 Talassemia beta
- D 56.8 Outras talassemias
- D 57.0 Anemia falciforme com crise
- D 57.2 Transtornos falciformes heterozigóticos duplos

MEDICAMENTO	AL	BA	CE	MA	PB	PE	PI	RN	SE
Hidroxiuréia 500mg - cps									

Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional

Fase II – Doença Falciforme

CLASSIFICAÇÃO CID 10

- D 56.1 Talassemia beta
- D 56.8 Outras talassemias
- D 57.0 Anemia falciforme com crise
- D 57.2 Transtornos falciformes heterozigóticos duplos

MEDICAMENTO	SP
Hidroxiuréia 500mg - cps	

Fibrose Cística

Enzimas Pancreáticas

Portaria SAS/MS nº 263, de 18 de julho de 2001.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Crítérios clínicos compatíveis juntamente e dosagem de cloro no suor.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- hipersensibilidade a proteínas de suínos;
- pancreatite aguda ou crônica agudizada.

Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional

Fase III – Fibrose Cística

E84.0 Fibrose cística com manifestações pulmonares

E84.1 Fibrose cística com manifestações intestinais

E84.8 Fibrose cística com outras manifestações

E84.9 Fibrose cística não especificada

MEDICAMENTO	AL	BA	CE	MA	PB	PE	PI	RN	SE
Domasecifa 2,5mg - amp									
Enzimas Pancreáticas 4.000UI - cps									
Enzimas Pancreáticas 4.500UI - cps									
Enzimas Pancreáticas 6.000UI - cps									
Enzimas Pancreáticas 12.000UI - cps									
Enzimas Pancreáticas 16.000UI - cps									
Enzimas Pancreáticas 20.000UI - cps									

Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional

Fase III – Fibrose Cística

E84.0 Fibrose cística com manifestações pulmonares
 E84.1 Fibrose cística com manifestações intestinais
 E84.8 Fibrose cística com outras manifestações
 E84.9 Fibrose cística não especificada

MEDICAMENTO	AC	AM	RO	RR	PA	TO
Domase alfa 2,5mg - amp						
Enzimas Pancreáticas 4.000UI - cps						
Enzimas Pancreáticas 4.500UI - cps						
Enzimas Pancreáticas 8.000UI - cps						
Enzimas Pancreáticas 12.000UI - cps						
Enzimas Pancreáticas 18.000UI - cps						
Enzimas Pancreáticas 20.000UI - cps						

Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional

Fase III – Fibrose Cística

E84.0 Fibrose cística com manifestações pulmonares
 E84.1 Fibrose cística com manifestações intestinais
 E84.8 Fibrose cística com outras manifestações
 E84.9 Fibrose cística não especificada

MEDICAMENTO	SP
Domase alfa 2,5mg - amp	
Enzimas Pancreáticas 4.000UI - cps	
Enzimas Pancreáticas 4.500UI - cps	
Enzimas Pancreáticas 8.000UI - cps	
Enzimas Pancreáticas 12.000UI - cps	
Enzimas Pancreáticas 18.000UI - cps	
Enzimas Pancreáticas 20.000UI - cps	

Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional

Fase III – Fibrose Cística

MEDICAMENTO	DF	GO	MT	MS
Domase alfa 2,5mg - amp				
Enzimas Pancreáticas 4.000UI - cps				
Enzimas Pancreáticas 4.500UI - cps				
Enzimas Pancreáticas 8.000UI - cps				
Enzimas Pancreáticas 12.000UI - cps				
Enzimas Pancreáticas 18.000UI - cps				
Enzimas Pancreáticas 20.000UI - cps				

Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional

Fase III – Fibrose Cística

- E84.0 Fibrose cística com manifestações pulmonares
- E84.1 Fibrose cística com manifestações intestinais
- E84.8 Fibrose cística com outras manifestações
- E84.9 Fibrose cística não especificada

MEDICAMENTO	ES	MG	RJ	PR	RS	SC
Domase alfa 2,5mg - amp						
Enzimas Pancreáticas 4.000UI - cps						
Enzimas Pancreáticas 4.500UI - cps						
Enzimas Pancreáticas 8.000UI - cps						
Enzimas Pancreáticas 12.000UI - cps						
Enzimas Pancreáticas 18.000UI - cps						
Enzimas Pancreáticas 20.000UI - cps						

Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional

APAC

1) Perfil dos autorizadores:

- **Profissionais de nível superior da área de saúde;**
- **Profissionais devidamente treinados;**
- **Profissionais não vinculados à rede do sus.**

Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional

APAC:

2) Documentos/instrumentos necessários para emissão:

- **Prescrição Médica**
- **Solicitação de Medicamentos Excepcionais – SME**
- **APAC-I/Formulário**
- **APAC-II/Meio Magnético**

Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional

DATA	CPF DO MÉDICO RESPONSÁVEL	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL
RECIBO		
DATA	QUANTIDADE	ASSINATURA DO PACIENTE RESPONSÁVEL
DATA	QUANTIDADE	ASSINATURA DO PACIENTE RESPONSÁVEL
DATA	QUANTIDADE	ASSINATURA DO PACIENTE RESPONSÁVEL

FSME.VSD

Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional

APAC-I - formulário

Documento que autoriza o fornecimento de medicamentos de alto complexidade/custo.

APAC-II - MAGNÉTICO

Instrumento que permite:

- Digitar e armazenar as informações contidas na apac-i/formulário e no sme;
- Identificar o paciente;
- Cobrar os medicamentos de alta complexidade

 SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		APAC-1 - AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE/CUSTO		NÚMERO DA APAC	
NOME DO PACIENTE					
CNS			CPF		
SOLICITAÇÃO				CÓDIGO	
NOME DA UNIDADE SOLICITANTE					
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
CNS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
AUTORIZAÇÃO					
PROCEDIMENTO/MEDICAMENTO(S) AUTORIZADO(S)				CÓDIGO	
ÓRGÃO AUTORIZADOR				CÓDIGO	
NOME DA UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS			CNPJ	CÓDIGO	
CNS DO AUTORIZADOR			CPF DO AUTORIZADOR		
PERÍODO DE VALIDADE			ASSINATURA E CARIMBO		

Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional

Principais Problemas:

- Falta de articulação entre as áreas;
- Dificuldade de implantação de centros de referência que dispensem e acompanhem o tratamento;
- Falta de estruturação da área;
- Dificuldade nos processos de aquisição dos medicamentos;
- Faturamento das APAC.

Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional

DISTRITO FEDERAL

Dr Luiz Gonzaga Guimarães
SIA/SAPS – BLOCO G LOTE 06
CEP 71215-000 – Brasília/DF
Fone: (61) 3233.8097- 3245.1277
Fax: (61) 3233-5876

GOIÁS

Dr. Walmar Ribas Junior
Centro de Saúde Juarez Barbosa
Avenida Tocantins nº 777 – Centro
CEP 74.015-010 – Goiânia/GO
Fone: (62) 3225.0994

MATO GROSSO DO SUL

Drª. Cecilia Regina Gaiotto de Paula
Rua Delegado Osmar de Camargo
s/nº, Parque dos Poderes
CEP: 79.046-902 – Campo Grande/MS
Fone: (67) 3383.2303– 3352.2923
Fone/fax: (67) 3383.3913

MATO GROSSO

Dr. Oscarlino Alves
Avenida Miguel Sutil, 6741 – Galpão EFG
Bairro Duque de Caixas
78048-800- Cuiabá - MT
Fone/Fax: (65) 3653.2910 – 3624.9022

Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional

ACRE

Dr João Arnaldo Leal
Av. Getúlio Vargas S/N Vila Ivonete
CEP 69914-000 – Rio Branco – AC
Fone: (68) 32282720 – 3228 3239
Fax: (68) 3227-6797

AMAZONAS

Drª. Maria Rita Miranda Leite
Rua Duque de Caxias, 1998 – Praça XIV
CEP 69020-141 - Manaus – AM
Fone/fax: (092) 3635.6616/6632/6639/6648

AMAPÁ

Dr. Edilson Leal da Cunha
Rodovia BR 156 Km 0 nº 353
CEP 68900-000 – Macapá - AP
Fone : (96) 3212-6116/3212.6187
Fax: (96) 3223.3176

PARÁ

Dr. Raymundo dos Santos Barros Filho
Rua do Una nº 210 – Bairro do Telégrafo
CEP66113-200 - Belém - PA
Fone: (91) 3242.6461
Fax: (91) 4006.4271 – 4006.4297

Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional

RONDÔNIA

Dra. Ana Maria Marcelino
Rua 3 S/N - Pedacinho de Chão
CEP 78914-270 – Porto Velho – RO
Telefone: (0-XX-69) 216.5789/5488
Fax: (0-XX-69) 9984.0014 – 9972.3907
-1415

RORAIMA

Drª. Maria de Almeida Alves
Av. Mário de Melo 4491 - Calimbé
CEP 69312-000 – Boa Vista – RR
Fone: (0-XX-95) 625-4336 /625.5720
Fax: (0-XX-95) 625.5888 – CEL
9971.7794

TOCANTINS

Dra. Regina Mara Ferreira de Brito
Avenida LO4 Centro – 104 Norte - conjunto 04
– lote 46
CEP 77006-032 – Palmas/TO
Fone: (63) 3218-1745 /3200/1745
Fax: (63) 3218-1723

Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional

ALAGOAS

Dra. Isabel Cristina Coitinho Bulhões
Av. da Paz nº 978 - Jaraguá
CEP 57025-050 – Maceió – AL
Fone: (82) 3315-1473
Fax: (82) 3315-1473

CEARÁ

Dra. Harla Maria Cavalcante Pinheiro
Av. Washington Soares, 7605
CEP 60841-030 – Fortaleza - CE
Fone: (85) 3101-4356/4366
Fax: (85) 3101.4357

BAHIA

Dra. Juliane Passos Avena
CAB Plataforma 06 4ª Avenida Sala 210
CEP 41746-900 – Salvador – BA
Fone: (71) 3115-4352/7259/7161
Fax: (71) 3315.4365

MARANHÃO

Dr. Sandro César Feitosa Monteiro
Av. Carlos Cunha s/nº - Calhal
CEP 65076-820 - São Luiz - MA
Fone: (98) 3218-8743/8750
Fax: (98) 3243-5132 / 3246-2741

Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional

ESPÍRITO SANTO

Dr. Silvío César Machado dos Santos
Avenida Mascarenhas de Moraes Nº 2025 -
Bento Ferreira
29052-121 – Vitória – ES
Fone: (27) 3137.2326/2426
Fax: (27) 3137-2426

RIO DE JANEIRO

Dra. Maria Lúcia Borges Soares
Rua México, nº 128, sala 404
CEP 20031-140 – Rio de Janeiro - RJ
Fone: (21) 2299-9719/ 9721/9722/9718
Fax: (21) 2299-9719

MINAS GERAIS

Dra. Maria Helena Lemos Gontijo
Av. Brasil 688 – Santa Efigênia
CEP 30140-001 – Belo Horizonte – MG
Fone: (31) 3213-3175 / 3273-1582
Fax: (31) 3273-1582

Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional

PARANÁ

Dr. Julio César Merlim
Av. Prefeito Lothário Meissener nº 103
Jardim Botânico
CEP 80210-170 – Curitiba – PR
Fone: (41) 3262-9311
Fax: (41) 3264-5029

SANTA CATARINA

Dr. José Miguel do Nascimento Junior
Avenida Rio Branco 152, térreo - Centro
CEP 88015-200 – Florianópolis – SC
Fone: (48) 3251.7869/7804/7873
Fax: (48) 3251-7876

RIO GRANDE DO SUL

Dr. Paulo Piccon
Av. Borges de Medeiros 1501 – 4º andar
– ala Sul - Centro
CEP 90119-900 -Porto Alegre – RS
Fone: (0-XX-51) 3288.5941/5942
Fax: (0-XX-51) 3225-0087



OBRIGADO !

ANA MÁRCIA MESSEDER

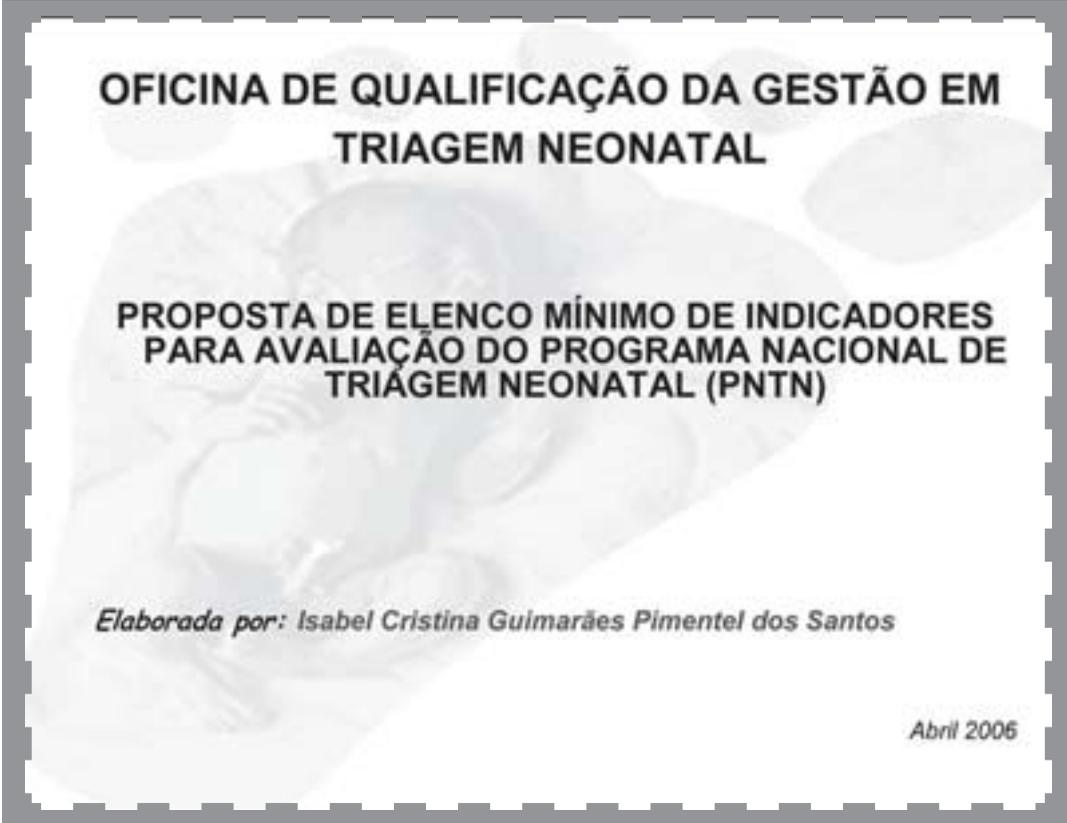
**Coordenação-Geral de Planejamento, Gestão e
Articulação de Programas/DAF/SCTIE/MS**

Tel: (61) 3315-2244 e 3315-2369

Tel/Fax: (61) 3315-2307

E-mail: ana.messeder@saude.gov.br

Isabel Cristina Guimarães Pimentel dos Santos – DECIT/SCTIE



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

**PROPOSTA DE ELENCO MÍNIMO DE INDICADORES
PARA AVALIAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE
TRIAGEM NEONATAL (PNTN)**

Elaborada por: Isabel Cristina Guimarães Pimentel dos Santos

Abril 2006

SITUAÇÃO ATUAL DO PNTN

- **Conta com 26 Redes Estaduais de Triagem Neonatal (falta Amapá)**
 - *33 Serviços de Referência em Triagem Neonatal (SRTN)*
 - *Mais de 8 mil postos de coleta*
 - *Cerca de 30 laboratórios de triagem neonatal e BM*
 - *Rede assistencial e hospitalar complementar vinculada.*
- **Em 2003:**
 - **atendeu a 2,4 milhões de nascidos vivos, cobertura estimada de 78%**
 - **gastos totais da ordem de 43 milhões de reais.**

(MS/SAS/CGMCA)

OBJETIVOS DO PNTN

- 1) **Ampliação da gama de patologias triadas.**
Antes: Fenilcetonúria e Hipotireoidismo Congênito
Depois: Doenças Falciformes e outras Hemoglobinopatias e Fibrose Cística
(de acordo com a fase de habilitação da UF)
- 2) **Busca da cobertura de 100% dos nascidos vivos.**
- 3) **Realização do exame laboratorial, busca ativa dos casos suspeitos, confirmação diagnóstica, tratamento e acompanhamento multidisciplinar especializado dos pacientes.**
- 4) **Criação e manutenção de um Banco de Dados Nacional que permita acompanhar e avaliar o desenvolvimento do Programa, definindo os indicadores específicos para Triagem Neonatal**
 - o **Relatório Mensal de Acompanhamento – disponível desde 2002 com 113 campos**

(Portarias GM/MS 822/2001 e SAS/MS nº 189/2001)

AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E PROGRAMAS

▪ AVALIAÇÃO

processo que permite fazer um juízo de valor sobre uma intervenção ou qualquer um de seus componentes.

(Contandriopoulos et al., 1997)

- **Relevância:** permite mensurar o grau e extensão das transformações; conhecer e compreender os fatores associados a estes resultados; racionalizar os recursos; fazer projeções sobre o alcance das metas estabelecidas e orientar a tomada de decisão.

AVALIAÇÃO NA ROTINA DOS SERVIÇOS

- Influencia o comportamento do sistema organizacional;
- Reforça substancialmente a construção de redes assistenciais eficazes e resolutivas;
- Permite a articulação entre as atividades analíticas e as de gestão
- Permite a orientação dos processos de implantação, consolidação e reformulação das práticas, programas e políticas de saúde.

(Hartz, 1999 e 2002, Felisberto, 2004)

INDICADORES

- ✓ Ferramenta essencial para realização da avaliação institucional, permitindo:
- Utilização uniforme em todos os níveis do sistema;
 - Comparação dos resultados obtidos em todas as instâncias do programa;
 - Interpretações e análises fáceis pelos usuários da informação, especialmente gerentes, gestores e os que atuam no controle social do SUS.

(Mota, 1999; OPS, 2001; IDB, 2001; Moraes, 2002)

OBJETIVOS DO ESTUDO

- **Definir um elenco mínimo de indicadores que possam ser basilares para avaliação e acompanhamento do PNTN, com vista a contribuir para estimular e promover a avaliação institucional no âmbito das Redes Estaduais de Triagem Neonatal.**

JUSTIFICATIVAS

- *Atendimento aos critérios técnicos preconizados para triagem neonatal, que contemplam uma etapa específica de avaliação;*
- *Atender as necessidades dos SRTNs e dos gestores (SES, SMS e MS), que:*
 - *Não têm clareza sobre os objetivos da avaliação;*
 - *Dispõem de um instrumento de coleta de dados desde 2002, que não está sendo utilizado de maneira eficiente, pois os gestores dificilmente conseguem avaliar e divulgar os resultados do programa.*
- *Interesse do MS em estimular e promover a avaliação institucional e aproveitar a experiência acumulada no âmbito dos SRTNs.*

METODOLOGIA

Tipo de estudo: *Pesquisa de Desenvolvimento de uma tecnologia de avaliação*

1) *Construção de um Modelo Lógico Simplificado*

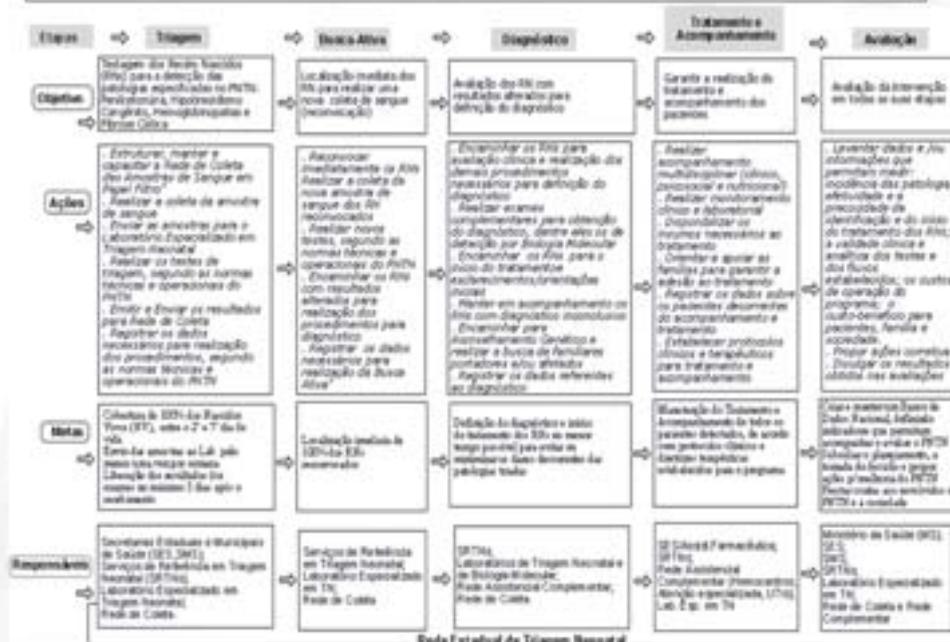
- *Utilizado para subsidiar a avaliação, permitindo um conhecimento detalhado e estruturado do programa, por intermédio da identificação de suas ações, objetivos e metas*
 - *Realizada a partir da análise dos documentos do PNTN – em especial as portarias e manuais*
- *Apresentado em forma de fluxograma contendo as cinco etapas do PNTN identificadas como:*
 - *Triagem, Busca Ativa, Diagnóstico, Tratamento e Acompanhamento e Avaliação*

(Constandriopoulos et al, 1994; Rossi et al, 1993)

ETAPAS DA TRIAGEM NEONATAL

- **Triagem:** Testagem dos Recém Nascidos (RNs) para a detecção das patologias especificadas no PNTN
- **Busca Ativa:** Localização imediata dos RNs com resultados alterados para realizar novos exames (reconvocação)
- **Diagnóstico:** Avaliação dos RNs com resultados alterados para definição do diagnóstico
- **Tratamento e Acompanhamento:** Realização do tratamento e acompanhamento de longo prazo dos pacientes
- **Avaliação:** Avaliação da intervenção em todas as suas etapas para validação dos procedimentos e avaliação da efetividade da intervenção.

MODELO LÓGICO DO PNTN



METODOLOGIA

2) Revisão de literatura nacional e internacional

- *Buscou identificar e selecionar um elenco preliminar de indicadores, já utilizados na avaliação de programas similares no Brasil e no exterior.*

3) Identificação dos indicadores já utilizados no PNTN

- *Buscou levantar o material sobre indicadores efetivamente utilizados nos serviços considerados mais bem estruturados no país.*

METODOLOGIA

3) Seleção preliminar de possíveis indicadores de avaliação do PNTN

- *montagem de uma matriz preliminar com os indicadores selecionados nas etapas anteriores (26), contendo: denominação, conceituação, método de cálculo, categorias de análise e fonte de dados, usos e limitações, de acordo com os critérios da RIPSA (Rede Interagencial de Informações para a Saúde).*
- *Submissão à área técnica do MS responsável pela coordenação do PNTN.*

METODOLOGIA

4) Aplicação de técnica de construção de consenso

- Técnica escolhida: *Método Delfos*
- Especialistas: *coordenadores estaduais do PNTN e coordenadores de SRTNs*

Procedimentos:

- *A matriz contendo 18 indicadores selecionados nas etapas anteriores foi encaminhada ao grupo de especialistas (20), por meio eletrônico, para atribuição de notas de zero a dez.*
- *Tratamento estatístico, através do cálculo da média, desvio-padrão, nota mínima e máxima obtida.*

(Fink et al 1984; Pope et al, 2005).

RESULTADOS

➤ 15 indicadores foram definidos para o elenco

Triagem - 7 indicadores

- *cobertura da triagem neonatal (TN1);*
- *proporção de recém-nascidos por faixa etária na data da coleta (TN2);*
- *tempo médio decorrido entre a coleta e a chegada da amostra no laboratório (TN3);*
- *tempo médio decorrido entre o recebimento da amostra e a emissão dos resultados (TN4);*
- *freqüência relativa de recém-nascidos com resultados alterados (TN5);*
- *proporção de recém-nascidos reconvocados (TN6);*
- *número de postos de coleta cadastrados (TN7).*

RESULTADOS

Busca Ativa – 2 indicadores

- *proporção de reconvocados pendentes (BA1);*
- *tempo médio decorrido entre a emissão dos resultados e o retorno dos reconvocados (BA2).*

Diagnóstico – 3 indicadores

- *média de idade dos recém nascidos no momento do diagnóstico (DG1);*
- *número de casos confirmados por patologia ou outra alteração triada (DG2);*
- *prevalência da patologia ou de outra alteração triada (DG3)*

Tratamento/Acompanhamento – 3 indicadores

- *grau de vinculação dos pacientes ao SRTN (TA1);*
- *freqüência relativa de óbitos registrados por tipo de patologia (TA2);*
- *freqüência relativa de pacientes que recebem a medicação do SUS para o tratamento (TA3).*

DISCUSSÃO

➤ *Propósito dos indicadores:
viabilizar a avaliação do PNTN nos seus aspectos fundamentais.*

- *O elenco selecionado está voltado para avaliação dos resultados, permitindo uma avaliação indireta da qualidade, da estrutura e do processo.*

(Donabedian,1977; Aguilar,1994)

DISCUSSÃO

- *Indicadores da Etapa da Triagem – grupo relacionado com a cobertura da população alvo – Nascidos Vivos (NV) na área de atuação considerada*
- *cobertura da triagem neonatal* – permite avaliar a situação do PNTN ao longo do tempo, nas suas diferentes áreas de atuação.
 - **Meta** - atingir 100% dos NV
 - Existem dificuldades na obtenção do nº de NV atualizado e confiável do Sinasc e ou IBGE.
 - *número de postos de coleta* - reflete a dimensão e, indiretamente, a capilaridade e a cobertura da Rede de Coleta da triagem neonatal.
 - Deverá ser mais explorado na gestão local, que precisa conhecer em profundidade sua rede de coleta

(MS, 2001, Irons, 1993; Grütters et al,1994; Aguilar,1994)

DISCUSSÃO

- *Indicadores da Etapa da Triagem: grupo relacionado com os padrões de tempo que tem que ser atendidos pelos programas de rastreamento.*
- *proporção de recém-nascidos triados por faixa etária na data da coleta*
 - **Meta** - Coleta entre o 2º e 7º de vida para evitar as sequelas decorrentes do atraso no início do tratamento;
 - indicativo da necessidade de intervenções rápidas para reduzir a média de idade na coleta.
 - *tempo médio decorrido entre a coleta e a chegada da amostra no laboratório*
 - **Meta** – a rede de coleta deve encaminhar as amostras pelo menos uma vez por semana
 - *tempo médio decorrido entre o recebimento da amostra e a emissão dos resultados*
 - **Meta** – liberação dos resultados no máximo em 5 dias
 - Indicativo da capacidade de processamento do laboratório especializado em TN.

DISCUSSÃO

- **Indicadores da Etapa da Triagem:** grupo relacionado com a necessidade de realização de uma nova coleta
- **frequência relativa de recém-nascidos com resultados alterados**
 - *indicativo do percentual de casos suspeitos que serão encaminhados para exames confirmatórios, analisados por patologia ou alteração triada;*
 - *Comparado com os valores obtidos na etapa de diagnóstico, permitirá inferir sobre o % dos casos transitórios detectados e o valor preditivo dos testes laboratoriais*
 - **proporção de recém-nascidos reconvocados**
 - *Permitirá avaliar os motivos que geraram a necessidade de uma nova coleta – resultado do exame alterado, coleta precoce, amostra inadequada, amostra insuficiente, informações incompletas*
 - *alertará sobre existência e o perfil dos problemas na rede de coleta.*

DISCUSSÃO

- **Indicadores da Etapa de Busca Ativa:** etapa decisiva para garantir que o tratamento dos pacientes seja iniciado na época adequada. Incorporados no elenco em função da experiência dos gestores do PNTN.
- **proporção de reconvocados pendentes** e,
 - **tempo médio decorrido entre a emissão dos resultados e o retorno dos reconvocados**
 - *Em conjunto, avaliam os resultados obtidos na Busca Ativa, que tem como meta a localização imediata de todos os recém-nascidos que precisam realizar novos procedimentos laboratoriais ou ambulatoriais*
 - *O afastamento da meta significa que as ações realizadas são insuficientes ou inadequadas e que precisarão ser revistas*

DISCUSSÃO

➤ **Indicadores da Etapa de Diagnóstico:** relacionados com a avaliação dos recém-nascidos com resultados alterados para definição do diagnóstico e início do tratamento

- **média de idade dos recém nascidos no momento do diagnóstico**
 - indicador fundamental para qualquer programa de rastreamento neonatal. O ideal é que seja a menor possível para início precoce do tratamento
 - decisivo para a tomada de decisão sobre a possibilidade de inclusão de novas patologias no PNTN. Em alguns casos, o tratamento tem que ser instituído no 1º mês de vida
 - Considerou-se a data da 1ª consulta como marco para confirmação diagnóstica
- **número de casos confirmados por patologia ou outra alteração triada**
- **prevalência da patologia ou de outra alteração triada**
 - Essenciais para traçar o perfil epidemiológico que facilitará o planejamento das ações no âmbito local e/ou nacional
 - possibilitarão comparações com programas internacionais, identificando as particularidades e/ou as necessidades específicas do programa brasileiro

RECOMENDAÇÕES

- **Validação e aplicação dos indicadores propostos**
 - realização das avaliações anuais do PNTN
 - aplicação dos indicadores pelos serviços, para que sejam validados na rotina dos serviços
- **Ampla divulgação dos resultados**
 - Nas Redes Estaduais de Triagem Neonatal
 - No âmbito do SUS, junto aos usuários e população em geral
- **Revisão periódica dos instrumentos**
 - modelo lógico do PNTN - reavaliação das ações e incorporação de novos padrões e metas
 - elenco mínimo de indicadores essenciais



OBRIGADO!

Contato:

isabel.santos@saude.gov.br

Tels: (61) 3315.3465/3463

Joice Aragão – CPNSH/DAE/SAS



**POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL A
PESSOA COM DOENÇA FALCIFORME**

**COORDENAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE
SANGUE E HEMODERIVADOS - MS-SAS-DA**

Dra. Joice Aragão de Jesus

HISTÓRICO



- ✓ **1910 – Primeiro Relato de Anemia Falciforme**
- ✓ **Mais de 30 anos de reivindicação do movimento de homens e mulheres negras**
- ✓ **Inúmeras leis estaduais e municipais**
- ✓ **Nenhuma lei federal**

HISTÓRICO



- ✓ **1985 - Ações propositivas do movimento de homens e mulheres negras**
- ✓ **1985 - Criação de Associações de pessoas com anemia falciforme**
- ✓ **Mar/1998 – Pioneirismo da triagem HbS – NUPAD - MG**

HISTÓRICO



- ✓ 1995 – Marcha Zumbi dos Palmares
- ✓ 1996- Grupo Temático de Saúde - Elabora programa nacional de Anemia Falciforme
- ✓ 2000 - Triagem hb S no RJ
- ✓ Maior abrangência da nomenclatura –Doença Falciforme

HISTÓRICO



- ✓ 2001- Implantação dos programas Estadual do RJ e municipal de Recife
- ✓ 2001- portaria 822 do MS
- ✓ 2002- Criação da FENAFAL
- ✓ 2005- Política de atenção Integral a Pessoa com Doença Falciforme – portaria MS 1391

ATENÇÃO INTEGRAL



“A integralidade na atenção caracteriza-se por um sistema “sem muros” que elimina as barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção, em respostas às necessidades de saúde nos âmbitos local e regional, respostas essas definidas por proposições de gestores, de técnicos e com participação preponderante do usuário, que ocupa o centro da estrutura da linha de cuidado”

Os 10 Objetivos da Integralidade na ótica do usuário

- 1. Não repetir sua história em cada consulta**
- 2. Não ser a única fonte de informação para que os profissionais de saúde conheçam a sua história de utilização de serviços, procedimentos e medicamentos**
- 3. Não submeter a repetições inúteis de exames**

Os 10 Objetivos da Integralidade na ótica do usuário

- 4. Não restringir a um nível de atenção inadequado por não estar disponível o atendimento em outro**
- 5. Dispor na atenção básica de acesso imediato à média complexidade**
- 6. Informar de forma precisa a qualidade da assistência e os resultados esperados da terapêutica .Receber informações sobre sua condição genética permitindo-lhe fazer escolhas próprias e esclarecidas**

Os 10 Objetivos da Integralidade na ótica do usuário

- 7. Pronto acesso aos diversos exames e profissionais**
- 8. Tempo satisfatório de consulta em todos os níveis de atenção**
- 9. Contatos rotineiros para prevenção de complicações de doenças crônicas**
- 10. Educação em saúde e capacitação em auto cuidado que estimule a autonomia**

A INTEGRALIDADE NO SUS HISTÓRICO

- ✓ Séc XVIII-Instituições Caritativas e Filantrópicas
- ✓ Séc XX- anos 30 e 50 - “boom” hospitalar
- ✓ Pós-golpe -Reforço do modelo hospitalocêntrico e centralização dos serviços
- ✓ Constituição 1988 e a Lei Orgânica da Saúde 1990

REGULAMENTAÇÃO DA INTEGRALIDADE



- ✓ Lei 8080/90-Lei Orgânica da Saúde
 - dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes
- ✓ Lei 8142/90
 - participação da comunidade na gestão do sistema e das transferências de recursos intergovernamentais
 - dispõe sobre as instâncias colegiadas no SUS, conselhos e conferências de saúde



**IGUALDADE
N
EQUIDADE
V
E
CONTROLE SOCIAL
S
A
INTEGRALIDADE
I
DESCENTRALIZAÇÃO
A
D
E**

**P
R
I
N
C
Í
P
I
O
S
D
O
S
S
U
S**

PIRÂMIDE DA ATENÇÃO INTEGRAL

**Níveis de
Atenção à
Saúde**



Primário:

- ✓ Cuidados preventivos
educação, prevenção, auto cuidado
- ✓ Cuidado básico:
diagnóstico precoce, orientação e
informação genética, atendimento
domiciliar, consultas de rotina
- ✓ Programas de atenção básica :
Imunização, Mulher, PAISCA, PSF
Vigilância Nutricional, Bucal e etc.

PIRÂMIDE DA ATENÇÃO INTEGRAL

Níveis de
Atenção à
Saúde



Secundário:

- ✓ média complexidade, cadastramento
- ✓ aconselhamento genético
- ✓ emergências, atendimentos e exames especializados
- ✓ encaminhamentos para a alta complexidade

PIRÂMIDE DA ATENÇÃO INTEGRAL

Níveis de
Atenção à
Saúde



Terciário

- ✓ Procedimentos diagnósticos e terapêuticos de alta complexidade
- ✓ Encaminhados da média complexidade para os serviços de referência
- ✓ Reabilitação

PORTARIA MS Nº1391

de 16/08/2005



**DIRETRIZES DA
POLÍTICA NACIONAL DE
ATENÇÃO INTEGRAL ÀS
PESSOAS COM DOENÇA
FALCIFORME**



MINISTÉRIO DA SAÚDE

ESPLANADA DOS MINISTÉRIOS

BLOCO G - EDIFÍCIO SEDE - SALA 946

DF – BRASÍLIA - CEP: 70 058-900

FAX 61 33152990

TELS 61 33152440 - 61 33152428

email joice.jesus@saude.gov.br

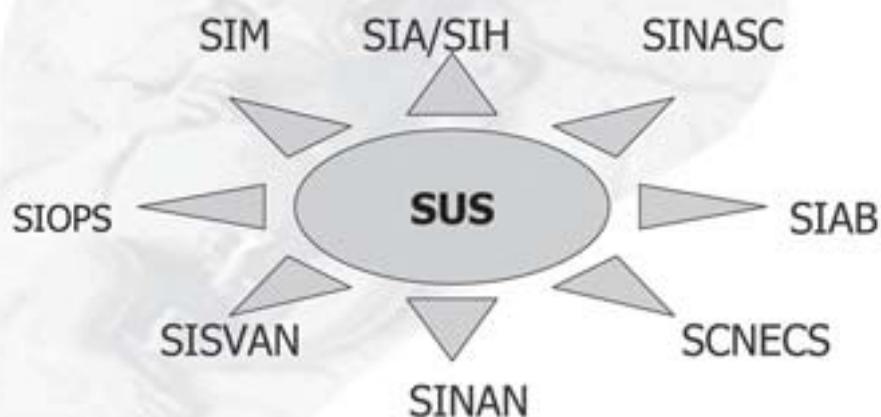
Oficina de Qualificação da Gestão em Triagem Neonatal

Orientações Técnicas sobre o Sistema
de Informação Ambulatorial –SIA/SUS
para a Triagem Neonatal

São Paulo/Abril/2006

Regina Ribeiro

Sistemas de Informações



Objetivos do SIA

- Propiciar aos gestores informações sistemáticas sobre a rede de serviços ambulatoriais e o processo de programação e procedimentos realizados, objetivando subsidiar a tomada de decisão para a gestão da assistência ambulatorial.

Objetivos do SIA

- Possibilitar o acompanhamento da execução dos recursos repassados e das ações ambulatoriais realizadas.
- Gerar crédito da produção aprovada, com base na tabela de procedimentos do SIA/SUS.
- Contribuir na formação do Banco de Dados do SUS.
- Oferecer subsídios para Avaliação das Ações e Serviços de Saúde gerando instrumentos analíticos de Controle e Avaliação.

Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS



Documentos de Entrada do Sistema

- FCES- Ficha de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde.
- FPO- Ficha de Programação Físico-Orçamentária.
- BPA- Boletim de Produção Ambulatorial.
- BPA- Magnético (SISPRENATAL e SISCOLO)
- APAC- Formulário e magnético.
- BDP- Boletim de Diferença de Pagamento.

Relatórios de saída do Sistema

- Relatório completo da FCES
- Relatório dos profissionais por especialidades
- Situação e síntese da Produção Ambulatorial
- Acompanhamento da Programação e Produção Físico-Orçamentária
- Pagamentos ambulatoriais/Relatórios de crédito
- Síntese da diferença de pagamentos
- Planilha de programação de referência

Para entender:

- Cadastramento

É o ato do gestor Estadual/Municipal cadastrar o estabelecimento de saúde, de qualquer esfera administrativa, prestador ou não do SUS, existente em seu território e sob sua gestão no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES

- Credenciamento

É o ato do gestor Estadual/Municipal, contratar /conveniar um estabelecimento de saúde já cadastrado no CNES, para atendimento ao SUS, após ter sido identificado a necessidade de serviços, em consonância com a programação, visando otimizar a atenção a saúde de sua população

Para entender:

- **Habilitação**

É o ato do gestor Municipal, Estadual ou Federal autorizar um estabelecimento de saúde já credenciado do SUS a realizar procedimentos constantes das tabelas do SUS, vinculados a normalizações específicas

Diretrizes para contratação de serviços no âmbito do SUS

- Portaria GM nº358 de 22/02/2006 institui diretrizes para a contratação de serviços.
- Meta do Pacto de Gestão: Contratualização de todos os prestadores de serviço do SUS no prazo de um ano.
- Publicação do manual de orientações para contratação de serviços de saúde(www.saude.gov.br/sas)

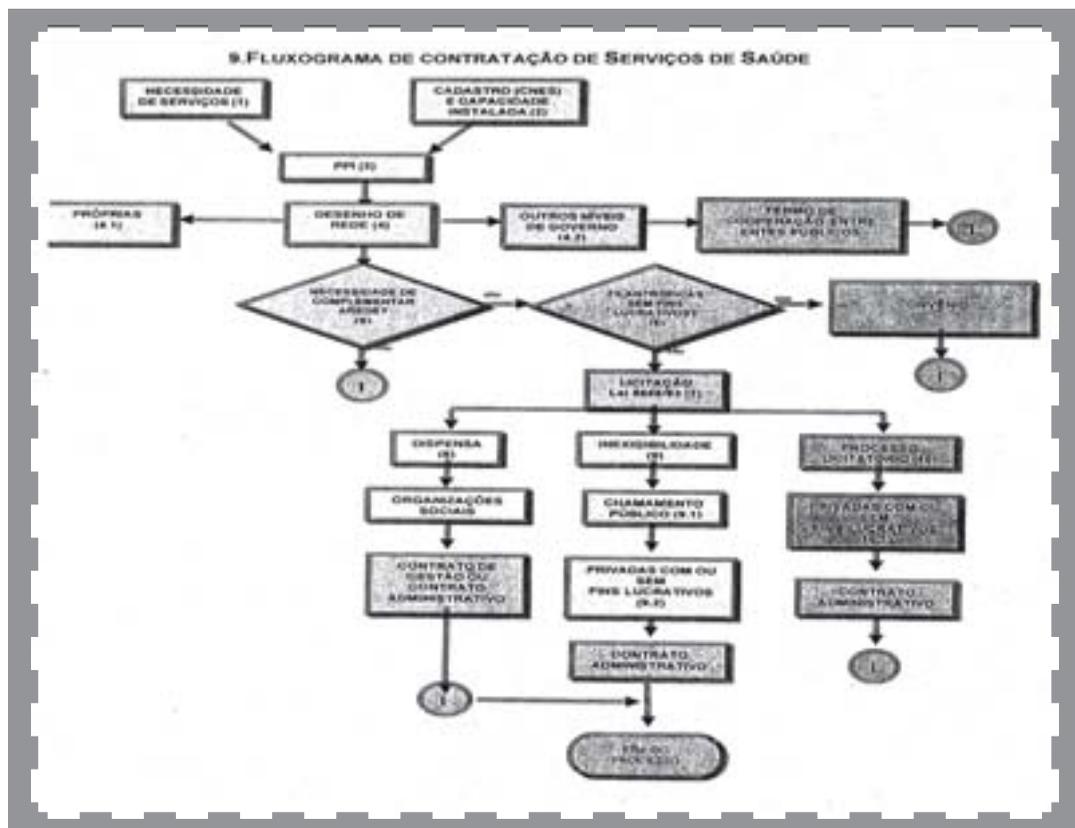


Tabela Descritiva do SIA / SUS

Grupos ↓	Procedimentos/Complexidade ↓
01 a 05	⇒ Procedimentos de Atenção Básica – PAB
07 a 22	⇒ Procedimentos de Média Complexidade – MC
26 a 40	⇒ Procedimentos de Alta Complexidade/Custo – ATC

Tabela de Serviço/Classificação do Serviço X Classificação Brasileira de Ocupação - CBO

Cod	Serviço	Cod	Classif	Gr CBO	Profissional	
009	TRIAGEM NEONATAL	040	TRATAMENTO RECEM-NASCIDOS LAB. PRÓP OU TERC.	1	0710	ASSISTENTE SOCIAL EM GERAL
				2	0430	NUTRICIONISTA EM GERAL
				3	0402	MÉDICO ENDOCRINOLOGISTA
				4	0410	BIÓLOGO GERAL
				5	0740	PROFESSOR EM GERAL
		041	TRATAMENTO RECEM-NASCIDO DOENÇAS FALCIFORMES	1	0710	ASSISTENTE SOCIAL EM GERAL
				2	0430	NUTRICIONISTA EM GERAL
				3	0402	MÉDICO ENDOCRINOLOGISTA
				4	0410	BIÓLOGO GERAL
				5	0740	PROFESSOR EM GERAL
		042	TRATAMENTO RECEM-NASCIDO FIBROSE CÍSTICA	1	0710	ASSISTENTE SOCIAL EM GERAL
				2	0430	NUTRICIONISTA EM GERAL
				3	0402	MÉDICO ENDOCRINOLOGISTA
				4	0410	BIÓLOGO GERAL
				5	0740	PROFESSOR EM GERAL

Portaria nº49/SAS de fev/2004

Portaria SAS nº414 de 11/08/2005 Tabela de Habilitações de Serviços Especializados

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

Tabela de Compatibilidade entre Procedimentos do SIA/SUS e Habilitações

- Portaria SAS nº683 de 12/12/2005:
Adequa os Sistemas de Informações Ambulatorial e Hospitalar do SUS: SIA e SH, incorporando as regras de habilitação da portaria SAS nº 414 de 11/08/2005 em vigor a partir da competência jan/2006.

TRIAGEM NEONATAL

PROCEDIMENTOS

BPA	APAC
Coleta de sangue p/ triagem neonatal	Deteccção Molecular das Hemoglobinopatias
Fenilalanina e TSH (ou T4)	Deteccção Molecular p/ Fibrose Cística (confirmatório)
Fenilalanina e TSH (T4) e deteccção 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)
Deteccção variantes da HB	Medicamentos excepcionais

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"/>	Medicamentos excepcionais <input type="radio"/>

Fase I, II e III

Fase II e III

Fase III

Instrumentos para operacionalização do Programa de Triagem Neonatal

- Laudo Médico para emissão de APAC.
- Solicitação de Medicamentos Excepcionais-SME
- APAC I-Formulário.
- APAC II-Meio Magnético.
- Controle de Frequência Individual.
- Tabela Motivo de Cobrança do SIA..



Tabela de motivo de cobrança do SIA/SUS

CODIGO	Motivo de Cobrança
4.1	Exame(s) realizado(s)
6.3	Alta por abandono de tratamento
6.8	Alta por outras intercomências
7.1	Permanece na mesma UPS com o mesmo procedimento
8.1	Transferência para outra UPS
8.2	Transferência para internação por intercomências
9.1	Óbito relacionado a doença
9.2	Óbito não relacionado a doença

PROCEDIMENTOS DO GRUPO 38 EM SRTN DE JAN A NOV 2005

UF	Freqüência
ACRE	0
ALAGOAS	0
AMAPA	0
AMAZONAS	0
BAHA	757
CEARA	138
DISTRITO FEDERAL	59
ESPRITO SANTO	221
GOIAS	543
MAKANAHO	526
MATO GROSSO	0
MATO GROSSO DO SUL	6
MINAS GERAIS	1.622
PARA	132
PARABA	0
PARANA	695
PERNAMBUCO	7
PJAL	0
RIO DE JANEIRO	30
RIO GRANDE DO NORTE	0
RIO GRANDE DO SUL	0
RONDONIA	1
RORAMA	0
SANTA CATARINA	49
SAO PAULO	2.481
SERGIPE	0
TOCANTINS	0
Total	7.256

FONTE: DATASUS/MS

PROCEDIMENTOS DO GRUPO 38 EM SRTN DE JAN A NOV 2005



Anexo B – Textos complementares

Diretrizes sobre a reformulação dos modos de gestão e de atenção à saúde
– o papel do Ministério da Saúde¹

I

Sejamos dialéticos!

A consolidação do SUS depende de movimentos contraditórios na aparência, mas que, na prática podem vir a se complementar. Tudo dependerá de nossa habilidade de lidar com uma situação complexa, em que múltiplos interesses terão que ser articulados para que logremos, de fato, defender a vida do povo brasileiro. Senão vejamos:

- a) deveremos criar um modo de fazer política e gestão em que combinemos a construção de um Ministério da Saúde capaz de agenciar e de apoiar mudanças com a descentralização e gestão participativa do sistema;
- b) dar prosseguimento, em uma nova fase, ao processo de Reforma Sanitária (a reforma da reforma?), ampliando e modificando tanto as ações de promoção e de prevenção quanto às de atenção clínica. Para lograrmos atenção integral deveremos reformular e ampliar a clínica e a saúde coletiva; ao mesmo tempo, uma interagindo sobre a outra;
- c) para assegurarmos atenção integral e equidade deveremos apostar na reforma de todos os níveis de atenção (iniciou-se com a saúde da família uma reorganização da atenção básica; a saúde mental vem se reorganizando para além dos hospitais psiquiátricos, falta – esta poderá ser uma de nossas marcas – reformular a atenção especializada, hospitais, as vigilâncias, etc.). No entanto, este compromisso com a integralidade não deve nos impedir de identificar problemas de saúde que necessitem de projetos especiais de intervenção (concentração de recursos para enfrentarmos epidemias, endemias, ou para ações prioritárias voltadas para regiões ou para grupos com maior vulnerabilidade);
- d) outro paradoxo se refere a combinar a ampliação do acesso com a construção de equidade (políticas de inclusão), neste sentido é importante considerarmos as diferenças de vulnerabilidade e a desigual distribuição de recursos, desenvolvendo projetos específicos para pequenos municípios, área rural, regiões metropolitanas, etc., ou seja, utilizar recursos para um equilíbrio adequado entre extensão de cobertura e a qualidade da atenção;

¹ Texto elaborado originalmente por Gastão Wagner de Sousa Campos, Secretário-Executivo, como apoio para o Seminário do Colegiado do MS, de 8 e 9 de fevereiro de 2003. Esta versão incorpora alterações propostas no Seminário.

- e) Os dados de realidade (limites de financiamento, lei de responsabilidade fiscal, capacidade instalada de serviços de saúde não-estatais) nos obrigam a, ao mesmo tempo, ampliar e aperfeiçoar a gestão e o funcionamento da rede própria de serviços (municipais, estaduais e alguns federais), bem como a apoiar também a rede de serviços filantrópicos, comunitários e privados dispostos a cumprir uma função pública (esta disposição pode e deve ser construída, e também regulada, não é um dado natural ou espontâneo). Para isso, é importante a construção de parcerias, estendendo para estes setores a lógica da co-gestão e do controle social;
- f) combinar modos de financiamento com repasses automáticos segundo população e necessidades de saúde, com outros voltados para o volume de serviços prestados e para estimular a qualificação da atenção. Tetos fixos e variáveis segundo padrões a serem acordados;
- g) combinar uma política de racionalização de gastos (rever contratos, eliminar custos desnecessários) com redefinição de prioridades (remanejamentos orçamentários) e com uma reordenação dos modos de atenção que diminuam os custos e ampliem a capacidade de atenção (estimular cirurgia ambulatorial, etc.), escapando ao imobilismo que poderia decorrer do aperto orçamentário.

II

O Ministério da Saúde como agente e apoiador da mudança e da reforma sanitária e do SUS

Qual modo de gestão conseguiria combinar um papelativo, de liderança e de coordenação para o Ministério da Saúde com a autonomia relativa de estados e municípios?

Dentro desta perspectiva, há dois modos de operar que não nos servirão: por um lado, o de pensar o MS como um banco financiador (com mecanismos financeiros indiretos de indução e ferramentas de avaliação *a posteriori*); neste caso, desapareceria a rede e a lógica de sistema e teríamos uma federação fragmentada de feudos sanitários. Por outro lado, no outro extremo estaria o modo autoritário de o MS valer-se de seu poder financeiro, legal e técnico para coagir parceiros de cima para baixo.

O SUS é uma rede, um sistema, todos têm autonomia relativa, portanto. Nesse sentido, cabe ao MS assegurar articulação entre os vários níveis. E mais, cabe ao MS valer-se de seu poder para agenciar e apoiar mudanças de interesse sanitário (critério máximo da produção da saúde) e que consolidem o SUS. Para isso deveremos acolher demandas e formulações de usuários, trabalhadores de saúde, prestadores, municípios, estados, bem como lhes oferecer novas diretrizes, submetendo-as (demandas e ofertas) a processos de discussão, negociação e pactuação, construindo projetos do modo mais interativo possível.

Deveremos superar um padrão de relação entre os gestores do SUS centrado na discussão pura e simples sobre a distribuição de recursos financeiros, para, nos contratos, também incluir objetivos e metas da atenção em saúde em todas suas dimensões. Nesse aspecto a avaliação sistemática do desempenho é fundamental.

Algumas formas para operarmos este estilo de gestão, ao mesmo tempo, ativa e democrática:

- a) reforçar a tomada de decisão sobre temas cruciais (tetos, financiamento, reformas, etc.) em espaços coletivos institucionais: Conselho Nacional de Saúde, Comissão Tripartite, Conferências; bem como montar outros espaços de caráter transitório e articulados com finalidades específicas. Exemplos: seminários para analisar e reconstruir o programa de controle da dengue, projetos de saúde da família, etc.;
- b) identificar problemas estratégicos de gestão ou de atenção, sugerindo modos de atuação inovadores e abrindo espaços para que sejam avaliados e transformados em objeto de intervenção;
- c) ampliar a capacidade do MS para apoiar municípios, estados, prestadores, trabalhadores e usuários, de modo a envolvê-los ainda durante a identificação e análise de problemas e na elaboração de projetos. Isso implica mudança radical na postura dos técnicos do MS, procurando envolver os interessados em todas as fases da elaboração de programas. Trabalho em equipe. Além disso, implica desenvolver projetos para reforçar e ampliar a capacidade de gestão de estados e municípios;
- d) cuidar da gestão interna do Ministério, integrando diretrizes e projetos dos vários órgãos do MS, de modo a potencializar e a racionalizar recursos. Especificamente, é importante integrar Agências e demais organizações vinculadas ao MS, resguardando seu papel de coordenação e de definidor de políticas. Cabe também redefinir o papel e a estrutura dos órgãos regionais, bem como dos escritórios das Agências e da Funasa;
- e) propor e contratar critérios claros, com base na eficácia (capacidade de produzir saúde e de evitar danos), eficiência (racionalidade gerencial), responsabilização inequívoca pela atenção (definição clara de quem se encarrega do quê), vínculo (abordagem integral dos problemas de saúde), direitos dos usuários e gestão participativa, para avaliação de municípios, estados e prestadores em geral. Vincular, em alguma medida, os tetos variáveis a esses critérios.

III

Algumas diretrizes para reformar os modos de produzir saúde

À nossa gestão cabe um desafio que, se enfrentado com firmeza, serenidade e equilíbrio, abrirá uma nova etapa na história da saúde pública brasileira: o modo tradicional de

assistência à saúde está em esgotamento; apresenta limites de eficácia (baixo impacto) e de eficiência (custos elevados).

Não nos cabe reinventar a roda, há experiências nacionais e internacionais que acumularam indicações sobre como reformar conhecimentos e práticas em saúde. Compete-nos a tarefa de recolher, integrar, aprofundar e reinventar esses saberes, adaptando-os ao nosso contexto. Então... Mãos à obra: para isso, deveremos redefinir os modos de fazer promoção e prevenção, bem como os de realizar a atenção clínica.

Em relação à Saúde Coletiva:

- estimular a organização de Núcleos de Saúde Coletiva, que integrem a Vigilância Sanitária, epidemiológica e ambiental, realizando tanto o controle de doenças quanto a promoção e prevenção. Pensar a especificidade desses núcleos conforme sejam territoriais, distritais, municipais, estaduais ou do MS;
- propor para esses núcleos não apenas ações de diagnóstico ou de vigilância, mas também o papel de realizar intervenções, tanto por meio de ações diretas quanto articulando – de modo matricial – as equipes de saúde da família, agentes, centros de referência, etc., bem como outros setores;
- intersetorialidade – como a educação, assistência social, saneamento, organizações da sociedade civil, etc. É necessário superarmos a visão tradicional de vigilância em dois sentidos principais: primeiro, não apenas vigiando, mas articulando projetos de intervenção (papel ativo dos Núcleos); segundo, considerando a população, os grupos vulneráveis, os estabelecimentos ou organizações como sujeitos ativos, envolvendo-os desde a identificação de problemas, a análise dos mesmos, bem como na definição e implementação de projetos.
- integrar o MS e a rede do SUS ao Projeto Fome Zero, tanto aproveitando a capilaridade dessa rede para apoiar atividades, quanto articulando programas da Saúde ao do Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar (MESA), da mesma maneira articular-se com outros ministérios de modo intersetorial para ampliar nossa capacidade de desenvolver a promoção e prevenção;
- definir projetos prioritários de intervenção, com metas de controle ou de erradicação, nesse sentido, sugerimos: eliminação da hanseníase como problema de Saúde Pública, controle da tuberculose, dengue, malária, leishmaniose, fílaríose, hepatites, epidemia de aids; enfrentamento da dependência química (drogas e álcool) e da violência; estímulo à prevenção do câncer e à vida saudável; promoção da saúde bucal, do trabalhador, do idoso, da mulher, da criança e de grupos vulneráveis ou portadores de patologias especiais. Para cada caso, há que se descobrir e reforçar ações estratégicas específicas, como exemplo: articular esses programas à saúde da família, valorizar a educação em saúde e o autocuidado, regulamentação restritiva à propaganda de bebidas alcoólicas, etc.

Em relação à reforma clínica.

Deveremos orientá-la segundo duas perspectivas: primeira, buscar sempre a máxima eficácia, com o menor custo e o menor grau de iatrogenia possível (evitar danos decorrentes das terapêuticas adotadas); segunda, ampliar a prática clínica aumentando a capacidade de autocuidado e a autonomia dos usuários, considerando que o “objeto” da atenção não é somente a doença ou o risco de adoecer, mas pessoas que vivem em um contexto familiar, cultural, econômico e social específico. Ampliar o espectro terapêutico das equipes de saúde (não somente na saúde da família), incorporando no cotidiano ações de educação e promoção em saúde, valorizando o acompanhamento longitudinal (ao longo do tempo) com clara atribuição de responsabilidade (vínculo) pelo processo de saúde e doença do sujeito e não somente pela realização do procedimento “a” ou “b”. A humanização depende disso, da personalização do atendimento, considerando que cada caso é um caso singular e que exige um projeto terapêutico singular.

Para lograr esses objetivos, deveremos:

- qualificar e ampliar o acesso e a capacidade de resolver problemas da atenção básica, centrando-a na lógica de saúde da família, mas alargando seu espectro conforme a complexidade do quadro sanitário e a disponibilidade de recursos. Ampliar a Saúde da Família nos grandes centros, elaborando projetos conforme o contexto singular de cada cidade e classificando-as segundo fase de “implantação, expansão ou consolidação” do PSF;
- ampliar o processo de capacitação e de educação continuada conforme estratégias de fortalecimento do SUS;
- propor o debate e implantação de um projeto de serviço civil centrado na atenção básica, objetivando apoiar regiões com dificuldade para fixação de trabalhadores;
- estimular modelos alternativos de atenção especializada, de modo a atenuar o papel central do hospital, bem como a fragmentação da atenção de casos complexos, o excesso de exames complementares e de intervenções desnecessárias. Há alguns campos onde se acumularam evidências clínicas sólidas que nos dão base técnica e política para enfrentarmos interesses corporativos e econômicos indutores destas distorções. Assim, toda cirurgia que puder realizar-se fora do centro cirúrgico deverá ocorrer no modo ambulatorial; todo tratamento que puder realizar-se sem internação deverá ser realizado em atenção básica, centros especializados ou atendimento domiciliar, etc. para isto é preciso reforçar a implantação de uma rede com capacidade para realizar cirurgias ambulatoriais, atenção domiciliar, em forma de hospital-dia, etc.;
- estimular a organização de Centros de Referência para atendimento especializado, em que ocorra uma síntese entre ambulatório, hospital-dia, centro de diagnóstico e

recursos para a intervenção terapêutica, aos moldes dos CACONs (Centros de Alta Complexidade em Oncologia), com adensamento de tecnologia e equipes interdisciplinares que assegurem atenção integral aos grupos de patologia;

- estimular a constituição de Centros de Regulação regionais, articulados à Área de Informação e Informática, de modo a criar centrais de vagas, garantindo acesso regulado dos encaminhamentos da atenção básica e dos PSs aos serviços de alta e média complexidade;
- organizar o acesso à alta e à média complexidade classificando os encaminhamentos por risco, variando a velocidade de acesso conforme o risco for urgente, de complicação imediata ou de fluxonormal;
- valorizar a adscrição de clientela em todos os níveis do sistema (exceto na urgência e emergência): cadastro territorial na ABS (vínculo de longo prazo), cadastro por risco nos Centros de Referência, hospitais e especialidades (vínculo enquanto durar o risco), de modo a implantar sistema de responsabilização passível de avaliação, e que faça a ligação de pessoas com pessoas – usuários com equipes de saúde do PSF, ou de Centros de Referência ou de Hospitais;
- incluir como indicador de qualidade o grau de autonomia e de autocuidado dos usuários, valorizando a educação em saúde, o aconselhamento, e a abordagem de aspectos subjetivos e sociais de cada caso;
- estimular a abordagem interdisciplinar dos problemas de saúde, objetivando a ampliação da clínica; como exemplo: diabetes, hipertensão e dores osteomusculares, responsáveis por quase dois terços da demanda de adultos na ABS deveriam ter uma abordagem ampliada, articulando-se aspectos orgânicos, subjetivos e sociais, o que significa ofertar orientação medicamentosa, dietética, sobre atividade física, trabalho, sexualidade, abrindo espaço para ampliação do arsenal terapêutico da equipe interdisciplinar, discutindo-se que atenção clínica realiza o médico generalista, o especialista, o dentista, o enfermeiro, o auxiliar de enfermagem, etc.;
- estimular a organização de sistemas regionais de atenção pré-hospitalar, com regulação médica e acesso à rede de serviços conforme a gravidade do caso.

Todas essas mudanças dependem de negociação, realização de novos contratos com estados e municípios, mas, fundamentalmente, dependem da capacidade de o Ministério da Saúde articular um amplo movimento cultural de reforma sanitária, com seminários, debates, fóruns de discussão e de elaboração de projetos, promovendo a divulgação de experiências em que mudanças estejam ocorrendo de fato.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada
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>



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

(Normalização, revisão, editoração, impressão, acabamento e expedição)

SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP: 71200-040

Telefone: (61) 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558

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

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

Brasília – DF, agosto de 2006

OS 1031/2006