FÓRUM DEMOCRÁTICO PARA O DESENVOLVIMENTO DE MINAS GERAIS

PROPOSTAS PARA A AGENDA DA ASSEMBLEIA

RELATÓRIO ANALÍTICO

SAÚDE

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

ABRIL/2011

Mesa da Assembleia

Deputado Dinis Pinheiro
Presidente
Deputado José Henrique
1º-Vice-Presidente
Deputado Inácio Franco
2º-Vice-Presidente
Deputado Paulo Guedes
3º-Vice-Presidente
Deputado Dilzon Melo
1º-Secretário
Deputado Alencar da Silveira Jr.
2º-Secretário
Deputado Jayro Lessa
3º-Secretário

SECRETARIA

Eduardo Vieira Moreira
Diretor-Geral
José Geraldo de Oliveira Prado
Secretário-Geral da Mesa

Elaboração: Gerência-Geral de Consultoria Temática – Gerência de Acompanhamento e Avaliação de Políticas Públicas – Gerência de Saúde, Trabalho e Assistência Social (2108-7683)
Órgão demandante: Secretaria-Geral da Mesa
Projeto gráfico e editoração: Gerência-Geral de Imprensa e Divulgação – Gerência de Comunicação Visual

---

Fórum Democrático para o Desenvolvimento de Minas Gerais (2011 : Belo Horizonte, MG).
F745p Propostas para a agenda da Assembleia : relatório analítico : saúde – Belo Horizonte : Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, 2011.
25 p.

1. Saúde pública – Congresso - Minas Gerais. I. Título. II. Minas Gerais. Assembleia Legislativa.

CDU: 614(815.1)

UMA AGENDA PARA O LEGISLATIVO

O Fórum Democrático realizado por este Parlamento entre os dias 15 e 24 de fevereiro de 2011 pautou-se por uma pergunta, dirigida a especialistas, a representantes de outros órgãos públicos, da sociedade civil e aos cidadãos em geral: "O que deverá estar na agenda da Assembleia de Minas para promover o desenvolvimento do Estado?"

As respostas e a grande participação no evento demonstraram a vontade coletiva de contribuir com a proposição do Legislativo, visando ao aprimoramento das políticas públicas, ao incremento da economia, à melhoria dos indicadores sociais, enfim, ao atendimento de demandas, ao aproveitamento de potencialidades e à elevação da qualidade de vida para todos os segmentos da população.

Este documento consolida todo o conteúdo debatido durante o fórum na área da **Saúde** e compatibiliza as sugestões apresentadas com a experiência da ALMG nas discussões com a sociedade e na elaboração legislativa. Compõe-se de uma contextualização das políticas públicas relacionadas ao tema; de uma compilação das propostas levantadas; de uma análise de sua eficácia, legalidade e viabilidade de implementação; e de sugestões de atuação para a Assembleia, em suas funções constitucionais, considerados os trabalhos das comissões temáticas e de cada parlamentar.

SAÚDE

Contextualização das políticas públicas de saúde

A direção do Sistema Único de Saúde – SUS – é única em cada esfera de governo, com ênfase na descentralização dos serviços para os Municípios. O serviço de saúde é regionalizado e organiza-se em rede, que é hierarquizada, isto é, compõe-se de várias unidades interligadas, segundo os níveis de complexidade – baixa, média e alta. Dessa forma, a assistência de baixa complexidade, também chamada de atenção básica ou primária, deve ser prestada por todo Município, que é o principal responsável pela gestão da rede de serviços de saúde e, por conseguinte, pela prestação direta da maioria das ações e programas de saúde. Já as microrregiões sanitárias, compostas por vários Municípios contíguos, oferecem a assistência de média complexidade, enquanto as macrorregiões, compostas por algumas microrregiões, prestam serviços de média e alta complexidade.

Também chamada de atenção primária ou de baixa complexidade, a atenção básica é o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. A atenção básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização, sendo seus fundamentos: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos; permitir o planejamento e a programação descentralizada; e efetivar a integralidade. Por integralidade entende-se a complementaridade entre ações programáticas e de demanda espontânea; a articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação; o trabalho interdisciplinar e em equipe; a coordenação da rede de serviços, o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população local para garantir a continuidade das ações de saúde; e o estímulo à participação popular e ao controle social. Ressalte-se que a atenção básica está entre as responsabilidades do gestor municipal (Secretário Municipal de Saúde), cabendo a ele a contratação dos profissionais e a instalação das unidades de saúde para que as equipes possam desenvolver seus trabalhos.

Conforme definido pelas diretrizes organizacionais do SUS, a atenção à saúde de média complexidade é composta por ações e serviços cuja complexidade demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos mais avançados para apoio

diagnóstico e tratamento, visando atender aos principais problemas e agravos de saúde da população.

O nível de alta complexidade do sistema, por sua vez, diz respeito aos hospitais de grande porte, onde se concentram recursos, humanos e materiais, de maior especialização. Esse nível da atenção tem seu foco naquelas doenças que necessitam de maior investimento diagnóstico e terapêutico.

Tendo em vista que nenhuma região dispõe da totalidade de recursos (financeiros e humanos) necessários para solucionar todos os problemas de saúde da sua população, a organização dessa rede de assistência é fundamental para garantir a integralidade da atenção e implica a definição dos locais de referência e contrarreferência à atenção especializada. O sistema de referência e contrarreferência é um mecanismo que objetiva adequar a capacidade do serviço de saúde à demanda da população. Por meio desse sistema é possível encaminhar o paciente de um Município aos serviços especializados – de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar – de outra localidade, utilizando o serviço de transporte em saúde. Esse fluxo de usuários é previamente definido pelo gestor estadual (Secretário de Estado de Saúde) e pactuado entre os Municípios através da Programação Pactuada e Integrada – PPI –, a fim de que o Município mais equipado e com maior oferta de serviços de média e alta complexidade possa atender à demanda daqueles com menos recursos e serviços. A PPI é um processo que visa definir a programação das ações de saúde em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros para a saúde a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores. A PPl explicita os pactos de referência entre Municípios, gerando a parcela de recursos destinados à própria população e à população referenciada.

A organização da rede de saúde é definida nos fóruns de negociação compostos pelos gestores municipais, estaduais e federal – Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – e pelos gestores municipais e estadual – Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Nesses fóruns são estabelecidas as composições dos sistemas municipais de saúde e pactuadas as programações entre gestores.

Quanto à assistência farmacêutica, sua organização é feita em três componentes no SUS: o da assistência farmacêutica básica, o especializado e o dos medicamentos estratégicos. A Assistência Farmacêutica na Atenção Básica é financiada pelo Ministério da Saúde – MS –, pelos Estados e pelos Municípios. Os medicamentos desse componente são destinados ao tratamento de doenças de maior incidência e aos programas de saúde inseridos na rede de cuidados da atenção primária à saúde, conforme definido na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename –, que é atualizada periodicamente pelo MS. Como exemplo, podemos citar nesse componente os remédios para febre, os analgésicos,

os anti-inflamatórios, os antialérgicos, os antibióticos, os antifúngicos, os antiparasitários, os antissépticos, os anti-hipertensivos, as insulinas e os antidiabéticos orais, os contraceptivos, entre outros.

O componente especializado, anteriormente chamado de Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional, garante o tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, conforme definido em protocolos clínicos do MS. É destinado a agravos importantes, tanto do ponto de vista epidemiológico quanto do clínico, abrangendo medicamentos de alto custo para doenças mais raras. Incluem-se nesse componente os remédios para artrite reumatóide, Parkinson, Alzheimer, epilepsia, osteoporose, hepatite crônica, imunodeficiência, transplantados, anemias graves, esquizofrenia, doença renal, entre outras patologias. Os medicamentos incluídos nesse componente estão divididos em três grupos, com características e formas de financiamento e de aquisição distintas.

Por fim, os medicamentos estratégicos destinam-se aos portadores de doenças que configuram problemas de saúde pública, consideradas como de caráter estratégico pelo MS, como tuberculose, hanseníase, DST/AIDS, endemias focais (doença de Chagas, meningites, "influenza", esquistossomose, malária, entre outras), subnutrição e tabagismo. Nesse caso, o MS estabelece os protocolos de tratamento, faz a aquisição dos medicamentos e os distribui para os Estados. As Secretarias Estaduais de Saúde os armazenam e os distribuem às Regionais ou aos Municípios.

O financiamento do sistema público de saúde é feito com recursos do orçamento da seguridade social da União, dos Estados e do Distrito Federal, bem como dos Municípios, entre outras fontes. O financiamento é, portanto, tripartite, devendo os Estados e Municípios aplicar recursos em ações e serviços de saúde como contrapartida ao repasse de recursos federais. Tais repasses ocorrem de fundo a fundo, isto é, as transferências são realizadas diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, de forma regular e automática. Essa é uma das principais formas de transferência de recursos federais para financiar ações e serviços de saúde. A transferência dos recursos do MS é realizada de acordo com as condições de gestão e com as qualificações de Estados e Municípios para os respectivos programas e incentivos, de acordo com regulamentação específica. Há, ainda, recursos destinados a financiar metas específicas do Ministério da Saúde, que são repassados mediante adesão dos gestores e aprovação de projeto.

Finalizando, acrescentamos que as políticas públicas de saúde em Minas Gerais são executadas no âmbito do Plano Plurianual de Ação Governamental – PPAG – 2008-2011 por meio da Área de Resultados Vida Saudável, especialmente nos Programas Saúde Integrada – Logística e Apoio às Redes de Atenção; Regionalização – Redes de Atenção á Saúde; Saneamento Básico: Mais Saúde para Todos; Saúde em Casa; e Vida no Vale – Copanor.

Análise das propostas apresentadas no fórum, organizadas em razão da estrutura da política pública de saúde

1. Atenção básica

1.1 Saúde da família

- Fortalecimento e qualificação da atenção primária à saúde com melhorias nas estruturas físicas e nos equipamentos das unidades básicas, a fim de possibilitar maior resolutividade.
- Expansão do Programa Saúde da Família em todo o Estado, mediante parcerias entre o Poder Executivo estadual e o Poder Executivo dos Municípios, fortalecendo as ações de prevenção e promoção da saúde.
- Divulgação de campanhas sobre prevenção de doenças.
- Disseminação do projeto Academia da Cidade em todos os Municípios mineiros.
- Atuação conjunta das Secretarias de Saúde e de Esportes e da Juventude nas ações de prevenção e promoção da qualidade de vida.
- Melhoria do acesso dos idosos aos serviços tendo em vista que pesquisa realizada pelo Grupo de Estudos em Economia da Saúde e Criminalidade da UFMG demonstrou que esse acesso ainda é restrito.
- Ampliação dos Centros de Referência do Idoso.
- Criação de um programa de saúde para prevenir e tratar a anemia nas pessoas com mais de 60 anos, para reduzir a incidência de mielodisplasia, doença grave que acomete os idosos.
- Inclusão de cirurgião-dentista nas equipes de Saúde da Família.
- Implantação de uma política estadual de saúde do homem.
- Instituição do dia da luta contra o câncer de próstata.

No que se refere ao fortalecimento e qualificação da atenção primária à saúde e das ações de prevenção, diversas ações já são desenvolvidas no Estado por meio do Programa 049 – Saúde em Casa – do PPAG. Em linhas gerais, as Ações 1116 – Ampliação da Cobertura Populacional do PSF; 1127 – Financiamento de Reforma, Construção e Equipamento das Unidades Básicas de Saúde do PSF; e 4334 – Apoio Profissional à Atenção Primária à Saúde visam universalizar a oferta da atenção básica para a população dependente do SUS, bem como melhorar a qualidade dos serviços de atenção primária, com ênfase na promoção, prevenção e assistência à saúde da família.

Quanto à saúde do idoso, a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS –01/02, aprovada pela Portaria nº 373, de 27/2/2002, do Ministério da Saúde, determina que a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da hipertensão e da "diabetes melittus", doenças de grande incidência entre idosos, estão entre as responsabilidades e ações estratégicas mínimas a serem prestadas pelo Município na atenção básica. A Portaria nº 399, de 22/2/2006, do Ministério da Saúde, que divulga o Pacto pela Saúde/Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto, estabelece entre suas prioridades a implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Para tanto, define como ações estratégicas: a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, com informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa, possibilitando um melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde; o Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa, para indução de ações de saúde, tendo por referência as diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; o Programa de Educação Permanente à Distância na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais que trabalham na rede de atenção básica em saúde; a reorganização do processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso; a instituição da atenção domiciliar como modalidade de prestação de serviços ao idoso; entre outras. Ressalte-se que o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa por meio da Portaria nº 2.528, de 19/10/2006.

No que se refere à inclusão de dentista nas equipes de Saúde da Família, cabe ao Município definir se suas equipes de Saúde da Família serão ampliadas ou não. Cada equipe é composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), mas a equipe de Saúde da Família pode ser ampliada, incorporando profissionais de saúde bucal. Existem duas modalidades de Equipe de Saúde Bucal: a modalidade 1 conta com cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário (ACD), ao passo que a modalidade 2 é composta de cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico em higiene dental (THD).

Com relação à saúde do homem, foi recentemente aprovada no Estado a Lei nº 18.874, de 20/5/2010, que dispõe sobre a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem no âmbito do Sistema Único de Saúde. Além disso, está em tramitação na ALMG Projeto de Lei que institui a semana estadual de prevenção do câncer da próstata, a ser realizada anualmente.

Diante das propostas apresentadas e dos comentários expostos, sugere-se incluir na agenda da ALMG os seguintes pontos relativos à atenção básica:

- Audiência Pública para debater a implementação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS –, instituída pela Lei nº 18.874, de 20/5/2010.
- Audiência Pública para debater as ações e serviços de saúde pública desenvolvidas no Estado para os idosos e o acesso a essas ações e serviços.
- Audiência Pública conjunta das Comissões de Saúde e de Esportes e Juventude para discutir as ações de promoção da qualidade de vida desenvolvidas pelas Secretarias de Saúde e de Esportes e da Juventude.
- Discussão sobre os recursos destinados à Estratégia Saúde da Família, quando da elaboração dos instrumentos de planejamento e orçamento do Estado, de modo a garantir infraestrutura adequada e qualificar a prestação de serviços na atenção básica à saúde.

1.2 Vigilância à saúde

- Promoção de discussões, com a participação de setores como educação, saneamento e meio ambiente, para solucionar o problema da dengue no Estado.
- Atuação conjunta da Secretaria de Estado de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde para elaborar ações de combate ao mosquito transmissor da dengue.
- Debate de questões relacionadas às emergências epidemiológicas e aos limites de atuação da autoridade sanitária: a necessidade de medidas de contenção de doenças (como o isolamento de pessoas com doenças de alto potencial de transmissibilidade) e a possibilidade de se ferir o direito à liberdade individual.
- Análise das mudanças ocorridas ao longo dos últimos anos nos fatores determinantes de doenças endêmicas e a necessidade de estudos para adequação das medidas preventivas e de combate, tendo em vista fatores recentes como crescimento urbano, aumento da expectativa de vida da população, etc.

No que se refere ao combate à dengue, esta Casa aprovou a Lei nº 19.482, de 12/1/2011, que dispõe sobre medidas de controle da proliferação de mosquitos transmissores da dengue e dá outras providências. A lei determina que pessoas físicas ou jurídicas, públicas ou privadas, cuja atividade resulte em acúmulo de material de qualquer natureza tomem

medidas para o controle da proliferação do mosquito da dengue. A norma também estabelece penalidades para os casos em que essa determinação for descumprida. Prevê, ainda, a realização de campanhas educativas por parte do Estado e a criação de Comissões Permanentes de Combate a Focos de Mosquito Transmissor da Dengue – CPCDs – pelas pessoas jurídicas a que se refere. Espera-se que essas medidas propiciem uma diminuição das ocorrências de óbito e internação decorrentes da dengue.

Diante das propostas apresentadas e dos comentários expostos, sugere-se incluir na agenda da ALMG os seguintes pontos relativos à vigilância à saúde:

- Audiência Pública sobre a prevenção e o controle da dengue em Minas Gerais: atuação intersetorial e parceria entre Estado e Municípios.
- Audiência Pública para debater as emergências epidemiológicas e os limites de atuação da autoridade sanitária.
- Audiência Pública para promover a discussão sobre as mudanças nos fatores determinantes de doenças endêmicas e a necessidade de estudos para adequação das medidas de prevenção e combate.

2. Atenção de média e alta complexidade

- Apoio do Estado à formação de consórcios intermunicipais de saúde nas microrregiões sanitárias, para aumentar e melhorar a oferta dos serviços de média complexidade.
- Melhoria na qualidade do atendimento nos hospitais e centros de saúde da atenção de média e alta complexidade. A população usuária do SUS encontra dificuldades para agendar cirurgias eletivas, consultas com especialistas e exames como tomografias, mamografias, colonoscopias, etc.
- Construção e manutenção, por parte do Estado, de hospitais regionais, principalmente para aumentar o número de leitos de UTIs em todas as regiões do Estado.
- Ampliação dos convênios do SUS com hospitais privados, de preferência com os filantrópicos, para aumentar a rede de prestação de serviços de média e alta complexidade.
- Ampliação da cobertura para exames de mamografia, já que no Estado a cobertura é de apenas 50%, conforme pesquisa realizada pelo Grupo de Estudos em Economia da Saúde e Criminalidade da UFMG.

- Implantação nas macrorregiões do sistema de mutirão de cirurgias de catarata, de varizes, ortopédicas, entre outras.
- Ampliação da Rede de Atenção à Urgência e Emergência e da retaguarda de leitos para os usuários após sua estabilização.
- Investimento no fortalecimento da rede de assistência à saúde em todo o Estado, através de melhorias na estrutura física, na regulação (com a disseminação do uso do software "SUS Fácil" em todos os Municípios) e na logística.
- Novas definições para o software "SUS Fácil", desburocratizando o acesso do usuário às internações hospitalares.
- Revisão dos processos de regulação, controle, avaliação e pactuação da atenção de média e alta complexidade.
- Implantação de hospital público regional em São João del Rei.
- Estruturação de equipe de transplantes no Município de Divinópolis.
- Realização de campanhas para captação de órgão para transplantes.
- Melhoria do sistema da central de leitos.
- Criação de ação no PPAG, na área de resultados "Vida Saudável", a fim de garantir recursos para a política de órteses e próteses.
- Implantação de modelo de transporte em saúde adaptado às pessoas com deficiência.
- Manutenção da frota de veículos que fazem o transporte em saúde.

A fim de garantir o acesso às ações e nos serviços de média e alta complexidade, foi elaborado o Plano Diretor de Regionalização – PDR. No PDR foram definidos espaços regionais dentro do território do Estado, formados por um conjunto de Municípios circunvizinhos, normalmente ligados a um Município (polo) que tem capacidade de atender a população dos locais em que não há equipamentos ou profissionais qualificados para atender a casos de média e alta complexidades. O espaço microrregional dispõe de tecnologias de média complexidade, enquanto o espaço macrorregional oferta procedimentos que requerem alta complexidade tecnológica, isto é, alto grau de especialização, além de serviços de baixa e média complexidade. Em Minas Gerais existem, atualmente, 76 microrregiões e 13 macrorregiões de saúde.

A Rede Regional de Atenção às Urgências e Emergências é um projeto que visa organizar e integrar as ações de saúde desenvolvidas nessa área, a fim de reduzir, no Estado, as mortes e sequelas evitáveis. A rede foi baseada no PDR e tem como centro de comunicação a rede de atenção básica.

Cumpre-nos destacar que no PPAG 2008-2011 existem ações destinadas a garantir a oferta de cuidados de média e alta complexidade. Entre elas podemos citar: Ação 4308 – Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do Sistema Único de Saúde – Pro-Hosp, do Programa 044 – Regionalização – Redes de Atenção à Saúde; Ações 4004 – Complexo de Especialidades e 4006 – Complexo de Hospitais Gerais, ambas do Programa 107 – Atendimento Hospitalar, Ambulatorial e Emergencial, desenvolvido pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Fhemig.

Em relação à Rede de Urgência e Emergência, existe uma ação específica para implantar e manter essa rede, que é a Ação 4638 – Rede de Urgência e Emergência, também do Programa 044 – Regionalização – Redes de Atenção à Saúde.

Nas propostas apresentadas, há uma demanda para a realização de campanhas para a captação de órgãos para transplantes. Convém informar que, no PPAG 2008-2011, também no Programa 107 – Atendimento Hospitalar, Ambulatorial e Emergencial, existe a Ação 4440 – Complexo Mg Transplante, que tem entre suas finalidades a realização de campanhas publicitárias informativas à população em geral para incentivar a doação de órgãos.

Diante das propostas apresentadas e dos comentários expostos, sugere-se incluir na agenda da ALMG os seguintes pontos relativos à atenção de média e alta complexidade:

- Audiência Pública para discutir o atual Plano Diretor de Regionalização – PDR – do Estado, bem como a necessidade de sua revisão.
- Audiência Pública para debater sobre a estrutura atual da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Estado, as dificuldades enfrentadas pelos gestores e a possibilidade de ampliação da rede.
- Incluir na programação da TV Assembleia campanha publicitária para incentivar a doação de órgãos para transplantes.
- Discussão sobre os recursos destinados a financiar especificamente a política de órteses e próteses, quando da elaboração dos instrumentos de planejamento e orçamento do Estado.

3. Políticas específicas

3.1 Saúde mental / Atenção ao usuário de álcool e outras drogas

- Realização, na Assembleia Legislativa, de maior número de debates sobre a questão das drogas no Estado.

- Criação de comissão estadual para monitorar e acompanhar a aplicação dos recursos provenientes do Fundo Nacional Antidrogas – Funad –, gerenciado pela Secretaria Nacional Antidrogas.
- Financiamento de pesquisas na área de álcool e outras drogas para subsidiar as ações de prevenção, tratamento e reinserção social.
- Destinação, aos serviços de tratamento e prevenção do uso de álcool e outras drogas, de recursos advindos de leilões de bens apreendidos do tráfico de drogas.
- Credenciamento de maior número de Hospitais Gerais como Serviço de Referência de Desintoxicação, conforme estabelecido pela Portaria nº 1.612 do Ministério da Saúde, de 2005, revisada pela Portaria nº 480, de 2010.
- Inclusão de serviço de psicologia clínica nas unidades de saúde para atendimento das famílias cobertas pela Estratégia de Saúde da Família, por meio de parceria com universidades para a prestação do serviço.
- Criação de incentivos para implementação de Centros de Atenção Psicossocial – Caps – nos Municípios.
- Cumprimento, por parte da Secretária de Estado da Saúde, das determinações da Portaria nº 816 do Ministério da Saúde, de 2002, que dispõe sobre o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas.
- Melhoria da estruturação da rede de atenção ao usuário e dependente de álcool e drogas, facilitando os encaminhamentos pelas equipes de saúde da família.
- Maior atuação por parte do Estado na luta antimanicomial, substituindo o modelo de tratamento em hospitais psiquiátricos pelo modelo desenvolvido nos Caps.
- Extinção dos manicômios judiciários, encaminhando os seus pacientes para ter acompanhamento e receber cuidados na rede pública de saúde mental.
- Criação de um programa estruturador no PPAG para garantir o financiamento de ações de prevenção do uso indevido e do abuso de álcool e outras drogas, de tratamento e reinserção social do dependente químico de apoio aos familiares do dependente químico e de pesquisa. As ações desenvolvidas nesse programa devem envolver as áreas de saúde pública, assistência social, educação e segurança.
- Realização de parcerias entre Estado, Municípios e organizações não governamentais que atuam nas áreas de saúde, educação, reinserção social, geração de renda e cultura, para o de-

senvolvimento de projetos de atenção ao usuário de álcool e outras drogas.

- Implantação, por parte da Coordenação Estadual de Saúde Mental e do Ministério Público, da junta técnica revisora das internações involuntárias, prevista na Lei nº 11.802, de 1995, conhecida como lei mineira da reforma psiquiátrica, tendo em vista a sua importância, especialmente em relação às internações de usuários de drogas.

A atenção ao usuário de álcool e outras drogas no âmbito do SUS segue o modelo de rede de atendimento ambulatorial e hospitalar. Assim, a assistência é prestada tanto pela atenção básica, que inclui as equipes de Saúde da Família e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Nasf –, quanto pela rede de saúde mental – hospitais gerais e Caps. Além desses serviços, há outras formas de assistência, como os Pontos de Acolhimento Transitórios, as Casas de Passagem e os Consultórios de Rua.

Na atenção básica, são desenvolvidas ações de promoção, prevenção e tratamento dos principais problemas de saúde decorrentes do uso de drogas, além de atividades para a reinserção social dos usuários. Nos Municípios com menos de 20 mil habitantes, o ideal é que a atenção básica trate todos os casos relacionados ao uso indevido de drogas.

O atendimento especializado em saúde mental é prestado pelos Caps, que são de três tipos: Caps I, Caps II e Caps III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Oferecem atendimento ambulatorial em três modalidades: intensivo, destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento contínuo; semi-intensivo, para pacientes que precisam de acompanhamento frequente; e não intensivo, dirigido aos pacientes que não necessitam de atendimento frequente. Entre os Caps II há os Caps-ad, que prestam serviços de atenção psicossocial a pacientes com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e os Caps-i, serviço de atenção psicossocial para crianças e adolescentes com transtornos mentais. Em Minas Gerais há cerca de 70 Caps I implantados. Até junho de 2010, havia no Estado cerca de 19 serviços de Caps-ad em funcionamento, sendo um deles o Centro Mineiro de Toxicomania – CMT – da Fhemig, e 19 serviços de Caps-i credenciados, segundo informações da Secretaria de Estado de Saúde – SES.

Os casos de intoxicação aguda e de síndrome de abstinência moderada a grave são atendidos nos hospitais gerais e nos serviços hospitalares de referência em álcool e drogas – SHRAD –, existentes nos Municípios com mais de 200 mil habitantes, com Caps-AD e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Samu – em funcionamento. Em Minas Gerais, até junho de 2010 não havia nenhum SHRAD credenciado, segundo informações da Coordenação Estadual de Saúde Mental da SES.

Em 2010 o governo federal editou o Decreto nº 7.179, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao "Crack" e Outras Drogas, com o objetivo de coordenar as ações federais de prevenção, tratamento e reinserção social do usuário e combater o tráfico, em parceria com Estados, Municípios e sociedade civil.

O plano, composto de ações de aplicação imediata e ações estruturantes, fundamenta-se na articulação permanente entre as políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, desporto, cultura, direitos humanos, juventude, entre outras, em consonância com os pressupostos, diretrizes e objetivos da Política Nacional sobre Drogas.

São ações imediatas constantes no plano: ampliação de leitos para tratamento de usuários de "crack" e outras drogas; ampliação da rede de assistência social voltada para a inclusão de crianças, adolescentes e jovens usuários em programas de reinserção social; ampliação das ações de prevenção, tratamento, assistência e reinserção social em regiões de grande vulnerabilidade à violência e ao uso de "crack" e outras drogas; o enfrentamento ao tráfico de drogas em todo o território nacional, principalmente nos Municípios localizados em região de fronteira; o fortalecimento e a articulação das polícias estaduais para atuarem nas áreas de maior vulnerabilidade ao consumo de "crack"; e a realização de uma campanha permanente de mobilização nacional para engajamento no plano.

As ações estruturantes, por sua vez, organizam-se em torno de cinco eixos: ampliação da rede de atenção à saúde e assistência social e integração das ações de prevenção, tratamento e reinserção social; diagnóstico da situação do consumo do "crack" e suas consequências; campanha permanente de mobilização, informação e orientação; formação de recursos humanos e capacitação de profissionais e lideranças comunitárias; e criação de centro integrado de combate ao crime organizado, com ênfase no narcotráfico.

Em virtude do Plano Integrado de Enfrentamento ao "Crack" e Outras Drogas, estão sendo implantados Centros Regionais de Referência em Crack e outras Drogas – CRR –, que funcionarão em universidades federais de 19 Estados. Os referidos centros serão responsáveis por capacitar este ano cerca de 15 mil profissionais como médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e agentes comunitários.

Atenta à necessidade de consolidar a política de saúde mental e de atenção ao usuário de álcool e outras drogas no Estado, a ALMG tem atuado no sentido de editar leis que complementam a regulação dessa política no âmbito estadual e promover o debate sobre questões fundamentais para a área. A Lei nº 11.802, de 1995 – que dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes; regulamenta as internações, especialmente a involuntária, e dá outras providências – teve grande importância quando de sua aprovação nesta Casa, vindo a tornar-

se referência nacional na luta antimanicomial. Além dessa, há a Lei nº 16.276, de 2006, que dispõe sobre a atuação do Estado na prevenção, no tratamento e na redução de danos causados à saúde pelo uso abusivo de álcool e outras drogas e altera o art. 3º da Lei nº 12.296, de 1996.

Quanto à promoção de debates sobre o assunto, em 2007 foi instituída a Comissão Especial para o Estudo da Atenção à Pessoa com Transtorno Mental, Deficiência Mental ou Autismo e em 2009 foi instituída a Comissão Extraordinária de Políticas Públicas de Enfrentamento à Aids, às DSTs, ao Alcoolismo, às Drogas e Entorpecentes, que realizou diversos debates sobre o assunto. As informações colhidas durante as reuniões realizadas nesta última comissão podem servir de base para futuros trabalhos a serem desenvolvidos na Assembleia de Minas. Com relação ao atendimento psiquiátrico oferecido pelo Estado a pessoas em cumprimento de medida de segurança, em 17/6/10 foi realizada audiência pública conjunta das Comissões de Saúde e de Segurança Pública para debater o assunto.

No que se refere à realização de parcerias entre Estado, Municípios e organizações não governamentais que atuam nas áreas de saúde, educação e reinserção social para o desenvolvimento de projetos de atenção ao usuário de álcool e outras drogas, existe, na área de resultados Defesa Social do PPAG 2008-2011, o Programa 160 – Rede complementar de suporte social e atenção ao dependente químico, que tem como objetivo ampliar e efetivar a melhoria das diversas ações e serviços de atenção ao usuário de álcool, tabaco e outras drogas, desenvolvidos por órgãos governamentais e não governamentais nas atividades de redução de demanda (prevenção, tratamento, reinserção social) e redução dos danos sociais e à saúde nos diversos Municípios do Estado.

Acrescente-se ainda que, na última revisão do PPAG 2008-2011 realizada nesta Casa, foi incluída no Programa 706 – Atenção à Saúde, por meio de emenda popular, a Ação 4107 – Apoio técnico e financeiro à ampliação dos Caps, cuja finalidade é incentivar técnica e financeiramente os Municípios e os consórcios intemunicipais de saúde a implementarem Caps-i e Caps-ad.

Diante das propostas apresentadas e dos comentários expostos, sugere-se incluir na agenda da ALMG os seguintes pontos, relativos à saúde mental / Atenção ao usuário de álcool e outras drogas:

- Realização de monitoramento periódico dos gastos orçamentários destinados à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social do usuário de álcool e outras drogas no Estado.
- Audiência Pública com a Secretaria de Estado de Saúde para debater o processo de credenciamento de serviços

hospitalares de referência em álcool e drogas – SHRAD – em Minas Gerais, bem como a necessidade de efetivação das medidas para incentivar a implantação de Caps no maior número possível de Municípios.

- Audiência Pública para debater a qualificação dos profissionais das equipes de Saúde da Família para a atuar na prevenção, na detecção precoce dos casos de uso abusivo de álcool e outras drogas e no encaminhamento adequado para tratamento.
- Audiência Pública para discutir a estruturação e a melhoria da rede de atenção ao usuário de álcool e outras drogas no Estado.
- Audiência Pública conjunta das Comissões de Saúde, do Trabalho, da Previdência e da Ação Social, de Educação e de Segurança Pública para debater a necessidade de planejamento e de atuação intersetorial para reduzir o consumo de drogas e garantir o acesso dos usuários a tratamento adequado.
- Envio de requerimento à Coordenação Estadual de Saúde Mental e ao Ministério Público solicitando informações sobre a implantação da junta técnica revisora das internações involuntárias, prevista na Lei nº 11.802, de 1995.

4. Assistência farmacêutica

- Solução do problema do atraso no fornecimento de medicamentos aos Municípios, por parte do Estado.
- Edição de lei estadual que isente a incidência de ICMS sobre os filtros solares, já que o preço é alto para os padrões salariais brasileiros e o seu uso previne o câncer de pele; sugestão ao Congresso Nacional de projeto de lei que isente a incidência do Imposto sobre Produtos Industrializados – IPI – sobre esses produtos.
- Distribuição gratuita de filtros solares pelas farmácias comunitárias do SUS.
- Investimento em pesquisa, nas universidades, para a produção de medicamentos destinados ao SUS.
- Alteração nas embalagens de medicamentos distribuídos no SUS, aumentando o tamanho das letras, para facilitar a leitura pelos idosos, e utilizando cores diferenciadas, para os analfabetos.

A Assistência Farmacêutica reúne um conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, por meio da

promoção do acesso aos medicamentos e do seu uso racional. Em Minas Gerais, a política estadual de medicamentos está definida na Lei 14.133, de 2001. Essa lei explicita as competências do Estado na implementação da política, estando entre elas: apoiar o desenvolvimento tecnológico na área de produção de medicamentos e farmacoquímicos; prestar assistência técnica aos Municípios na elaboração dos Planos Municipais de Assistência Farmacêutica e nos processos de aquisição de medicamentos essenciais; promover e apoiar, por meio de cooperação técnica com centros especializados, a formação dos recursos humanos necessários à prestação da assistência farmacêutica; e desenvolver a estrutura dos laboratórios e das instituições de ensino e pesquisa do Estado que atuam no setor, com o objetivo de realizar estudos epidemiológicos, otimizar o controle da qualidade dos medicamentos adquiridos ou produzidos e monitorar sua utilização.

Em relação ao investimento em pesquisas para a produção de medicamentos, existe uma ação específica no PPAG 2008-2011. A Ação 2079 – Pesquisa e desenvolvimento na área de saúde, do Programa 753 – Geração de Conhecimentos Científicos e Biotecnológicos, que é desenvolvida pela Fundação Ezequiel Dias – Funed –, tem como finalidades desenvolver produtos para aplicação na área da saúde e descobrir novos princípios ativos para medicamentos, soros e vacinas.

No que se refere ao fornecimento gratuito de filtros solares pelo SUS, há que salientar que esses produtos, apesar de importantes na prevenção de doenças como o câncer de pele, não são considerados medicamentos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa –, motivo pelo qual não são distribuídos pela assistência farmacêutica. Os filtros e bloqueadores solares são definidos como cosméticos, isto é, preparações constituídas por substâncias naturais ou sintéticas, de uso externo nas diversas partes do corpo humano como pele, unhas e cabelos, com o objetivo exclusivo ou principal de limpá-los, perfumá-los, alterar sua aparência, protegê-los ou mantê-los em bom estado.

Com relação às embalagens de medicamentos, a competência para estabelecer os padrões de embalagens e de rotulagem dos medicamentos é da Anvisa. As regras para a rotulagem de medicamentos estão descritas na Resolução da Diretoria Colegiada – RDC – nº 71, publicada em 22 de dezembro de 2009 pela Agência.

Diante das propostas apresentadas e dos comentários expostos, relativos à assistência farmacêutica, sugere-se incluir na agenda da ALMG:

- Audiência Pública para discutir com o Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde a possibilidade de fornecimento pelo SUS de filtros solares para casos específicos a serem discriminados em protocolo clínico.

5. Recursos Humanos

- Proposta de plano de carreira para os trabalhadores da saúde e de piso salarial isonômico para médicos e cirurgiões-dentistas.
- Investimento na valorização do profissional de saúde, por meio de melhorias na remuneração e nas condições de trabalho, tendo em vista a saúde do trabalhador.
- Realização de concursos públicos para o ingresso de profissionais da saúde no SUS, garantindo-lhes, assim, estabilidade.
- Investimento na capacitação e educação continuada dos profissionais de saúde e na qualificação dos gestores. No Estado, a Escola de Saúde Pública e a Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes – oferecem cursos de qualificação profissional na área de saúde pública.
- Apoio aos municípios, por parte do gestor estadual, nas questões relacionadas com recursos humanos na saúde.
- Investimento em programas de humanização para os profissionais de saúde, a fim de melhorar a qualidade do atendimento aos pacientes.
- Proposta de jornada de trabalho de 30 horas semanais para os psicólogos que atuam no SUS.
- Fortalecimento das mesas permanentes de negociação entre empregadores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde já existentes em Minas Gerais e incentivo à sua criação em todos os Municípios do Estado.

O trabalho precário em saúde tem sido identificado como um obstáculo para o desenvolvimento do sistema público de saúde. Essa questão compromete a relação dos trabalhadores com o sistema e prejudica a qualidade e a continuidade dos serviços essenciais prestados pelo SUS. Os problemas enfrentados são muitos, como: implementação de política de gestão de trabalho e de educação permanente que valorize a carreira do trabalhador do SUS, dificuldade de inúmeros Municípios em selecionar e fixar profissionais de saúde, parâmetros salariais que não guardam equidade entre si.

Diante desses problemas, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES –, vinculada ao Ministério da Saúde, criou o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS – DesprecarizaSUS –, com o intuito de buscar soluções para a precarização dos vínculos de trabalho nas três esferas de governo.

O Ministério também desenvolveu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS –, voltada para a formação e o desenvol-

vimento de trabalhadores do SUS e compreendida como uma proposta de ação capaz de contribuir para a necessária transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde, abarcando também a organização dos serviços. Constitui-se num trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas esferas de gestão, e as instituições formadoras, com vistas à identificação de problemas cotidianos e à construção de soluções.

No âmbito do Estado, são desenvolvidas diversas ações destinadas à educação permanente e à capacitação em saúde. Essas ações se encontram em vários programas do PPAG 2008-2011. Podemos citar as seguintes ações do Programa 049 – Saúde em Casa: Ação 1122 – Desenvolvimento de Recursos Humanos / Programa de Educação Permanente para os Médicos da Família – Pep; Ação 1117 – Desenvolvimento de Recursos Humanos / Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde; e Ação 4433 Desenvolvimento de Recursos Humanos – Saúde em Casa. No Programa 044 – Regionalização – Redes de Atenção à Saúde –, encontram-se as Ações 4435 – Desenvolvimento de Recursos Humanos – ESP-MG e 4207 – Desenvolvimento de Recursos Humanos para Estruturação das Redes Assistenciais. Há também a Ação 2081 – Capacitação, Formação Técnica e Especialização de Profissionais da Área de Saúde do Programa 206 – Desenvolvimento de Educação na Saúde –, de responsabilidade da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais – ESP-MG.

No que se refere à remuneração dos trabalhadores do SUS, a definição dos padrões salariais e dos planos de carreira é de competência de cada gestor responsável pela contratação da mão de obra.

Diante das propostas apresentadas e dos comentários expostos, relativos a recursos humanos, sugere-se incluir na agenda da ALMG os seguintes pontos:

- Encaminhamento de ofício ao Ministério Público sugerindo a verificação do cumprimento, pelos Municípios e pelo Estado, dos preceitos constitucionais de realização de concurso público para os trabalhadores do SUS, a fim de avaliar a precarização dos vínculos trabalhistas na área.
- Realização de Ciclo de Debates para discutir questões relacionadas aos trabalhadores do SUS, como plano de carreira, cargos e salários, educação permanente, precarização das relações de trabalho e política de humanização.

6. Financiamento

- Debate sobre a judicialização da saúde.
- Proposta de reformulação da tabela do SUS.

- Debate sobre a aprovação de uma contribuição social destinada especificamente ao custeio da assistência à saúde.
- Discussão, na Assembleia Legislativa, da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, de 13/9/2000, e esforços para que o Congresso Nacional aprove tal regulamentação. Orientação aos gestores estadual e municipais para cumprirem a Resolução nº 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde, que define o que são ações e serviços de saúde.
- Proposta de flexibilização da Lei de Responsabilidade Fiscal, para possibilitar contratação de maior número de servidores.
- Destinação de mais recursos financeiros para a saúde pública, a fim de ampliar as unidades de saúde e equipá-las, contratar mais profissionais e fornecer medicamentos, melhorando, assim, o atendimento.

O financiamento do sistema público de saúde é tripartite, isto é, conta com recursos do orçamento da seguridade social da União, dos Estados e do Distrito Federal, bem como dos Municípios, além de outras fontes. No entanto, esses recursos ainda são considerados insuficientes para garantir a universalidade e integralidade das ações e serviços de saúde. O processo de financiamento está entre os principais problemas enfrentados pelo SUS, comprometendo a prestação de serviços de qualidade. A fim de garantir financiamento mais estável para o SUS, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29, em 2000, que estabeleceu a aplicação mínima de recursos para as ações e serviços de saúde. Dessa forma, os Estados devem aplicar anualmente 12%, e os Municípios, 15% da receita corrente líquida. Entretanto, a lei complementar que deve regulamentar a aplicação da referida emenda ainda não foi aprovada. Existem duas proposições em tramitação no Congresso com esse objetivo: na Câmara, o Projeto de Lei Complementar – PLP – nº 1/2003 e, no Senado, o Projeto de Lei do Senado – PLS – nº 121/2007.

Outro tema importante que tem gerado muitas discussões e está diretamente relacionado ao financiamento é a questão da judicialização da saúde, ou seja, o acesso por via judicial a medicamentos, cirurgias e leitos em UTIs. O número de ações judiciais requerendo a prestação de serviços de saúde pelo poder público aumentou muito nos últimos anos. Se, por um lado, essa crescente demanda representa um avanço em relação ao exercício efetivo da cidadania por parte da população, por outro, significa um ponto de tensão perante os elaboradores e executores da política de saúde, que passam a atender a um número cada vez maior de ordens judiciais garantindo as mais diversas prestações do Estado, as quais representam gastos

públicos e ocasionam impactos significativos na gestão pública da saúde no país.

Diante das propostas apresentadas e dos comentários expostos, sugere-se incluir na agenda da ALMG os seguintes pontos, relativos ao financiamento da política pública de saúde:

- Realização de Debate Público sobre o financiamento da saúde e o cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000 no Estado e acompanhamento da regulamentação da referida emenda pelo Congresso Nacional. (A Comissão de Saúde já aprovou requerimento para realização desse evento.)
- Realização de Audiência Pública para debater a judicialização da saúde e seu impacto no SUS. (A Comissão de Saúde já aprovou requerimento para realização desse evento.)

7. Gestão da política pública de saúde

- Discussão da responsabilidade sanitária dos agentes públicos e do projeto de lei sobre a matéria, em tramitação na Câmara dos Deputados.
- Discussão da questão das parcerias público-privadas na saúde.
- Proposta de alterações na legislação sobre convênios e consórcios públicos, a fim de facilitar a celebração desses instrumentos.
- Fornecimento de apoio técnico em gestão da saúde aos Municípios, por parte do gestor estadual.
- Fortalecimento do controle social do SUS.
- Orientação, por parte da Assembleia Legislativa, aos Conselhos Estadual e Municipais de Saúde para que cumpram a Resolução nº 435 do Conselho Nacional – CNS –, no que se refere às comissões intersetoriais.
- Proposta de transformação do decreto de criação do Conselho Estadual de Saúde em lei estadual; revisão da composição do Conselho, de modo que representantes de categorias profissionais de autarquias especiais representem o segmento Governo / Prestadores de Serviços e não o segmento Trabalhadores.
- Legitimação dos fóruns colegiados, como as CIB e comissões regionais.
- Instituição de processos de Gestão Estratégica e Participativa nas instituições e serviços públicos de saúde no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde e fundações vinculadas.

- Busca de uma atuação conjunta entre os gestores para catalisar os volumosos recursos investidos na prestação da assistência à saúde, a fim de reduzir custos e racionalizar os procedimentos.

Com relação aos consórcios de saúde, a Lei nº 18.036, de 2009, trata da constituição de consórcios públicos no Estado, aplicando-se também aos consórcios de saúde. Em diversas reuniões da Comissão de Saúde desta Casa, a questão da gestão do SUS foi debatida em setores específicos do sistema, como nos hospitais filantrópicos, que são grandes prestadores de serviços para o sistema.

Quanto à Resolução nº 435, de 2010, do Conselho Nacional de Saúde, que trata da criação de comissões intersetoriais temáticas de trabalho, ressaltamos que suas determinações aplicam-se somente ao próprio conselho que a instituiu. O § 5º do art. 1º da Lei Federal nº 8.142, de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, determina que os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio e aprovadas pelo respectivo conselho. Dessa forma, cabe a cada conselho de saúde estabelecer em regimento a sua forma de funcionar. A Assembleia pode, entretanto, promover o debate sobre o fortalecimento dos Conselhos de Saúde e do controle social do SUS no Estado.

No que se refere aos fóruns colegiados como as CIB e comissões regionais, sua legitimação já ocorreu por meio da Norma Operacional Básica – NOB/96 –, estabelecida pela Portaria nº 2.203, de 5/11/1996, do Ministério da Saúde, e da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 1/2002 –, estabelecida pela Portaria nº 373, de 27/2/2002, do mesmo Ministério. Em linhas gerais, ambas as normas determinam que as diretrizes, objetivos e prioridades da política estadual de saúde e os parâmetros de programação devem ser discutidos e aprovados no âmbito da CIB com os gestores municipais, aprovados pelos Conselhos Estaduais e implementados em fóruns regionais ou microrregionais de negociação entre gestores.

Diante das propostas apresentadas e dos comentários expostos, sugere-se incluir na agenda da ALMG os seguintes pontos relativos à gestão da política pública de saúde:

- Audiência Pública para debater as dificuldades de gestão no SUS, as alternativas para a racionalização de custos e as medidas práticas para economia de escala no funcionamento do sistema, bem como a responsabilidade do gestor estadual na prestação de apoio técnico e financeiro aos Municípios para a qualificação da gestão da saúde.
- Audiência Pública para discutir o Projeto de Lei nº

21/2007, em tramitação na Câmara dos Deputados, que dispõe sobre a responsabilidade sanitária dos agentes públicos e a aplicação de penalidades administrativas.

- Audiência Pública sobre o funcionamento dos Conselhos de Saúde em todo o Estado, a necessidade de seu fortalecimento e a qualificação de seus membros.
- Audiência Pública para debater a realização de parcerias púbico-privadas no setor de saúde.
- Audiência Pública para debater a situação dos convênios e consórcios públicos de saúde no Estado, bem como a legislação a eles aplicada, as dificuldades de constituição e as competências do Estado nesse campo.