



consensus

outubro / 2004

Atenção Primária



O que está em vigor nas Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde, por Lourdes de Almeida, Coordenadora da Secretaria Técnica da Comissão Intergestores Tripartite.

Pgs. 8 e 9



Compras de Medicamentos:

Subsecretário de Assuntos Administrativos do Ministério da Saúde, Ivan Coelho, fala das estratégias para conseguir melhores preços. Pgs. 4 e 5

CONASS aguarda Ministério da Saúde constituir comissão tripartite que definirá responsabilidades, formas de avaliação e possíveis punições.

Pgs. 6 e 7



As eleições municipais e o SUS

GILSON CANTARINO O'DWYER
Presidente do CONASS

A eleição renova a esperança do aprimoramento do processo democrata e de seu impacto na qualidade dos serviços prestados à população.

A expectativa do CONASS é de que o resultado eleitoral do pleito municipal de 3 de outubro se traduza em prefeitos eleitos verdadeiramente compromissados com políticas públicas sociais adequadas às suas realidades, com caráter universal e com ações que discriminem positivamente os grupos populacionais que vivem sob maior risco social.

Torcemos para que bons secretários municipais de saúde possam continuar emergindo também nesta nova safra e que haja coerência para o cumprimento do nosso pacto federativo, no respeito às responsabilidades de cada ente federado, no desenvolvimento do maior patrimônio social do Brasil – o SUS – e na construção de modelos de atenção à saúde que respeitem a diversidade e a heterogeneidade de nosso país.

Com o objetivo de oferecer aos prefeitos eleitos e demais gestores, um referencial atualizado do arranjo organizacional desejado para o Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de 2005, o CONASS, em parceria como Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e o Ministério da Saúde, vem trabalhando na construção de um Pacto de Gestão, voltado para o redesenho do modelo de atenção que, além de contemplar os princípios e diretrizes do SUS, seja elaborado sob a égide da responsabilidade sanitária, estabeleça compromissos com resultados e respeite o direito à saúde do cidadão independente do município onde reside.

Para isso, é fundamental o trabalho integrado e articulado entre as Secretarias Municipais e a respectiva Secretaria Estadual de Saúde, como gestora das referências regionais e estaduais, para que os usuários tenham garantia de acesso aos serviços independente da instância de governo responsável pelo mesmo e da circulação entre os distintos níveis de complexidade da atenção.

consensus

Consensus é uma publicação mensal do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), de distribuição gratuita. Os artigos assinados são de inteira responsabilidade dos autores.

COORDENAÇÃO EDITORIAL
Gilson Cantarino, Ana Luiza Wenke,
Júlio Müller, René Santos
Ricardo F. Scotti

JORNALISTA RESPONSÁVEL
Ana Luiza Wenke
RP 4313/14/21v/DF

Revisão
Gisela Avancini

PROJETO GRÁFICO
Fernanda Goulart

LAYOUT E DIAGRAMAÇÃO
Ad Hoc Comunicação

IMPRESSÃO E FOTOLITO
Acqua Digital

TIRAGEM
3.000 exemplares

ENDEREÇO E TELEFONE
Esplanada dos Ministérios (EMI),
Bloco G, sala 148 B
Ministério da Saúde – Ed. Anexo
70.058-900 – Brasília - DF
Tel: (61) 315-2206
Fax: (61) 315-2894

E-MAIL
conass@conass.org.br

INTERNET
www.conass.org.br

CONASS

Cantarino fala ao Jornal Nacional



Na edição do dia 6 de outubro, o Jornal Nacional da Rede Globo veiculou matéria dizendo que as autoridades responsáveis pela saúde pública no Brasil estão enfrentando uma situação explosiva: respeitar os direitos dos cidadãos e cumprir decisões da Justiça sem comprometer o orçamento.

Depois de citar alguns exemplos, explica que as liminares são recursos usados em todo o país. “Em Porto Alegre, a Justiça autorizou a compra de fixador de dentadura para um doente com problema de próstata. Um médico pediu 54 liminares para comprar um medicamento usado no tratamento da hepatite C e exigiu uma dosagem fabricada por apenas um laboratório. O custo foi de R\$ 2,5 milhões”, dizia.

Trouxe também declarações como a do promotor de Defesa da Saúde, Jairo Bisol: “Os médicos são assediados por laboratórios e acabam receitando medicamentos caros. Os promotores acabam permitindo que esses pedidos se transformem em liminares e o sistema se vê obrigado a pagar. Enfim, isso acaba inviabilizando a política nacional de medicamentos”.

O texto faz referência ao Seminário “O SUS, o Judiciário e o acesso aos medicamentos excepcionais” realizado pelo Governo do Rio Grande do Sul, em julho deste ano, quando afirma que “juízes, médicos e representantes do governo já se reuniram para discutir o problema. O desafio é assegurar medicamentos para quem realmente precisa e, ao mesmo tempo, evitar o mau uso do dinheiro público”.

Para encerrar, o presidente do CONASS, Gilson Cantarino, disse em entrevista ao Jornal Nacional: “A Justiça tenta cumprir um direito do cidadão de adquirir um bem que ele não tem dinheiro para adquirir. Mas, por outro lado, é importante que o profissional que receita esteja seguindo um protocolo que está acordado a nível nacional. Do contrário, acaba-se gastando muito dinheiro para um remédio que nem sempre é eficiente, que às vezes tem um similar e acaba comprometendo o atendimento normal”.

Contratação de agentes comunitários

O Ministério da Saúde (MS) encaminhou ao Ministério Público do Trabalho (MPT), no dia 23 de setembro, documento que questiona a necessidade de concurso público para contratação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O documento é assinado pela Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Maria Luiza Jaeger, e pelo Secretário de Atenção à Saúde, Jorge Sola.

Essa situação surgiu porque o MPT, em Notificação Recomendatória nº 7/2004, “aceita a inserção do ACS no serviço se investido em cargo ou emprego público, após aprovação em concurso público”. Mas, segundo o documento do MS, essa afirmação contradiz o artigo 4º a Lei nº. 10.507/2002, que permite que esse profissional preste serviços ao gestor local do Sistema Único de Saúde (SUS) mediante vínculo de trabalho direto ou indireto (passível de terceirização – por contrato, convênio ou termo de parceria).

O documento enviado ao MPT esclarece, contudo, que Ministério da Saúde, CONASS, Conasems, Frente Nacional de Prefeitos, Associação Brasileira de Municípios e Confederação Nacional de Municípios têm externado o interesse de formular proposta em prol da regularização do vínculo de trabalho do agente comunitário de saúde. Mas, devido a esse confronto de entendimento entre o MPT e a Lei, se faz necessários os devidos esclarecimentos para que possa ser concluída e apresentada a proposta desses órgãos para o caso.

MS desenvolveu estratégias para

O Subsecretário de Assuntos Administrativos do Ministério da Saúde, Ivan Batista Coelho, tem como uma de suas funções gerir contratos e processos licitatórios para contratação e aquisição de bens e serviços. Ele falou ao Consensus sobre a redução de despesas, a segurança e a transparência no uso dos recursos públicos para a compra de medicamentos.

CONSENSUS – O que mudou nas compras governamentais?

IVAN COELHO – Com o processo de descentralização da Saúde se perdeu muito o poder de compra. As compras começaram a ser pulverizadas: cada município ou estado faz a sua negociação separadamente com a indústria. Não somos a favor de re-centralizar, porque acreditamos que os recursos e o planejamento devem estar nos estados e municípios, mais próximos da população. Mas precisávamos achar uma solução. Então, estamos fazendo a compra eletrônica por meio do Comprasnet, que é uma solução para o problema, porque recupera o poder de compra sem re-centralizar.

CONSENSUS – Como funciona?

COELHO - O Comprasnet é a ferramenta governamental responsável pelos processos de compras por meio da modalidade pregão. Qualquer órgão público do país pode utilizar o sistema, que chega a contabilizar entre 20 a 40 pregões eletrônicos por dia. Mas ele precisou ser adaptado às necessidades da área da Saúde.

CONSENSUS – Quais as vantagens e desvantagens das compras eletrônicas?

COELHO – A vantagem é ter os números na internet disponíveis aos que quiserem acompanhar, ou seja, maior transparência. Tem algumas dificuldades como o município pequeno e distante que precisa apenas de duas caixas de remédios. Ele provavelmente vai sofrer o jogo dos fornecedores. Mas a compra eletrônica vai melhorar isso, porque não é justo que estados e municípios mais ricos comprem mais barato do que os mais



IVAN BATISTA COELHO, SUBSECRETÁRIO DE ASSUNTOS ADMINISTRATIVOS DO MS.

necessitados. Então, quando especificamos o local de entrega, no fundo contribuímos com a socialização do processo. Acreditamos que com grande volume de compras nós conseguiremos preços melhores para todos.

CONSENSUS – Então essa é a nova forma de se fazer compras governamentais?

COELHO – Na verdade essa é mais uma alternativa. Ninguém será obrigado a usá-la. Agora, imaginamos que quem fizer compras separadamente, pela lógica, deveria conseguir preços iguais ou menores do que no pregão. A vantagem é permitir melhor planejamento, porque um ano antes a indústria terá a sinalização clara do que estados, municípios e União vão comprar. Assim, podem programar os recursos humanos, a matéria prima e o tempo de produção com precisão muito maior. Porque as indústrias já fazem um planejamento, mas não em cima de demanda clara.

baixar preços dos medicamentos

CONSENSUS – Em que fase está o Registro Nacional de Preços de Medicamentos e como ele fica dentro desse contexto?

COELHO – Publicaremos a portaria que institui o Registro Nacional de Preços na semana que vem (esta entrevista foi concedida no último dia 14 de outubro). Ele é, na verdade, um tipo de pregão eletrônico, mas que a compra não é obrigatória. Uma coisa importante é que esse Registro estará vinculado a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, o que permitirá verificar se os produtos são registrados lá. Outra questão é que o monitoramento não vai deixar registrar preços altos. Ou seja, se for acima do razoável, não vai registrar. Para esses casos teremos estratégia especial: convocaremos o conjunto das empresas produtoras e vamos informar que acima de determinado valor, nós não compramos. Então o limite permanecerá o mesmo e mostraremos novo cronograma e reeditaremos o pregão. A expectativa é que na primeira leva do Registro solucionaremos 60% dos itens. Na segunda rodada, que vai ser de três semanas a um mês depois, resolveremos mais uns 25%. Uns 15%, nós vamos ter que resolver no braço.

“A compra eletrônica é mais uma alternativa. Ninguém será obrigado a usá-la. Se estados, municípios e União comprarem juntos, os preços serão melhores.”

CONSENSUS – E depois? Se não conseguir resolver com estes procedimentos, resta a solução jurídica de importar?

COELHO – Sim. Depois de duas rodadas no Registro Nacional de Preços eu tenho a discricionariedade. Eu posso chamar um dos fornecedores estrangeiros e perguntar se ele quer registrar o produto dentro dos valores

considerados razoáveis. Se ele aceitar, registra. Essa é a vantagem, porque os enfrentamentos também serão de nacionais.

CONSENSUS – Como fica a questão de segurança desse sistema?

COELHO – Para participar do Registro Nacional ou de qualquer outra modalidade de pregão eletrônico da Saúde, a empresa precisa estar cadastrada no Ministério. Nós já fizemos o cadastramento das empresas fornecedoras de insumos, medicamentos e equipamentos. Portanto, temos um controle, não fica exposto a fraudes.

CONSENSUS – Como ficam os laboratórios oficiais nessa nova realidade?

COELHO – Nós sempre daremos prioridade a eles, porque a relação não é comercial e sim de parceria. É uma estratégia para agir no mercado. Se nas negociações o preço não cai para o aceitável, no caso de determinados produtos que poucas empresas produzem, nós podemos utilizar esses laboratórios para produzir, garantindo o acesso da população. Então, a política em relação a eles permanece a mesma.

CONSENSUS – Os processos de compras do Ministério estão sofrendo revisão e auditoria, com apoio do Tribunal de Contas. Isso leva a uma lentidão. Qual a estratégia para não tratar igualmente medicamentos e materiais de limpeza?

COELHO – Nós temos modernizado e feito revisão dos processos de compra para torná-los mais seguros, mais transparentes. Mas em função da vinda do Cenep (Centro Nacional de Epidemiologia, que antes ficava na Funasa e foi incorporado à nova SVS), para a administração direta do MS, praticamente dobrou o número de itens e o volume de recursos dispendidos nas compras feitas pelo Ministério da Saúde. Mas estamos especializando a área de medicamentos. Na área de compras estamos criando uma área específica para cuidar de medicamentos, com logística e capacidade própria.

CONASS quer regulamentação da

Secretários de Saúde dos Estados e dos Municípios aguardam tripartite que definirá responsabilidades, formas de avaliação e

O Ministério da Saúde publicou em 23 de setembro as portarias nºs. 2.023, 2.024 e 2.025 com a nova normatização da Atenção Básica.

A primeira propõe a extinção das condições de Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB), conforme NOB 01/96*, e da Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), conforme NOAS SUS 2002*, dos municípios e define que os municípios e o Distrito Federal são responsáveis pela organização do Sistema Municipal de Saúde para a gestão e execução das ações de Atenção Básica. Esta portaria foi amplamente discutida pelos Secretários Estaduais de Saúde, em Assembléia.

Em seu anexo, lista as responsabilidades dos municípios e do Distrito Federal, sem prejuízo das competências definidas na Lei nº. 8.080/90 (ver Box). Além disso, estabelece que a única modalidade de habilitação de municípios será a Gestão Plena de Sistema Municipal e os pleitos de habilitação deverão observar as determinações da NOAS SUS 2002.

Outra mudança que a portaria nº. 2.023 introduz se refere à parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB), que passa a ser uma das modalidades de financiamento do conjunto dos serviços, programas e ações da Atenção Básica à Saúde e não mais somente para a Assistência Básica, como na legislação vigente.

Mas para que isso aconteça, o Ministério da Saúde precisa instituir até dia 23 de dezembro uma comissão tripartite (Ministério, CONASS e Conasems), que regulamentará a portaria, definindo: o instrumento de responsabilização dos gestores na gestão e execução da Atenção Básica, os mecanismos e instrumentos de monitoramento e avaliação por meio do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, bem como as sanções cabíveis em caso de descumprimento dessas responsabilidades.



COMPONENTES DE EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, QUE PRESTAM ASSISTÊNCIA BÁSICA DE SAÚDE À POPULAÇÃO.

“A regulamentação da portaria 2.023 vai balizar a qualidade das ações de Atenção Primária a serem prestadas à população”, disse o presidente do CONASS, Gilson Cantarino.

FRASE CONASEMS

Esses instrumentos devem ser elaborados pelos representantes designados pelos três gestores do SUS, submetidos à Assembléia do CONASS e pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Após a publicação da portaria, as Secretarias Estaduais de Saúde em conjunto com os municípios, terão 90 dias (até 23 de março) para definir e pactuar nas Comis-

Atenção Básica

constituição da comissão possíveis punições.

sões Intergestores Bipartites (CIBs) as metas anuais a serem alcançadas pelos municípios, de acordo com o Pacto de Indicadores da Atenção Básica.

Outro ponto importante é que, a partir de 2006, as Secretarias Estaduais de Saúde realizarão anualmente o monitoramento e a avaliação do cumprimento pelos municípios dessas metas e encaminharão para a CIT a relação dos que não cumprirem, para definição das providências ou sanções cabíveis.

Esta mudança na regulamentação da Atenção Básica já é um primeiro passo no sentido do novo "Pacto de Gestão", que dá novo formato organizacional ao SUS e um novo rumo à relação entre as três esferas gestoras.

A segunda portaria, de nº. 2.024, aprova o novo valor do PAB que passa de R\$ 10,00 para R\$ 13,00 (por habitante ao ano), beneficiando a maioria dos municípios, e a terceira (nº. 2.025) publica os novos valores do PAB por município.

Algumas responsabilidades dos municípios e do Distrito Federal

- Garantir acesso a serviços de saúde de qualidade e resolutivos e viabilizar planejamento, programação e atenção à saúde descentralizados.
- Garantir integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, no contexto familiar e social, englobando atividades de promoção, prevenção de riscos, danos e agravos, além de ações de assistência e reabilitação, assegurando atendimento às urgências médicas e odontológicas.
- Humanizar atendimento com desenvolvimento de responsabilização e vínculo das equipes com a população, além de estímulo ao autocuidado.
- Valorizar os profissionais de saúde por meio da garantia de qualificação e educação permanente.
- Estimular organização, participação popular e controle social na gestão dos serviços, democratizando conhecimento sobre o sistema de saúde.
- Executar ações básicas de vigilância em saúde, com ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental de acordo com as normas vigentes.
- Desenvolver ações educativas que interfiram no processo de saúde-doença da população e na melhoria da qualidade de vida.
- Assegurar integração e articulação dos serviços de Atenção Básica (AB) com os demais níveis do sistema.
- Gerenciar unidades ambulatoriais próprias e as transferidas pelo estado ou pela União.
- Desenvolver cadastro nacional dos usuários do SUS, segundo a estratégia de implantação do Cartão Nacional de Saúde, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços.
- Prestar serviços cobertos pelo PAB e acompanhar, no caso de referência interna ou externa ao município, os demais serviços prestados, conforme a PPI.
- Realizar cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços do PAB localizados em seu território e vinculados ao SUS.
- Operar SIA/SUS e SIAB, conforme normas do MS, e alimentar regularmente, junto à Secretaria Estadual de Saúde, os bancos de dados nacionais.
- Autorizar, conforme definição da CIB, internações hospitalares e procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município, que continuam sendo pagos por produção de serviços.
- Manter cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.
- Firmar Pacto dos Indicadores da AB com o estado.

1 NOB 01/96 – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde nº. 1, publicada em 1996.

2 NOAS SUS 2002 – Norma Operacional de Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde, publicada em 2002.

Normas

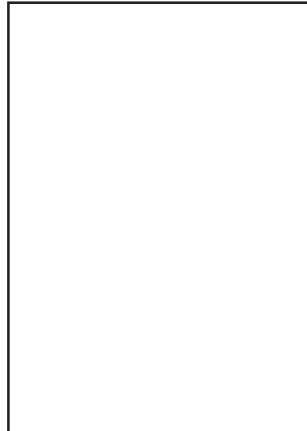
NOB e NOAS: O que continua em vigor

Lourdes Lemos Almeida

Especialista em Saúde Pública e Coordenadora da Secretaria Técnica da Comissão Intergestores Tripartite – Ministério da Saúde

A Norma Operacional Básica do SUS editada em 1993 (NOB-93) foi quase totalmente alterada pela de 1996 (NOB-96). Os capítulos 3 e 4 que se referem ao financiamento e às condições de gestão de estados e municípios são exemplo disso. A NOB-93 estava centrada em disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde. Já a NOB-96, mais ampla, trata da definição do modelo de gestão e da função de gestor da atenção à saúde que é atribuída ao município. Os pressupostos contidos no capítulo 1 são perenes, pois estão fundamentados nas Leis n.ºs. 8.080/90 e 8.142/90. O capítulo 2, que trata do gerenciamento do processo de descentralização, continua em vigor, pois a NOB-96 não muda as finalidades dos fóruns de negociação e deliberação, apenas complementa.

Dessa forma, conclui-se que da NOB-93 continuam em vigor apenas os capítulos 1 e 2. Podem ser identificados os seguintes atos normativos que mudaram a NOB-96: Portaria/GM 1.882 de 18/12/97 – estabelece o PAB e sua composição; Portaria/GM 1.399 de 15/12/99 – regulamenta a NOB na área de epidemiologia e controle de doenças; Lei 9.782 de 26/01/99 - cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Portaria/GM 01 de 03/01/02 – financiamento das ações de vigilância sanitária; Portaria/GM 373 de 27/02/02 – Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-2002); Emenda Constitucional 29/2000; Decreto 4.726 de 09 de junho de 2003 - define a estrutura regimental do Ministério da



Saúde; Portaria/GM 2.473 de 29/12/03 – estabelece as normas para a programação pactuada das ações de vigilância sanitária e fixa a sistemática de financiamento.

O foco central da NOB-96 é a redefinição do modelo de gestão, e a sua finalidade é "promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde de seus municípios...".

Esta Norma propõe ainda a implantação de novo modelo de atenção à saúde, em oposição ao modelo vigente à época em que foi editada, centrado na doença. Nessa transformação, destaca-se a atenção integral. Esse é um diferencial em relação as anteriores, cujo foco era a assistência.

Entre os novos conceitos introduzidos ressaltam-se os relativos à "gestão" e à "gerência". Para efeito do SUS, assumir a "gestão" significa apropriar-se do comando do Sistema, o que é de exclusiva competência do poder público. No que se refere à gerência, assumi-la significa ter a responsabilidade pela administração de uma unidade ou órgão de saúde – ambulatório, hospital, instituto, fundação etc. – que presta serviços ao sistema.

À época em que foi editada, a NOB-96 propunha aperfeiçoar a gestão do SUS e apontou para uma reordenação do modelo de atenção, ao redefinir: a) os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única; b) os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS; c) os mecanismos e fluxos de finan-

ciamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas (PPI); d) a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade; e) os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social.

Este direcionamento continua em vigor, diferentemente das orientações operacionais, dos instrumentos, fluxos e trâmites que foram modificados ao longo do tempo, por meio de portarias, instruções normativas e resoluções. Algumas das mudanças ocorreram com o aval dos três instâncias gestoras do SUS (federal, estadual e municipal), em pactuação na CIT, mas outras foram editadas solitariamente pelo Ministério da Saúde.

As mudanças na estrutura administrativa do Ministério da Saúde de 1996 a 2002 também geraram alterações em fluxos operacionais contidos na NOB, tendo em vista que alguns órgãos do Ministério foram extintos e outros criados, muitas vezes numa lógica administrativa e operacional diferente.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde de 2002 (NOAS), diferente das NOBs 93 e 96, não se detém na elaboração de conceitos ou de pressupostos para a condução do processo de implementação do SUS. Pelo contrário, o texto trata essencialmente de questões operacionais, detalha os instrumentos para os pactos entre estados e municípios e lista atividades vinculadas a responsabilidades na execução de ações estratégicas.

Dessa forma, conclui-se que a estrutura conceitual expressa tanto na NOB-93 como na NOB-96, que nada mais é do que a regulamentação dos princípios do SUS expressos na Lei nº. 8.080/90, não foi alterada e permanece em vigor.

A estrutura de organização da NOB-96

trata dos campos da Atenção à Saúde; do Sistema de Saúde Municipal; das Relações entre os Sistemas Municipais; do Papel dos Gestores Estadual e Federal; Direção e Articulação; das bases para um novo modelo de Atenção à Saúde; do Financiamento das ações e Serviços de Saúde; do custeio da Assistência Hospitalar e Ambulatorial; do custeio das Ações de Vigilância Sanitária e do custeio das Ações de Epidemiologia e de Controle de Doenças; das Condições de Gestão do Município e de Gestão do Estado.

Já a NOAS trata da regionalização, do fortalecimento da capacidade de gestão no SUS e dos critérios de habilitação e desabilitação de municípios e de estados. Nos pontos em que tratam dos mesmos temas, há diferenças nos conceitos como no caso da Programação Pactuada e Integrada e ampliação ou aprofundamento do tema como no caso do fortalecimento da capacidade de gestão no SUS.

Conclui-se então, que deixam de vigorar os seguintes itens na NOB 96:

Capítulo 10 – Financiamento das ações e serviços de saúde: Item 2 - Fontes (EC 29 e NOAS 2002) e Item 4 - Tetos financeiros dos recursos federais (NOAS 2002);

Capítulo 11 – Programação, Controle, Avaliação e Auditoria: Item 1- Programação Pactuada e Integrada e 1.1 e 1.4 - O conceito de PPI foi alterado pela Noas;

Capítulo 12 – O conceito de Teto Financeiro da Assistência foi substituído por Limite Financeiro da Assistência : Item 1.1 - Piso Assistencial Básico (PAB) (Portaria/GM nº. 1.882 de 18/12/97), Item 1.2 - Incentivo aos Programas de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde (Portaria/GM nº 1882 de 18/12/97), Item 1.4 - Teto Financeiro da Assistência do Município – TFAM (NOAS 2002) e Item 1.5 - Teto financeiro da Assistência do Estado – TFAE (NOAS 2002).

Capítulo 13 – Custeio das Ações de Vigilância Sanitária (Portaria/GM 1882 de 18/12/97; Portaria/GM 01 de 03/01/02; Portaria/GM 2473 de 29/12/03): Item 1.1 - Piso Básico de Vigilância Sanitária (Portaria/GM 1882 de 18/12/97).

RONDÔNIA



MILTON MOREIRA

As Faculdades Integradas Maria Coelho Aguiar realizaram em 15 de setembro a Aula Inaugural dos novos acadêmicos do curso de Medicina. São 80 alunos que formaram a primeira turma e devem terminar o curso em seis anos. Segundo o Secretário Estadual de Saúde, Milton Moreira, atualmente existem cerca de 1.200 médicos atuando em Rondônia e metade trabalha para o estado. "Esperamos que todos vocês sejam nossos concorrentes no mercado de trabalho", disse.

RIO GRANDE DO NORTE

A Secretaria Estadual de Saúde realizou nos dias 29 e 30 de setembro a 2ª Mostra Estadual do Programa Saúde na Família (PSF). O evento possibilitou que profissionais do PSF de todo o estado mostrassem suas experiências de sucesso e estudos sobre saúde. O evento premiou os melhores trabalhos e divulgou as estratégias do Programa no estado, promovendo intercâmbio de idéias entre os participantes.

DISTRITO FEDERAL

O Distrito Federal conta com o seu primeiro Centro de Atenção Psicossocial (Capsad). Trata-se de um atendimento especializado para usuários de álcool e drogas, inédito na rede pública de saúde do DF e primeiro na região Centro-Oeste. O Capsad atende em sessões individuais ou de grupo, além de oferecer oficinas terapêuticas. Os procedimentos são coordenados por uma equipe multiprofissional e o acompanhamento ambulatorial é referenciado, ou seja, o paciente precisa ser encaminhado por uma unidade de saúde. O trabalho baseia-se no que preconiza a reforma do Modelo Assistencial Psiquiátrico no Brasil.

AMAZONAS

A Susam registrou queda de 50% na ocorrência de malária em Manaus. O índice, relativo a agosto, é considerado o melhor deste ano, comparado ao mesmo período em 2003. Nos 20 municípios que respondem por mais de 90% do total de notificações no estado, a queda foi de 34%, com seis mil casos a menos. Dados parciais indicam que na capital a malária pode cair mais 45%. A secretária Leny Passos ressalta que a redução ocorre justamente nos meses em que a doença tende a subir e que este fato demonstra que as ações desenvolvidas até agora foram estruturantes.

PIAUI



BRUNO FIGUEIREDO

Começou a funcionar no último dia 20 de setembro o Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí, em Teresina. Depois de 15 anos, o hospital abre suas portas oferecendo à população atendimento de qualidade e aparelhos modernos e de última geração. Tudo isso graças ao termo de cooperação que foi assinado pelo Secretário Estadual da Saúde do Piauí, Bruno Figueiredo, onde o Estado se compromete a repassar mensalmente recursos na ordem de R\$ 60 mil para o hospital.

SANTA CATARINA

A Vigilância Epidemiológica do estado incinerou, no dia 27 de setembro, 124.664 preservativos com defeito, distribuídos pelo Ministério da Saúde. O problema foi identificado depois da denúncia de um usuário de Chapecó, feita em junho. Ele reclamou do ressecamento e do mau cheiro dos preservativos. A Secretaria de Saúde encaminhou as camisinhas para o Inmetro de São José,

que as reprovou nos testes de qualidade. Os preservativos foram tirados de circulação.

SÃO PAULO

O Secretário de Estado da Saúde, Luiz Roberto Barradas, entregou os novos pronto-socorro e setor de hemoterapia do Hospital do Servidor Público Estadual, no dia 13 de outubro. O novo pronto-socorro adulto, que tem um atendimento médio de 600/dia, teve o número de consultórios ampliado de oito para 15, e a quantidade de leitos das enfermarias passou de 31 para 56. Além disso, a sala de reanimação teve o número de leitos duplicado. Para equipar o setor foram adquiridas camas, macas, cadeiras de rodas e de banho (inclusive para pacientes obesos), além de mobiliário. O Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (Iamspe) atende cerca de 800 mil servidores pelo estado, cada um com de três dependentes, em média, totalizando 2,4 milhões de pessoas.

MINAS GERAIS

A campanha para estimular a doação de órgãos, lançada pela Secretaria de Saúde no dia 2 de setembro, já começou a apresentar resultados positivos. O número de doações de múltiplos órgãos em setembro praticamente dobrou em relação ao mês de anterior e, como consequência, os transplantes também. Em agosto foram cinco doações, já em setembro

ocorreram 11. Em agosto foram transplantados seis rins, um coração, três fígados e 117 córneas, e em setembro, 18 rins, dois corações, oito fígados e mais de 120 córneas.

PARANÁ

O estado foi eleito pelo Ministério da Saúde para o lançamento nacional dos Centros de Especialidades Odontológicas, uma das principais ações do Programa Nacional de Saúde Bucal Brasil Sorridente. Foram habilitados simultaneamente 60 Centros em todo o Brasil. Destes, 5 estão no Paraná. No futuro serão 26 centros, que contarão com investimentos de R\$ 5 milhões do Ministério da Saúde. A inauguração ocorreu no dia 8 de outubro, com a presença do presidente Luiz Inácio Lula da Silva. "A escolha do estado para o lançamento do programa comprova a confiança do Ministério da Saúde no nosso programa de saúde bucal", disse o secretário de Estado da Saúde do Paraná, Cláudio Xavier.



CLAUDIO XAVIER

O quê que é isso?!

O Presidente do CONASS, Gilson Cantarino, manifesta sua perplexidade ao tomar conhecimento do jornal "O MINISTÉRIO DA SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL".

A publicação induz o leitor a crer que as ações e serviços de saúde são prestados diretamente pelo Ministério e não pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal, uma vez que sequer faz referência à existência da mesma.

As chamadas de capa sobre o Programa Brasil Sorridente, o SAMU e etc., se referem a programas que não existem no DF! As chamadas de capa contidas em box reforçam a idéia que o Ministério da Saúde é o único responsável pela realização das ações.

Além de não se referir à Secretaria Estadual de Saúde, traz na capa a bandeira do Distrito Federal e na foto reproduz imagem de ambulância da Prefeitura de São Paulo!

Isso, para ficarmos só na capa, já que no seu interior o jornal traz muitas informações que não correspondem à verdade.

Será que o Ministério da Saúde divulgará jornal semelhante em outros estados?

Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

Câmaras Técnicas do CONASS

6 de outubro

Informação e Informática – Santa Catarina – PR

13 e 14 de outubro

Atenção à Saúde – Brasília/DF

18 e 19 de outubro

Vigilância Sanitária – Brasília/DF

26, 27 e 28 de outubro

Oficina da Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica do CONASS sobre Medicamentos Excepcionais – Brasília/DF



7 de outubro

Oficina do CONASS com os representantes das Secretarias Estaduais de Saúde nos Pólos de Educação Permanente – Brasília/DF

20 de outubro

Assembléia do CONASS – Brasília/DF



21 de outubro

Reunião da Comissão Intergestores Tripartite – Brasília/DF

Prêmio Opas Administração 2004

O Secretário-Executivo do Ministério da Saúde, Gastão Wagner, ganhou o Prêmio OPAS - Administração 2004. A entrega do diploma e as homenagens aconteceram no dia 27 de setembro, na sede da Organização Pan-Americana da Saúde em Wa-



shington, nos Estados Unidos. Segundo o comitê julgador, ele recebeu o prêmio pela sua "excepcional contribuição para a transformação do modelo de atenção à saúde, que democratizou os serviços, fortalecendo os vínculos entre os usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil".



PRESIDENTE: Gilson Cantarino O'Dwyer (RJ). **VICE-PRESIDENTES:** Álvaro Machado (AL), Fernando Dourado (PA), João Paulo Esteves (MS), Osmar Terra (RS). **SECRETÁRIOS ESTADUAIS DE SAÚDE:** Altamir Ribeiro Lago (RR), Álvaro Machado (AL), Arnaldo Bernardino (DF), Bruno Cristiano Figueiredo (PI), Cassiano de Oliveira (AC), Cláudio Costa (AP), Cláudio Murilo Xavier (PR), Eduardo Alves Amorim (SE), Fernando Cupertino (GO), Fernando Dourado (PA), Gilson Cantarino (RJ), Guilherme Robalinho (PE), Helena Maria Ferreira (MA), Ivis Alberto Bezerra (RN), João Felício Scárdua (ES), João Paulo Esteves (MS), José Antônio Alves (BA), José Joácio Morais (PB), Jurandi Frutuoso Silva (CE), Leny Passos (AM), Luiz Eduardo Cherem (SC), Luiz Roberto Barradas (SP), Marcos Henrique Machado (MT), Marcus Vinícius Pestana (MG), Milton Luiz Moreira (RO), Osmar Terra (RS), Petrônio Bezerra Lola (TO). **SECRETÁRIO-EXECUTIVO:** Ricardo F. Scotti. **ASSESSORIA TÉCNICA:** Ana Luiza Wenke, Déa Carvalho, Gisele Bahia, Júlio Müller, Luis Fernando Rolim, Regina Nicoletti, René Santos, Rita Catanelli, Viviane Luiz. **APOIO ADMINISTRATIVO:** Adriano Salgado, Carolina Abad, Júlio B. C. Filho, Luciana Tolêdo Lopes, Luciléia de Souza Santos, Paulo de Paiva Arbués, Sheyla Ayala. **CÂMARAS TÉCNICAS:** Assistência Farmacêutica, Atenção à Saúde, Epidemiologia, Gestão e Financiamento, Informação e Informática, Recursos Humanos, Vigilância Sanitária.