



1ª Extraordinária 2001	Reunião	ATA DA REUNIÃO <i>19.07.01 das 09 às 13h.</i>
---	----------------	---

1. MEMBROS DA COMISSÃO

MINISTÉRIO DA SAÚDE			
Órgão	Representante	T/S	Frequência Acumulada
SE	Barjas Negri	Titular	
	Otávio Mercadante	Suplente	
SAS	Renilson Rehem de Souza	Titular	
	Maria Helena Brandão	Suplente	
SPS	Cláudio Duarte da Fonseca	Titular	
	Tânia Lago	Suplente	
ANVS	Luís Carlos Wanderley Lima	Titular	
	José Agenor Alvares da Silva	Suplente	
FUNASA	Mauro Ricardo Machado Costa	Titular	
	Jarbas Barbosa da Silva Jr.		

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS			
Região	Representante	T/S	Frequência Acumulada
N	Francisco Deodato Guimarães	Titular	
	Grace Mônica Alvim	Suplente	
NE	Marta Oliveira Barreto	Titular	
	Anastácio de Queiroz e Souza	Suplente	
SE	José da Silva Guedes	Titular	
	João Felício Scárdua	Suplente	
S	João José Cândido da Silva	Titular	
	Armando Martinho B. Raggio	Suplente	
CO	Fernando Passos Cupertino	Titular	
	Izaías Pereira da Costa	Suplente	

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE - CONASEMS			
Região	Representante	T/S	Frequência Acumulada
N	Neílton Araújo de Oliveira	Titular	
	Eliana Pasini	Suplente	
NE	Lúcia de Fátima Maia Derks	Suplente	
		Titular	
SE	Valter Luís Lavinias	Suplente	
		Titular	
S	Francisco Isaias	Titular	
	Celso Luiz Dellagiustina	Suplente	
CO		Titular	
	Dejair José Pereira	Suplente	

2 - ASSESSORES E CONVIDADOS

1.	DEILDES PRADO	ST/CIT/SE
2.	ELANE ARAÚJO	ST/CIT/SE
3.	LOURDES VIRGÍNIO	ST/CIT/SE
4.	KARDSLEY SOARES GUIMARÃES	ST/CIT/SE
5.	ARNALDO RODRIGUES	ST/CIT/SE
6.	CLÉCIO ESPEZIM	
7.	MAGDA SILVA	COSEMS/MG
8.	AMAURY	BELEM/PA
9.	MIRIAM TIBÚRCIO	COSEMS/MG
10.	ALESSANDRA	SESA/CE
11.	JORGE VILLAS BOAS	SES/SL
12.	SAMARA NITAS	DENASUS
13.	IRACEMA FERMON	DGA/SAS
14.	VALDA FERNANDES	SES/RJ
15.	PATRÍCIA LUCCHESI	ENSP/FIOCRUZ
16.	MARIA ESTHER JANSSEN	ST/CONASS
17.	RENÉ SANTOS	SES/PR
18.	MARIA JOSÉ LINGUANOTO	SES/SP
19.	DAYSE	SES/SC
20.	ELIANE CORREIA	SES/SP
21.	ADELIANA DAL PONT	CONASEMS/SUL
22.	EDUARDO LOUREIRO	SESPA
23.	RAIMUNDO	SESPA
24.	BEATRIZ DOBASHI	SESAU CGMS
25.	AMÉLIA	DENASUS
26.	ALIOMAR CARNEIRO	SES/DF
27.	M ^a LETÍCIA PELEGRANI	SES/RS

3 - PAUTA

1 – Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS

- a) Estágio Atual de Implantação
- b) Controle e Avaliação
- c) Regularização Complementar
- d) Financiamento do PAB-A e Média Complexidade₁

4 – DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

O Coordenador Substituto da Comissão Intergestores Tripartite - CIT, Dr. Otávio Mercadante, conduziu a 1ª Reunião Extraordinária da CIT, realizada no dia 19 de julho de 2001, das 09 às 13 h. que teve como tema a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS.

1 - Estágio Atual de Implantação - a Diretora do Departamento de Descentralização da SAS, Dra. Maria Helena Brandão, colocou que a intenção da apresentação é mostrar como o MS está percebendo o processo de implantação da NOAS como um todo, já que a situação em cada Estado está sendo discutida em visitas locais e também nas reuniões macrorregionais, e que a NOAS está conseguindo agregar e transformar num único processo as várias iniciativas que estavam ocorrendo nos estados, nos municípios e no próprio Ministério da Saúde. Dentro do Processo de Reorganização da Assistência, a Agenda de Saúde tem um papel especial, porque ela define as diretrizes fundamentais a serem trabalhadas pelo planejamento e é acompanhada pelo Quadro de Metas já definidas nacionalmente e que estão sendo compatibilizadas pelos estados. Dessa forma, os Planos de Saúde Municipais terão de reconhecer as diretrizes definidas na Agenda Nacional compatibilizadas na estadual e na municipal, e que serão posteriormente consolidadas na Agenda Nacional. As diretrizes traçadas pelos Planos de Saúde vão orientar o Plano Diretor de Regionalização - PDR, num esforço para fazer com que o sistema tenha processos formais de garantia de acesso, independente de onde o cidadão habite. Todos os estados já estão elaborando o seu PDR e a finalização do esboço e sua discussão com os municípios já está em fase bem adiantada. Após a realização desse desenho de fluxo, é preciso quantificar os procedimentos assistenciais que vão permitir ou não a confirmação do Plano. A PPI quantifica a necessidade de serviços para atender à população local e a de referência, para a qual será firmado o Termo de Garantia de Acesso entre o estado e cada município em plena, e a não existência de serviços para atender ambas as populações vai gerar

um Plano Diretor de Investimento - PDI, que terá um formato em cada estado. Paralelamente está sendo feita a avaliação dos municípios habilitados na NOB/96, e nesse processo, a Atenção Básica será avaliada em todos os municípios e também nos municípios em Gestão Plena, para os quais já existe uma Portaria que retifica o processo de habilitação anterior e o complementa com quatro critérios novos que são: 1- a questão de que o município em plena tem que ter um mínimo de complexidade; 2- o Termo de Garantia de Acesso; 3 - a questão do mando único em cada esfera de governo 4 - Controle, Avaliação e Auditoria. A habilitação dos municípios em plena só será ratificada naqueles com avaliação positiva da atenção básica. Esse processo de avaliação gera um Relatório das Plenas que passa a ser documento obrigatório no encaminhamento do PDR, juntamente com a PP e o PDI. Uma vez encaminhada a documentação, o MS tem 30 dias para avaliar e a partir daí começa a habilitação de plenas pela NOAS e a qualificação das microrregiões. Esse processo inicial passa a ser requisito para a habilitação de estados em gestão plena. Vários processos de apoio têm de correr paralelos em um único cronograma, sob pena de comprometer a implantação da NOAS: o Cartão SUS, o Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais, Contratação de Prestadores, Controle, Avaliação e Regulação e o SIOPS, e caso se consiga fazer de tudo isso um único processo, será mudada a cara da assistência nos estados. Com relação à Agenda Estadual, 05 estados não iniciaram o processo ou não informaram, 07 estão em discussão interna nas SES e tem alguma discussão com os municípios; 07 estão em discussão nas CIB/CES e 07 já estão com as Agendas Estaduais publicadas. Quanto à Agenda Municipal, alguns municípios fizeram em paralelo com a discussão da Agenda Estadual e verificou-se que em 13 estados o processo não foi iniciado ou não foi informado; em 07 estados a SES está em discussão com os municípios e nos demais estados a ela se encontra em elaboração, não havendo nenhum estado com agenda publicada. O DF está sem informação e a situação é peculiar porque ele não tem município, porém ele deve fazer PDR porque tem cidades satélites e é importante no contexto da referência interestadual, principalmente com Goiás e Minas Gerais. Com relação ao esboço do PDR, 05 estados estão em fase de diagnóstico; 08 em

fase de discussão com os COSEMS; 07 estão pactuando com os municípios e 06 estão com o esboço concluído. Em relação às condições prévias para implantação da PPI: 04 estados já fizeram a PPI separando o teto da referência, por município, e vão ter mais facilidade na adoção do modelo de PPI definido pela NOAS; 08 estados definiram o teto financeiro apenas para gestão plena, deixando o restante do recurso no teto estadual, não havendo definição do teto para cada município e para Atenção Básica; e 14 estados tem teto financeiro definido para todos os municípios. A PPI por sua vez não foi iniciada ou informada em 04 estados; a maioria, 14 estados, criou o Grupo de Trabalho para o diagnóstico; em 07 está havendo discussão dos parâmetros que vão ser adotados e essa discussão está ligada à discussão de diretriz e os Secretários e as CIB devem atentar para o fato de que o instrumento de programação tem uma inovação, a Planilha de Macroalocação, a qual deve ser de decisão político-estratégica porque é o local onde o estado e os municípios vão definir o que vai crescer e o que vai reduzir do ponto de vista da análise da série histórica. Todo o instrumental da PPI disponibilizado permite a crítica da série histórica, e isto é importante porque em cada bloco de serviços que tentamos analisar estamos vendo que os prestadores é que estão decidindo o que comprar. No caso do Mato Grosso é diferente, porque ele tem uma PPI e uma pactuação descentralizado feita e aprovada na CIB, e por isso ele já tem parâmetros. Sobre o DF não há informação. Quanto ao PDI, 08 estados não informaram ou não iniciaram; 13 estados estão acabando o PDR e identificando as lacunas, não tendo ainda definição de prioridades; 04 já identificaram as lacunas e estão definindo prioridades e o Estado do Ceará tem um PDR mais definido com detalhamento e compatibilização dos investimentos necessários aos recursos disponíveis. A análise do processo de avaliação dos municípios em plena revelou que: 09 estados não iniciaram ou não se tem informação; em 12 estados está sendo feito o levantamento de dados dos municípios; em 02 já foi iniciada a articulação com os municípios para adequação à NOAS e em 03 estados já foi iniciada a avaliação formal pela SES. É muito importante que os COSEMS acompanhem a metodologia adotada pelos estados, para que estas avaliações não sejam contestadas posteriormente. Durante a

apresentação dos técnicos que vieram representar os estados nas reuniões macrorregionais, percebeu-se que o ponto de maior fragilidade na manutenção e sustentação da NOAS é o Controle e Avaliação dos Estados, que de modo geral não está organizado, não tendo havido a mudança de enfoque de avaliação de prestador e procedimento para o enfoque de sistema e apoio aos municípios, e a SAS avaliando a gravidade dessa situação, resolveu trabalhar uma proposta que será apresentada em seguida. A maioria dos estados, 10, considerou que a área está desestruturada; em 05 verificou-se o enfoque para a avaliação de sistemas e apoio aos municípios; e Santa Catarina foi o estado que teve a mudança mais significativa. O estado de Pernambuco não participou das macrorregionais e houve um problema de conexão entre o Departamento de Descentralização e a SES/PE que já está sendo sanado, então a situação do estado não é a descrita nos mapas. Na avaliação dos Sistemas de Apoio à implantação da NOAS, a situação do Cadastramento revelou que: 13 estados e o DF não retornaram o questionário enviado pela SAS; 03 estados tem até 20% de cadastramento informado; 03 tem entre 21 e 40%; 01 entre 41 e 60%; 05 entre 61 e 80% e 02 entre 81 e 100%. Considerando que o prazo está vencendo este é um dado preocupante, porque quem tiver feito 20%, por exemplo, começa a PPI em bases absolutamente inadequadas. Quanto à adequação dos estados ao Cartão SUS, apenas 07 estados e o DF ainda não aderiram. Em relação à adesão dos municípios ao Cartão SUS, que é um dos requisitos para o processo de qualificação, o quadro é preocupante. Finalizando, a Dra. Maria Helena informou que o Departamento de Descentralização está articulando toda a página da SAS para apoiar com documentação o processo de regionalização, e nesse sentido foi desenvolvida uma cartilha de apoio à implantação do PDR que já está disponível, e um pergunta/resposta. Além disso, o instrumento da PPI com a base de dados 2000 já está disponível para todos os estados. Está sendo feito um trabalho conjunto da SAS com a UNICAMP sobre os aglomerados urbanos e a regionalização da saúde, o qual já está concluído em 06 estados: RS, PE, MT, PA, MG, e SP. O estudo ficará pronto em 3 meses, mais a UNICAMP já forneceu um estudo preliminar sobre os estados do Nordeste, Centro - Oeste e Sudeste, que já

está sendo disponibilizado. **2 – Financiamento do PAB-A e Média Complexidade** - o Secretário de Políticas de Saúde, Dr. Cláudio Duarte, colocou que a proposta de incremento do financiamento da atenção básica está centrada em 3 linhas: 1 - acordo em relação ao valor do PAB-A de R\$ 10,50 para publicação imediata; 2- habilitação a partir do dia 1º de agosto e 3- pagamento a partir da competência setembro. Em seguida falou sobre o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão e Diabetes, questão vital para a implementação do Plano Nacional de Reorganização da Atenção para Hipertensão e o Diabetes, para o qual o MS está propondo que se faça um cadastro nacional de hipertensos e diabéticos para que se conheça melhor a situação, e para poder garantir um plano nacional de assistência farmacêutica através de protocolos clínicos. Isso vai representar um investimento de cerca de R\$ 150.000,000,00/ano, que sairá do orçamento do MS. Finalmente disse que segundo lhe informou o Dr. Barjas Negri, provavelmente em novembro será repassado fundo a fundo para os municípios habilitados no PACS e PSF um incentivo adicional, complementar, especial, cujo valor ainda não está definido, reconhecendo o esforço dos municípios em torno de alguns critérios na organização desses programas. O Assessor técnico do CONASS, Dr. Ricardo Scoti, indagou se esses 50 centavos iriam para todos os municípios. Dr. Cláudio disse que teria de esclarecer o problema com o Dr. Barjas. O Presidente do CONASS, Dr. Fernando Cupertino, colocou que a contraproposta do CONASS para discussão é de: PAB-A de R\$ 0,50 para todos os municípios, que daria um custo estimado de R\$ 84 milhões de reais, mais um adicional de até R\$ 0,50 para aqueles municípios que apresentam hoje um PAB inferior a R\$ 11,00, que daria um custo estimado de R\$ 61 milhões, acrescentando recursos para medicamentos para hipertensão e diabetes e o bônus para o PACS/PSF. O Presidente do CONASEMS, Dr. Sílvio Mendes, manifestou sua preocupação com a diversidade de situações existentes no país com relação à implantação da NOAS, e informou que o CONASS e CONASEMS estão encaminhando um Ofício ao Ministro solicitando a formação da Comissão Corregedora prevista no Decreto 1.651, de 95 que cria o Sistema Nacional de Auditoria, com representação

tripartite. Falou que este acompanhamento é importante porque acontecem vários procedimentos no sistema que devem ser do conhecimento dos gestores dos 3 níveis de governo. Disse saber da dificuldade financeira e da própria indefinição da Emenda Constitucional 29, e que é preciso que os estados tornem claro nas PPI o seu cumprimento e qual o instrumento de acompanhamento dos COSEMS, para que todos obedçam ao disposto na Emenda. Na discussão coletiva, foi considerado importante a inclusão desse 13º para o PACS e PSF, não como bônus, mais para aliviar um pouco o financiamento da mão de obra para esses programas, que está estrangulado e inviabilizando a sua execução no país inteiro, e isto remete a outro encaminhamento: de que se faça estudo de reavaliação do incentivo do PACS que está congelado desde que o salário mínimo era de R\$ 130,00. O CONASEMS concorda com o encaminhamento do CONASS, na medida em que existem municípios com patamar de R\$ 18,00 de PAB, sendo que a maioria tem R\$ 10,00, e isto é um tratamento injusto. Perguntou ao Dr. Cláudio se os medicamentos para hipertensão e diabetes seriam encaminhados diretamente aos pacientes. O Representante do CONASS para a Região Sudeste, Dr. José Guedes disse entender que a fase dos planos de regionalização deve ser acelerada e que no lançamento do Cartão SUS em São Paulo, 60% dos municípios se candidataram, porém há dúvidas de se eles vão cumprir as questões no prazo necessário. Com relação ao PAB, disse que ele foi o recém nascido de baixo peso que era para ter nascido com 12, mais nasceu com 10 e nunca mais conseguiu se recuperar, então, caso se chegue pelo menos a R\$11,00 já se estará dando um trato melhor do que tentando oferecer só 50 centavos a mais pelo trabalho. Outra questão que preocupa é Cadastro Nacional de Diabéticos e Hipertensos, porque do ponto de vista nacional temos de estar garantindo estímulo e recursos para que haja remédios chegando às pessoas, estimulando a realização de consensos para que se atualizem as condutas do ponto de vista médico-científico, e embora não se saiba em que o cadastro contribui para isso, ele leva a que se passe a ter rumores de que de repente alguém teria a intenção de enviar por correio o remédio diretamente aos pacientes, o que passa a assustar. Decidir medicação é uma coisa sobre a qual o

CONASS esteve fazendo uma avaliação nesses dias, e propôs que seja feita uma revisão da maneira de encaminhar a Assistência Farmacêutica no país. A Representante do CONASS para a Região Nordeste, Dra. Marta Barreto disse que a NOAS é um grande trabalho do MS, mas que está precisando de alguns ajustes na questão de operacionalização da atenção básica. Considerando-se o hipertenso, o diabético, o PACS e o PSF, se verifica que nos municípios, o incentivo junto com o PAB passa ser quase o recurso que é usado para pagar a equipe, não sobrando recurso para custeio e investimento. Então passa a não haver medicação e a haver outras dificuldades exatamente porque o incentivo do PACS/PSF está insuficiente, assim como o PAB. O cadastro e a campanha do hipertenso e do diabético são importantes, porém disse achar que na hora de fazer o orçamento, esses 150 milhões de reais que seriam para o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica aos Hipertensos e Diabéticos, deveriam ser dirigidos para ampliação do valor do PAB, ampliação do valor do incentivo do PACS/PSF e para reciclagem e treinamento de pessoal. Sugeriu então que fosse melhor examinada a questão da colocação dos recursos na atenção básica. O Representante do CONASS para a Região Sul, Dr. Cândido disse concordar com o Dr. Guedes no que diz respeito ao PAB e colocou que a questão central é a mudança do modelo assistencial em todos os estados e municípios. O esforço que está sendo feito por municípios e estados para implantar o PSF e PACS e que deu uma cobertura acima de 70%, está esbarrando em algumas questões fundamentais: os municípios estão sem fôlego para conseguir financiar essas equipes, o Ministério Público do Trabalho não está concordando com as soluções apresentadas pela CIT, pelo Conselho Nacional de Saúde e pelo MS, e está penalizando os municípios com multas pesadas. Assim há que se criar legislação federal em nível de Congresso Nacional que acondicione esses programas dentro da Lei de Responsabilidade Fiscal. A questão tem que ser trabalhada globalmente, não só no financiamento que está estrangulando fatalmente todos os municípios, o que os levará a parar de expandir seus PACS e PSF. O 13º salário do PSF não pode ser considerado bônus, e com relação ao medicamento para hipertensão e diabetes e o cadastro dos pacientes, já temos de alimentar 09

bancos nacionais, e fica difícil manter mais um, é muito mais fácil auditar. A Secretária Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, Dra. Maria Luíza Jaeger cumprimentou Dra. Maria Helena e a SAS pelo trabalho e sugeriu que o processo seja avaliado na Tripartite em agosto, para ver se os prazos vão poder ser cumpridos. Com relação ao PAB, o acréscimo de R\$ 0,50 não cobre o que se precisa fazer de atenção básica no país em termos de custeio, e a lógica adotada para estabelecer o piso da média complexidade deveria ser utilizada para o PAB. Por outro lado, não dá para se criar mais instrumentos para os municípios estarem controlando, e se o cartão SUS for implantado e o SIA funcionar bem, todas as questões de saber quantos diabéticos, hipertensos, etc que temos, estarão resolvidas. Sugeriu que se discuta a transformação do SIA no sistema de informação universal do SUS, já que por ser um sistema de pagamento, tudo que os municípios e estados bancam não é registrado, há toda uma atenção à saúde que está sendo feita e que não aparece no sistema de informação. Com relação aos rumores sobre o envio de medicação diretamente para a casa do usuário, disse considerar que isto contradiz absolutamente o SUS, já que ele estabelece que tem de ter uma relação de atenção integral à saúde, e que é preciso fazer uma avaliação conjunta aqui na Tripartite envolvendo o CONASS, CONSEMS e MS, sobre o que está sendo feito em termos de política de medicamentos porque nós estamos botando medicamentos fora e daqui a pouco vamos ter grandes incinerações de medicamentos que será responsabilidade dos três gestores. O Secretário Estadual de Saúde do Dr. Guilherme Robalinho colocou que em Pernambuco o processo se iniciou, e o fato do estado possuir uma rede pública muito forte permitiu que se tenha um sistema de referência natural nos grandes hospitais regionais, e a partir disso, aconteceram dois grandes momentos: a conferência do ano passado e em seguida a reunião para fazer o pacto de atenção básica. Ao mesmo tempo, dentro de um projeto chamado "Saúde da Gente", já foram contatados 108 prefeitos e secretários, e foi iniciada a discussão da microrregionalização e de todos os passos do processo de implantação da NOAS. Disse que a sua preocupação é de que os municípios que estão avançando no processo não podem sobreviver com o PAB que eles apresentam,

porque os que cumprem o pacto não tem condições, e os que não reclamam estão conduzindo mal o processo, e deveriam até ser desabilitados. Em Pernambuco foram desabilitadas 76 equipes do PSF neste ano de 2001. No documento assinado após a reunião da Câmara de Assistência Farmacêutica do CONASS, ficou claro que a distribuição de medicamentos de forma irregular pode criar uma situação constrangedora de ampliar o processo de medicamentação culturalmente imposto a nosso povo, aonde o remédio é usado como forma de pressão política ou como brinde, de forma absolutamente inadequada. Na campanha do diabetes já tivemos parte desse problema, num desencontro entre a compra de remédios pelos estados e o envio destes aos municípios, e hoje já temos claro que há excesso de glibenclamida. Sentimos a preocupação inclusive do Ministro de que essa medicação chegue na ponta, mais essa medicação que todos queremos ver nos Centros de Saúde está sendo encaminhada de forma desastrosa e vai contaminar o PSF, desmistificar o processo de mudança de modelo que está sendo implantado e não alcançará os benefícios esperados. Pensando que se vai resolver e controlar de Brasília o que ocorre nos municípios mais distantes, estaremos cometendo um equívoco centralizador que não é a proposta dos que fazem o MS e que vai terminar por enfraquecer a função das SES. Sugeri finalmente que se pensasse num PAB mais justo e mais correto para que se possa ter municípios mais fortes. Dr. Solla ponderou que o quadro apresentado aponta para a viabilidade de se ter um desempenho favorável no processo de implantação da NOAS, e para que isso se torne concreto, existe no momento atual uma série de preocupações que vêm sendo discutidas no CONASEMS que dizem respeito ao processo progressivo de ampliação das responsabilidades do nível municipal, que é extremamente positivo, mais implica em se ter viabilidade para que esse processo de assunção de responsabilidades se concretize e se estenda para todo o conjunto de municípios. O problema é que essa viabilidade está cada vez mais complicada em função da redução da capacidade financeira dos municípios para manter ou ampliar sua responsabilidade, e isso decorre da perda de capacidade do recurso transferido em custear a atenção básica. Vários estudos recentes mostram que na atenção

básica é onde há a maior distância entre o recurso disponibilizado e o custeio real. Outra razão é a ausência de investimento da quase totalidade dos estados em atenção básica, e isso é extremamente preocupante no momento em que se quer que o município assuma ainda mais responsabilidades. Na questão do medicamento, temos problemas na política de assistência farmacêutica que não serão superados simplesmente pela reposição direta de medicamentos, se não houver unidade de saúde funcionando e profissional de saúde para viabilizar o controle dos pacientes. Com relação ao PACS e PSF, o MS tem tido uma política de indução acertada, porém hoje estamos numa encruzilhada, chegamos a uma situação de crise onde inevitavelmente além de não poder avançar ainda teremos de recuar, porque o custo financeiro está impraticável, vez que o custo aumentou muito e não houve ampliação do financiamento do ponto de vista previdenciário, .trabalhista e de relações jurídicas. Há uma proposta das OCIPS, mas quando vamos discutir com os secretários municipais e os prefeitos, eles dizem que não têm recursos para pagar o ônus de contratar pelas OCIPS. Esse assunto merece uma atuação muito ampla envolvendo o MS, as SES, SMS, Congresso Nacional e outros Ministérios correlatos, para criar uma legislação própria. Por que é que as entidades filantrópicas podem ter isenção de certos ônus financeiros, por que os clubes de futebol tem alíquota de 5%, e a principal proposta de reorganização da atenção à saúde no Brasil tem um ônus tributário e financeiro tão grande? Isso inviabiliza a proposta. Por outro lado, a Lei de Responsabilidade Fiscal está criando uma amarra gigantesca para os municípios, não só em relação à expansão do PACS/PSF mais também com a NOAS. Alguns prefeitos dizem que não vão entrar em gestão plena porque já estão estourados na contratação de pessoal e entrar em gestão plena inevitavelmente significa ampliar pessoal ou a contratação por terceiros e a lei constrange isso. Assim isso deve ser encarado, sob pena de se estar comprometendo o estímulo e o interesse dos municípios e estados em viabilizar a implantação da NOAS. Dr. Cláudio Duarte sugeriu que seja pautada uma nova discussão sobre o PSF, e disse que as questões levantadas são questões já de preocupação coletiva, para as quais não existe soluções prontas, mais que há um grupo aprofundando a análise de alternativas de

contratação. O Termo de Ajuste Coletivo precisa ser assinado, porque é a medida possível dentro do marco legal atual. Com relação ao financiamento do PSF, temos uma linha de financiamento que não é só o incentivo, este ano estão sendo repassados recursos adicionais para a capacitação, numa forma diferente de financiar, para que o componente capacitação seja diferenciado do custeio. Há uma negociação em curso com o Banco Mundial de um grande projeto de financiamento e apoio ao PSF nos próximos 04 anos, inclusive com recursos direcionados especificamente para municípios de grande porte para reconversão da rede básica para estratégia de saúde da família. Isto representa mais ou menos 400 milhões de dólares nos próximos 6 anos. Disse concordar com o que foi dito sobre o incentivo, e que estudos financiados pelo REFORSUS mostram que os custos com o PSF são superiores ao incentivo, mas o MS nunca assumiu que o incentivo iria financiar totalmente o programa, e sim que ele seria discutido tripartite. O MS está dando uma parte, e é visível o aumento dos recursos federais para essa área: de R\$ 620 milhões em 2000 para R\$ 970 milhões de reais em 2001. A discussão do financiamento do PSF deve ser aprofundada, inclusive com a disseminação de práticas já adotadas em alguns estados, e está se tentando ampliar linhas de financiamento diretas ou indiretas para as questões já identificadas como pontos de estrangulamento. Pesquisa nacional realizada há 02 anos mostrou que um dos principais problemas do PSF era de insumos: tensiômetro e medicamentos, eles foram introduzidos e isso é financiamento, podemos discutir se a forma é a mais adequada ou não. O incentivo adicional para a assistência farmacêutica do PSF representa quase 80 milhões de reais/ano, e está aberta a discussão sobre uma farmácia específica para o Programa. Com relação à assistência farmacêutica, há problemas em vários níveis da cadeia: deficiência técnica, programações feitas no chute, problemas de estocagem, medicamentos vencidos, e aproveitamento diferenciado do incentivo pelos estados. Precisamos registrar, para não ficar só na defensiva, que a assistência farmacêutica melhorou de maneira significativa em relação à 3/4 anos atrás, antes de ser criado o incentivo. Apesar disso a assistência farmacêutica não é ainda a ideal, é preciso avançar e para isso foi criado um grupo tripartite permanente para

discutir estas questões mais estratégicas. A proposta é de acrescentar recursos para a atenção básica e os componentes: PAB mais a proposta de alocação de recursos especiais para um Programa Nacional de Assistência Farmacêutica, que deverá ser discutido na Tripartite. Este programa ainda não está pronto e acabado, e existem várias hipóteses de operacionalização, inclusive a de distribuição do medicamento direto para o cidadão. Disse que no seu entendimento o financiamento da atenção básica que é constituído pelo PAB e os incentivos, no médio prazo deverão evoluir no sentido da unificação dos incentivos em torno de um volume global de financiamento. Temos estudos de municípios nos quais os per captas para atenção básica podem chegar a R\$ 50,00 por habitante/ano, então a tendência é que isso seja unificado num fundo único dando aos municípios liberdade para a aplicação. Com relação à hipertensão e o diabetes, não se está discutindo um plano na perspectiva de jogar medicamentos na rede básica ou direto ao cidadão, estamos trabalhando junto com as SES capacitando multiplicadores, o que é um fato inédito, porque se esses multiplicadores reproduzirem o conteúdo básico da capacitação para os profissionais que estão na rede poderemos mudar a lógica de que estas doenças devem ser tratadas no ambulatório universitário de cardiologia e endocrinologia, e certamente daqui a 1 ano haverá um impacto importante na redução das internações por esta doenças. Alguns estados fizeram planos estaduais de reorganização de hipertensão e diabetes e outros não, então este é o momento de intensificar. Quanto à questão da assistência farmacêutica, não estamos propondo a quebra da integralidade, a proposta é de com a capacitação melhorar o grau de adesão do cliente à rede básica de saúde, buscar o paciente, mudar a atitude. E por que não pensar no monitoramento clínico? O cadastramento que estamos propondo é o do Cartão SUS. Finalmente vamos levar ao MS internamente a contraproposta do CONASS e CONASEMS em relação ao PAB-A. Dra. Marta Barreto ponderou que o momento de discutir o valor do PABA, a contratação do PSF e tudo que foi falado aqui é agora, que o momento está criado. Dr. Ricardo Scoti colocou que a questão da atenção básica não se restringe à questão do PAB-A, são várias iniciativas que devem ser trazidas de forma coerente para

dentro do mesmo processo de reorganização. O CONASS está pedindo uma discussão sobre assistência farmacêutica, que é uma grande preocupação do Ministério, e talvez até pelo afã de resolver, em alguns aspectos tem havido superposições de iniciativas entre uma secretaria e outra. Concretamente, no processo de implantação da NOAS a qualificação do PAB para PAB-A talvez seja o passo de maior significado qualitativo, e se isso não for traduzido em um processo de incentivo, dificilmente se vai avançar e caso isso não avance, o processo estará condenado à paralisação. Esta é a 3º reunião em que esse assunto é discutido, a primeira proposta do MS agregava R\$ 129 milhões a esse processo, e segundo foi colocado hoje se for um total de 280 milhões, tirando R\$ 150 para medicamentos de hipertensão e diabetes e os R\$ 70 para o bônus do PSF, sobram R\$ 60 milhões para o PAB o que significa dar R\$ 0,50 só para quem tem PAB entre R\$10 e R\$11 e não para todos os municípios. Essa é uma preocupação porque os municípios estarão trabalhando com procedimentos que hoje eles faturam no SIA, e não terão incentivo de deixar de receber isso em troca de receber um PAB que não seja vantajoso. O assessor técnico do CONASEMS Dr. Neílton Oliveira ponderou que não há uma solução isolada que vá resolver todos os problemas, e na questão do medicamento, muitos estados estão cumprindo os pactos feitos em 1999, outros não cumpriram o pacto e não colocaram um tostão na questão dos medicamentos básicos. Muitas equipes do PSF não foram organizadas dentro dos critérios definidos, e agora os municípios estão sendo obrigados a reduzir o número de equipes. Quando foi discutido aqui o mínimo da média e a alta complexidade, houve uma certa facilidade de encaminhamento da discussão econômica. Na questão do PAB estamos tendo dificuldade, também por conta da questão orçamentária nacional. Então, o que precisa ser encaminhado é que a NOAS significa para todos um processo de aperfeiçoamento dos vários aspectos do modelo de assistência, do modelo de construção do SUS, seja na área de atenção básica, da média, dos RH, da legislação e da informação em saúde, e o PAB-A tem um papel importante e destacado para o deslanchar desse processo. Devemos ter numa planilha bem clara e uniformizada o que é que hoje financia a atenção básica, já que essa conta

que está sendo feita esta gerando um certo desencontro entre o que se avalia no município e o que se avalia em nível estadual e federal. Por outro lado está colocada claramente a necessidade de se discutir em que medida o estado pode estar contribuindo com o financiamento da atenção básica em função da Emenda Constitucional 29, e como podemos qualificar esse financiamento do modelo utilizando a estratégia da NOAS. A discussão é muito mais ampla que a simples discussão do PAB-A, mas está claro que se ele não for definido vai ficar um gargalo, sem poder definir outras coisas. Dr. Wagner Pinto (SES/BA), colocou que sendo o SUS de responsabilidade das três esferas de governo, ninguém deve nem pode ficar melindrado com as críticas e sugestões colocadas, e que nunca se teve um momento tão rico de diálogo, graças a posição adotada pelo Ministro e sua equipe. Porém existem situações de excepcionalidade e cometimento de equívocos: algumas propostas são boas mais a estratégia de operacionalização não corresponde, e não vai dar os resultados esperados. Exemplo típico é o caso da política de hipertensão e diabetes, e aí é preciso extrapolar para a política de assistência farmacêutica que foi exaustivamente discutida ontem na reunião do CONASS e que culminou com o documento que será disponibilizado para Tripartite. Fica aqui a preocupação com o boato de que iria se distribuir medicamentos diretos do Ministério para o indivíduo na sua casa, e merece o alerta de que isso precisa ser revisto a tempo para que se possa dentro do critério tripartite de assumir ônus e ônus, assumir de forma conjunta todo o ônus ou ônus que isso possa trazer. O Secretário de Assistência a Saúde, Dr. Renilson Rehen colocou que a reunião deveria discutir a NOAS e que já se perdeu muito tempo com discussões paralelas, e informou que foi publicada uma Portaria tratando da revisão dos prazos de acordo com o que foi acertado na Tripartite , e uma outra definindo o per capita de R\$ 6,00 para o primeiro nível da média complexidade. Solicitou à coordenação e a todos os presentes que se retornasse o tema, com a apresentação das considerações sobre Controle e Avaliação. Dr. Cláudio Duarte disse que o encaminhamento concreto é de que se leve a contraproposta do CONASS e do CONASEMS em relação ao PAB-A para discussão interna dentro do MS, e ver se há condições financeiras e

orçamentárias para aceitá-la ou mesmo para fazer uma contraproposta, e em havendo acordo, que se possa publicar a PRT com o valor do PAB-A, antes da próxima Tripartite, para não atrasar ainda mais o processo de habilitação. O representante do CONASS para a Região Centro-Oeste, Dr. Cupertino propôs a realização de uma reunião extraordinária da CIT para a apresentação do trabalho feito pela Câmara Técnica do CONASS sobre a Assistência Farmacêutica. Dr. Silvio perguntou ao Dr. Cláudio se os 03 itens da proposta da atenção básica poderiam ser encaminhados separadamente e se o encaminhamento com relação a proposta do PAB seria de que nenhum município ficaria abaixo de R\$ 11,00, ao que falou o Dr. Cláudio que a proposta do CONASS/CONASEMS seria levada para discussão interna, mas que isso não impede a pactuação em paralelo dos outros dois componentes. Dr. Mercadante perguntou se a regulamentação adicional da NOAS era de conhecimento de todos ou se havia dúvidas, e se a Dra. Maria Helena queria comentar sobre a mudança de prazo e a média complexidade. Dra. Maria Helena esclareceu que as portarias foram publicadas após várias rodadas de negociação com CONASS e CONASEMS, e a regulamentação complementar que trata dos prazos, dos R\$ 6,00 per capita, e dos requisitos da avaliação das plenas, já está bem debatida. O que deve ser avaliado é se o prazo de 6 de setembro é passível de adiamento para 6 de outubro por um acordo na CIT. Disse que a avaliação mostrou que a Região Norte está se apresentando com nível de dificuldade diferenciado, e que está sendo pensada uma estratégia de acompanhamento. Dr. Renilson sugeriu a realização de uma reunião com os estados da Região Norte e a representação dos COSEMS, e frisou que não se trata de uma questão apenas de boa vontade, responsabilidade, interesse ou competência dos Secretários desses estados, mas do fato de ser uma região completamente diferente, onde o trabalho deve começar por uma discussão prévia sobre a sua descentralização. Os municípios são muito distantes, muitos pequenos, a rede básica na maioria dos estados ainda está com a SES, então tem que se criar um processo diferente para a região. O Representante do CONASS para a Região Norte, Dr. Francisco Deodato, considerou correta a análise feita pelos representantes da SAS em relação aos Estados da Região

Norte, e concordou com a realização da reunião proposta. **3 - Controle e Avaliação – O Diretor do Departamento de Controle e Avaliação da SAS, Dr. João Gabbardo** colocou que durante as macrorregionais realizadas foram constatados diferentes níveis de organização do Controle e Avaliação nos estados e também entre as regiões. Revendo os pontos fundamentais do Controle e Avaliação que são: a programação, o cadastramento das unidades, os critérios de programação orçamentária dessas unidades, os critérios do processo de autorização dos procedimentos, os controles pós-efetivação dos procedimentos através de relatórios ou de contato direto com o usuário por cartas etc., sentiu - se a necessidade de organizar um documento com alguns pontos básicos do que os três níveis de gestão devem ter do ponto de vista do controle e avaliação. A Coordenadora Geral de Controle e Avaliação/SAS, Dra. Aglaé colocou que a Coordenadoria recebeu a incumbência de fazer um trabalho que pudesse assessorar estados e municípios naquilo que se deve trabalhar em controle e avaliação na área assistencial, e que a primeira atribuição foi de coordenar o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, já que uma base cadastral atualizada e fidedigna é a base para o planejamento e para o controle e avaliação. Na apresentação da Dra. Maria Helena, foi dito que 80% dos estados afirmaram que vão cumprir o prazo, entrando com os dados no Banco de Dados Nacional até agosto, a depender da disponibilização do Programa Informatizado do DATASUS. Este programa teve alguns problemas e ontem numa reunião com o DATASUS foi assumido o compromisso formal de que até 2º feira todos os problemas estariam solucionados. Então por decisão da SAS, o prazo que os estados têm para o envio dos dados começa no dia 23 de julho e vai até o dia 15 de setembro. A segunda incumbência foi de fazer uma avaliação sobre o controle e avaliação dos Gestores em todo Brasil, e para isso foi desenvolvida uma proposta que será apresentada agora, e que é baseada naquilo que na nossa visão cada um dos níveis de gestão, federal, estadual e municipal, fazendo a distribuição entre aqueles que estão em Gestão Plena da Atenção Básica e os que se encontram em Gestão Plena do Sistema, deverão ter para dizer que tem controle e avaliação. No documento está colocado o objeto do controle e avaliação, entendendo que a atribuição do nível

federal é avaliar o Sistema Nacional de Saúde e dentro deste verificar como estão sendo executadas as ações e os serviços de saúde geridos pelos municípios e coordenados pelos estados. Esse trabalho de controle e avaliação é feito em cima de acompanhamento, de indicadores, de parâmetros, de avaliar como isso vem sendo feito e como podemos auxiliar os estados e a rede municipal. A grande tarefa do Gestor Federal é tentar oferecer cooperação técnica para poder organizar os serviços e as áreas de controle e avaliação dos estados e municípios, mais isso não quer dizer que não se tenha o compromisso de controlar várias atividades que são colocadas também como atividades do Ministério. Da mesma forma está sendo colocada a visão para o Gestor Estadual. Nas macrorregionais se verificou que na maioria dos estados estão sendo desenvolvidas ações de avaliação de prestação de serviços, avaliação de prestadores, ainda naquela forma de avaliar muito as ações fim do SIA e do SIH e dos seus subsistemas. Essa é uma atividade que o estado ainda tem que exercer, mas isso é uma atividade residual do estado, porque a medida que os municípios estão assumindo a gestão do sistema, o estado tem que estar se retirando dessa função e ficando na avaliação do Sistema Estadual de Saúde onde se inclui o Sistema Municipal, verificando como esses municípios estão se organizando nos seus controle e avaliação, e oferecendo assessoria. O controle e avaliação é trabalhado praticamente em cima dos Sistemas de Informações e se não se tiver acesso a uma rede informatizada, ninguém pode dizer que está fazendo controle e avaliação, não há essa interligação, este é um sistema com três níveis de gestores sendo necessário que exista essa estrutura. Dr. Gabbardo colocou que segundo informou o Dr. Scoti, o CONASS esta organizando uma Câmara Técnica Permanente de Controle e Avaliação, o que vai facilitar muito a avaliação do documento. Dr. Mercadante informou que com relação ao Sistema Nacional de Auditoria, já há uma minuta sobre a formação da Comissão Corregedora Tripartite em exame na Consultoria Jurídica. Disse que o desenho do Sistema de Controle e Avaliação é muito mais ligado a função planejamento, correndo junto com o sistema de planejamento, definição de objetivos, acompanhamento e resultados, enquanto que o sistema auditoria é mais externo, de fiscalização, tendo uma

vinculação com o executivo, ou seja, com o Ministro, e também faz a interlocução com os Órgãos de Controle Externo em cada nível de governo, fazendo a articulação com TCU, Corregedoria Geral da União, Secretaria Federal de Controle e Ministério Público. Dr. Renilson colocou que a idéia com esse documento preliminar é de iniciar um debate para que haja um acordo dos três níveis e que se tenha um documento que se possa publicar, dizendo o que é Controle e Avaliação. Disse que ao longo dos anos do SUS se criou um certo preconceito em relação à palavra controle, só se pode avaliar, não pode controlar, e administrar um sistema que envolve algo em torno de 13 bilhões de reais, considerando apenas a atenção básica, a média e alta complexidade, num país pobre como o nosso, sem ter controle é uma irresponsabilidade. O planejamento requer essa atividade de controle e avaliação, e a proposta é de começar por uma avaliação do controle e avaliação dos estados, e isso está sendo casado com a NOAS porque tanto é condição para que se possa fazer um trabalho com a NOAS, como é condição para que o que se faça sobreviva, porque se não houver controle e avaliação retroalimentando o planejamento, a NOAS vira uma ficção. Esse processo de avaliação mais qualificada do planejamento e do controle e avaliação vai levar necessariamente a uma discussão sobre a necessidade de se iniciar uma nova fase de construção do SUS, deixando de fazer o SUS à feição e a forma do INAMPS. Dr. Cupertino informou que o controle e avaliação estava incluído na Câmara Técnica de Planejamento do CONASS, mais em função das deficiências que os estados tem e da sensação de uma certa incapacidade de estar junto aos municípios acompanhando e auxiliando, houve a necessidade de se criar uma câmara técnica específica para isso, que não vai se ater apenas à questão da assistência, mas sim à questão do controle e avaliação do sistema como um todo. Disse dar o seu testemunho como Secretário de Goiás, dessa deformação histórica, que pelo menos no seu estado acontece, de se contar com vistoriadores ao invés de auditores. Dr. Silvio Mendes colocou que pessoalmente tem extrema dificuldade de fazer avaliação, e que as pessoas, todos os que fazem o SUS, passam a maior parte do tempo discutindo financiamento e esquecem a questão do gerenciamento, da própria gestão. Ninguém sozinho vai fazer isso e

lamentavelmente muitos estados e municípios não assumiram esse papel, cumpriram apenas a formalidade por ser pré-requisito da habilitação. Estamos debatendo uma coisa fundamental para nós, e temos dificuldade de avaliar qualidade, mas isso pode ser construído e é urgente. Os municípios não vão construir isso sozinhos e o MS tem uma estrutura em cada estado que é ausente desse processo de construção do controle, o pessoal está com uma visão de auditoria, atravessando a própria gestão, até porque, me desculpem a sinceridade, as Representações Regionais do MS sequer sabem fazer gestão, porque não o fizeram no passado. Não temos o que aprender com alguns profissionais oriundos do INAMPS, ficamos preocupados com alguns procedimentos que estão ocorrendo no país inteiro, e este é o motivo desse Ofício do CONASS/CONASEMS dirigido ao Ministro para criação da Comissão Corregedora. O CONASEMS jamais passará a mão na cabeça de um Gestor Municipal que não cumpra com o seu dever, mas não abrirá mão de defender aquele que procede corretamente ou até aquele que procede de modo equivocado por desconhecimento, mas reagimos à exposição pública do gestor dos três níveis de gestão. Então, a sugestão é que se utilize a estrutura existente hoje nos estados para que construam esse Sistema. Precisamos de acompanhamento e instrução para saber como vamos construir o nosso sistema, já que a maioria dos municípios assumiu a gestão sem conhecimento e sem cultura anterior de ser gestor, então como poderiam construir um controle e avaliação se não faziam essa ação? Assim, a iniciativa é oportuna, o CONASS e o CONASEMS têm a obrigação de compartilhar dessa construção, e o reparo é se não vai existir um paralelismo de ação com o que existe hoje do Sistema Nacional de Auditoria, que começa a ser reestruturado, e aí vemos a grande movimentação que existe de profissionais de um estado indo para outros estados, sem conhecer a realidade daquele outro estado, se limitando a fazer auditoria contábil e financeira, e aí não é avaliação. No Piauí tem denúncias de ponta a ponta em municípios, e aí tem que vir gente de fora para a apuração, e eu quero até saber quanto custa isso para o próprio Ministério da Saúde. Se você não confia nos servidores do seu estado para avaliar o próprio estado, não sei se eles serão menos honestos ou

poderão auditar outro estado, se seria a dúvida da relação de amizade ou qualquer outra que possa existir. Dra. Maria Helena colocou que as áreas de planejamento, de controle e de avaliação são três áreas diferentes, e que têm cultura institucional diferente. Na realidade, o controle e avaliação faz o trabalho sem conhecer as planilhas do planejamento, e este por sua vez, não conhece os mecanismos que poderia utilizar para estar controlando. A regulação agora é uma das áreas que pode estar interligando isso do ponto de vista de garantir o acesso de forma inteligente, não na fila, porém o pessoal que está chegando para fazê-la tem uma certa dificuldade de se apropriar do instrumento de programação e de ter no controle e avaliação mecanismos importantes da regulação. Há uma certa dislexia interna na forma como as secretárias estão se organizando, é preciso que haja uma discussão interna e que esta seja coordenada pelo Secretário de Saúde. Tem ainda outra esquisitice, que é o controle e avaliação fazendo a função da Vigilância Sanitária: ele faz a vistoria, e a Vigilância Sanitária faz alvará, mas a vistoria para credenciamento é da Vigilância, o que é outra esquisitice, porque o mesmo Secretário que assina autorização para credenciar pode assinar negando o alvará, do mesmo estabelecimento. Este é o ponto que mais interessa na organização das secretárias, e caso se consiga fazer uma discussão dessa questão se mudará a cara do controle e avaliação, que passará a ser uma ferramenta fundamental para manter o planejamento vivo. Dr. Alex (SES/CE), colocou que o controle e avaliação tem uma série de interfaces além do planejamento, e uma delas é com a Vigilância Sanitária. Se for feito um corte do processo de avaliação desde estrutura até impacto, a nosso ver a avaliação de estrutura é função da Vigilância Sanitária, a de processo, produto e resultado da ação de saúde seria função do Controle e a Avaliação de impacto seria função da Epidemiologia. Claro que tem uma interface importante, a divisão nem sempre é muito clara, e tem de haver um casamento dessas atividades. No estado do Ceará, tentamos puxar a epidemiologia para dentro e dar aos auditores instrumental de avaliação, treinando-os para que tivessem uma visão epidemiológica da avaliação. Para nós, auditoria e avaliação são coisas muito integradas, e fizemos um corte diferente, com auditoria e avaliação numa área e o

controle numa área vizinha, colocando a auditoria com caráter também preventivo e não só posterior ao ato: ela é fiscalizadora, mas tem também um caráter indutor de qualidade. Dentro da avaliação, a de processo é função da auditoria e quando é avaliação do ato de saúde, que hoje é uma responsabilidade mais municipal, é fundamental trabalhar com qualidade do ato de saúde, ou seja, com medicina baseada em evidências, com protocolos clínicos, alguma coisa que dê um instrumental científico de avaliação, seja do ato médico ou do ato saúde dos demais profissionais de saúde. Dr. Cupertino observou que talvez pela oportunidade da discussão, o MS esteja repensando a realocação da Auditoria na SAS de onde é originária, e que é importante refletir qual a melhor forma, a melhor colocação, para não se correr o risco de estar trabalhando numa dimensão com a SAS e de repente a auditoria estar trabalhando numa outra perspectiva, as vezes até contraditória. Dr. Mercadante colocou que a Auditoria não tem representação do MS nos estados, que ela é uma unidade central que conta com 500 auditores subordinados a um comando único. Não há projeção da auditoria no nível estadual e isso num país como o Brasil tem uma série de conseqüências, uma delas, é a auditoria cruzada como forma preferencial de se realizar auditoria. Na avaliação e controle foi colocada uma questão importante para ser discutida, que é a maneira como esse sistema se projeta nos estados. Dr. Gabbardo informou que a idéia é de que não haja representação do componente federal do controle e avaliação nos estados, ele ficará restrito ao Departamento de Controle e Avaliação dentro da SAS no MS. Dr. Silvio perguntou se o SNA ficaria restrito à auditoria. Dr. Mercadante explicou que a Medida Provisória ou Decreto que reorganizou o Ministério separa em dois sistemas, e há uma comissão permanente de articulação da auditoria com o controle e avaliação, que se reúne periodicamente. Hoje o Departamento de Auditoria está reunido com a DFC discutindo a questão dos relatórios, porque a concepção da DFC e do TCU é diferente do que o MS entende por auditoria de contas federais. Dr. Valcler (SES/RJ) colocou que com a discussão da implantação da NOAS observou-se a grande necessidade de trabalhar com indicadores, de trabalhar o componente avaliação, e que já havia sido apresentado na macrorregional um pouco do

desenho de como isto está sendo feito. Existe a preocupação de que este componente avaliação incorpore questões ligadas à atenção básica, e que não esteja fragmentado, porque senão a gente começa a trabalhar com aquele conjunto de indicadores do PAB nas áreas técnicas que trabalham de uma maneira vertical com as SMS, depois vem o controle e avaliação trabalhando mais os gastos do sistema, e integrar isso representa uma dificuldade enorme. O desenho preliminar do que estamos chamando "mínimos relevantes" para avaliar os municípios, no sentido de se conseguir trabalhar os critérios de acesso, integralidade, resolubilidade, e gestão do sistema, é de trabalhar em torno de sínteses, para que o Secretário Municipal não precise de 170, 150 indicadores para saber se sua rede está andando bem ou mal. Pela densidade dessa discussão, antes de se sair soltando portaria ou talvez paralelamente a isso, deveríamos ter uma discussão conceitual mais séria e integradora dessas questões, a fim de que se perceba que mudança efetiva estamos querendo fazer no sistema. É uma discussão conceitual complicada, mas fundamental. Dr. Robalinho disse concordar com Dr. Renilson, e achar que na hora que se muda a lógica se está consolidando o processo democrático no país, que a ausência do controle e avaliação é a cópia do que existia de equívocos e que foram incorporados, e o fato é que ficamos achando que avaliar é dar número de atendimentos simplesmente, ou número de equipes, o que é um grande passo para trás. Dr. Mercadante colocou que a intenção nessa apresentação foi de iniciar a discussão e que nada será finalizado aqui, e que a sugestão do colega do Rio de Janeiro foi muito interessante. Dr. Gabbardo disse estar esperando uma proposta de continuidade para sair da reunião com uma coisa mais ou menos definida de como que se vai continuar essa discussão. Dr. Silvio sugeriu que fosse constituída uma comissão pelos três níveis para discutir e trazer para deliberação na CIT. Dr. Gabbardo concordou com a formação de uma Comissão Tripartite coordenada pelo representante do MS. Dra. Maria Helena colocou que o REFORSUS está financiando uma pesquisa de avaliação das 524 plenas, e os pesquisadores apresentaram primeiro os instrumentos e agora o primeiro produto. Eles trabalharam com 154 indicadores e depois escolheram os 18 mais potentes, e

desses eles fizeram agrupamentos, numa metodologia complicadíssima mais muito interessante para agrupar municípios diferentes e que deveriam ser avaliados diferentemente em função dessas diferenças. Essa pesquisa além dessa avaliação dos indicadores trazidos do banco de dados tem também um caderninho que está indo para todos os gestores plenos junto com um para ser respondido pelo Gestor Estadual. Finalmente, há muito esforço que pode ser aproveitado para ver que instrumental poderia ser disponibilizado para um processo de avaliação mais orgânico no sistema. A questão da agenda é um grande esforço nesse sentido e talvez não se precise inventar muita coisa e sim melhorar o que se tem. Dr. Valcler disse o trabalho está sendo feito a partir da agenda, e que ela foi um instrumento fundamental para dar uma direção para o planejamento. Dr. Mercadante agradeceu a todos e encerrou a reunião.

Ministério da Saúde

CONASS

CONASEMS



Ministério da Saúde
Secretaria Executiva
Comissão Intergestores Tripartite
Secretaria Técnica

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT

REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DE 19/072001

RESUMO EXECUTIVO

O Coordenador Substituto da Comissão Intergestores Tripartite, conduziu a 1ª Reunião Extraordinária realizada no dia 19.7.2001, das 9h. às 13h., que teve como tema a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS.

1. Estágio Atual de Implantação - foram apresentados os dados relativos ao Processo de Reorganização da Assistência, enfocando a situação dos estados, colocada em 4 aberturas no que diz respeito aos aspectos:

1.1 - Agenda de Saúde

Estadual:

- 05 estados (AM, RR, AP, PE e PR) não iniciaram o processo ou não informaram;
- 07 estados (MA, PI, RN, PB, SE, GO e RS) estão em discussão interna nas SES e já tem realizado alguma discussão com os municípios;
- 07 estados (AC, CE, AL, MT, MS, RS e RO) estão em discussão nas CIB/CES;
- 07 estados (PA, TO, BA, ES, MG, SP e SC) já estão com as agendas publicadas.

Municipal:

- O DF e 13 estados (AC, AM, AP, RR, RN, PE, SE, TO, GO, MT, PR, SC e RS) não iniciaram o processo ou não informaram;
- 07 estados (PA, MA, PI, CE, PB, AL e MG), a SES está em discussão com os municípios;
- 06 estados (RO, MS, SP, RS, ES e BA) estão elaborando;
- Nenhum estado tem agenda publicada.

1.2 - Esboço do Plano Diretor de Regionalização-PDR

- 05 estados (AC, AM, RR, MA e PE) estão em fase de diagnóstico;
- 08 estados (RO, PA, AP, RN, PA, AL, RJ e RS) estão em fase de discussão com o COSEMS;
- 07 estados (MT, TO, BA, SE, MG, ES e SP) estão pactuando com os municípios;
- 06 estados (PI, CE, GO, MS, PR e SC) estão com o esboço concluído.

1.3 - Condições Prévias para Implantação da Programação Pactuada Integrada - PPI

- 08 estados (AP, RR, PI, RN, BA, SC, MS e RS) definiram o teto financeiro apenas para Gestão Plena do Sistema Municipal - GPSM e estado, sem definição de teto para cada município e para atenção básica;
- 14 estados (AC, AM, PA, MA, PB, PE, SE, MG, GO, TO, ES, RR, SC e RO) têm teto financeiro definido para todos os municípios;
- 04 estados (MT, CE, AL e RJ) fizeram a PPI separando o teto da referência por município.

1.4 - PPI - Diretrizes e Macroalocação

- 04 estados (AC, AM, PE e GO) não iniciaram ou não informaram;
- 14 estados (RR, PA, AP, MA, TO, RJ, RN, PB, ES, MS, SP, PR, SC e RS) criaram o grupo de trabalho para o diagnóstico;
- 07 estados (RO, CE, AL, SE, BA, MG e RJ) estão fazendo a discussão dos parâmetros que vão ser adotados;
- 01 estado (MT) já tem uma pactuação descentralizada e os parâmetros.

1.5 - Plano Diretor de Investimentos - PDI

- 08 estados (AC, AM, RO, RR, MA, PI, PE e SC) não iniciaram ou não informaram;
- 13 estados (PA, AP, TO, GO, RN, PE, AL, SE, BA, ES, SP, PR e RS) estão acabando de fazer o PDR e identificando as lacunas, não tendo ainda definição de prioridades;
- 04 estados (MT, MS, MG e RJ) já identificaram as lacunas e estão pactuando as prioridades;
- 01 estado do Ceará tem PDR mais definido, com detalhamento e compatibilização dos investimentos necessários com os recursos disponíveis.

1.6 - Avaliação da Gestão Plena do Sistema Municipal

- 09 estados (AC, AM, RR, RO, PB, PE, PR SC e RS) não iniciaram ou não informaram;
- 12 estados (PA, AP, MA, PI, RN, AL, TO, GO, MG, ES, SP e MT) estão fazendo o levantamento dos dados dos municípios;
- 02 estados (BA e SE) iniciaram a articulação com os municípios para adequação à NOAS;
- 03 estados (CE, MS e RJ) iniciaram a avaliação formal pela SES.

1.7 - Situação do Controle e Avaliação

- 01 estado (PE) não informou;
- 10 estados (AM, RR, RO, PA, PI, RN, MG, ES, RJ e DF) consideraram a área desestruturada;
- 11 estados (AC, AP, MA, PI, BA, PA, AL, SE, GO, SP e MS) possuem enfoque para prestador e procedimento;
- 05 estados (MT, CE, PR, SC e RS) tem enfoque para avaliação de sistema e apoio aos municípios.

2 - Avaliação dos Sistemas de Apoio à Implantação da NOAS

2.1 - Situação do Cadastramento:

- 13 estados (PA, PI, RN, PB, PE, AL, MG, ES, RJ, MT, MS, SC e DF) não retornaram o questionário enviado pela SAS;
- 03 estados (RO, TO e SE) tem até 20% de cadastramento informado;
- 03 estados (RO, TO e SE) tem até 20% de cadastramento informado;
- 03 estados (AM, AP e RR) têm entre 21 e 40%de cadastramento informado;
- 01 estado (PR) tem entre 41 e 60%;
- 05 estados (AC, MA, BA, GO e RS) têm entre 61 e 80%;
- 02 estados (CE e SP) têm entre 81 e 100%.

2.2 - Situação da Adesão ao Cartão SUS:

Nos Estados:

- 07 estados (AC, AM, AP, MA, PE, GO, RJ e DF) ainda não aderiram.

Percentual de Adesão dos Municípios:

- 05 estados (AP, MS, RR, PB e SE) têm 90 a 100% dos municípios aderidos;
- 04 estados (PA, TO, AL e RO) têm 60 a 90%;
- 03 estados (MG, CE e PI) têm 30 a 59%;

- 08 estados (PR, RS, SC, BA, RN, RJ, SP e GO) têm menos de 10%;
- 06 estados (AC, AM, ES, MA, MG e PE e DF) não têm nenhum município aderido ou não informaram.

Percentual de Municípios com Informação no SIOPS:

- 01 estado do CE tem entre 40 e 50% dos municípios com informações;
- 04 estados (RS, PB, MT e MG) têm entre 5 e 10%;
- 13 estados (SC, PE, PI, PA, SP, ES, MS, GO, MA, PR, RJ, AL e BA) têm menos de 5%;
- 08 estados (RO, AC, AM, RR, AP, TO, RN e SE) não têm nenhum município ou não informaram.

3 - Controle e Avaliação - diante da situação do controle e avaliação constatada nas reuniões macrorregionais, o Ministério da Saúde decidiu fazer um trabalho para assessorar os estados e municípios na implementação dessas atividades. Assim, esse trabalho iniciou-se com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, já que um cadastro atualizado e fidedigno é a base para o planejamento e para o controle e avaliação. Em virtude de ter havido problemas com o programa informatizado, o prazo para que os estados procedam ao envio dos dados iniciou-se em 23 de julho e termina em 16 de setembro. Paralelamente foi desenvolvida uma proposta para a avaliação das estruturas do controle e avaliação em todo o Brasil, baseada naquilo que é a visão atual do Ministério, no que diz respeito ao que cada um deverá ter, para efetivamente afirmar que possui controle e avaliação. A idéia é de iniciar um debate a partir dessa avaliação preliminar que possibilite um acordo entre os três níveis, e que se possa ter um documento sobre o controle e avaliação. Nesse sentido, a Câmara Técnica Permanente de Controle e Avaliação, recém criada pelo CONASS, vai auxiliar muito esse processo de discussão.

4 - Financiamento do PABA e da Média Complexidade - foi apresentada a proposta de financiamento da Atenção Básica centrada em três linhas: **1-** PABA de R\$ 10,50 para publicação imediata; **2-** habilitação a partir de 1º de agosto; **3** - pagamento a partir da competência setembro. A isso serão acrescidos recursos para aquisição de medicamentos para hipertensão e diabetes e o bônus para PACS/PSF. O CONASS apresentou uma contraproposta, que foi apoiada pelo CONASEMS que consta de: PABA – repasse de R\$ 0,50 para todos os municípios e um adicional de até R\$ 0,50 para os municípios com PAB inferior a R\$11,00, acrescidos dos recursos para medicação para hipertensão e diabetes e o bônus para PACS/PSF. Foi acordado que a proposta do CONASS será levada para discussão interna dentro do MS para verificar se há condições financeiras e orçamentárias para orientá-la, ou mesmo para fazer uma contraproposta.

5 - Informações/Sugestões - alguns assuntos foram levantados e discutidos, tendo sido sugeridos encaminhamentos:

5.1 - O Departamento de Descentralização está instrumentalizando a página da SAS para apoiar com documentação o processo de regionalização, e já estão

disponíveis uma cartilha de apoio à implementação do PDR e o instrumento da PPI com a base de dados de 2000;

5.2 - Plano Nacional de Assistência Farmacêutica - o CONASS propôs a realização de uma reunião extraordinária da CIT para apresentação e discussão de um trabalho sobre assistência farmacêutica realizado por sua Câmara Técnica;

5.3 - PACS/PSF - foram discutidas questões relativas ao financiamento em geral e a contratação de recursos humanos em particular, com sugestão de que se atue no sentido da criação de legislação federal que os acondicione dentro dos princípios da Lei de Responsabilidade Fiscal.

5.4 - Sistema Nacional de Auditoria - SNA - foi comentada a estrutura e a atuação do nível federal nos estados, sendo informado que o CONASS e o CONASEMS haviam enviado Ofício ao Senhor Ministro da Saúde indicando os nomes dos seus representantes para compor a Comissão Corregedora Tripartite do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, atendendo ao disposto no §2º do Art. 4º do Decreto 1.651, de 28 de setembro de 1995.