



Ministério da Saúde
Secretaria Executiva
Comissão Intergestores Tripartite
Secretaria Técnica

04^a
Reunião
Ordinária
2001

ATA DA REUNIÃO

17.5.01

1. MEMBROS DA COMISSÃO

MINISTÉRIO DA SAÚDE			
Órgão	Representante	T/S	Frequência Acumulada
SE	Barjas Negri	Titular	04/04
	Otávio Mercadante	Suplente	
SAS	Renilson Rehem de Souza	Titular	04/04
	Maria Helena Brandão	Suplente	03/04
SPS	Cláudio Duarte da Fonseca	Titular	04/04
	Tânia Lago	Suplente	01/04
ANVS	Luís Carlos Wanderley Lima	Titular	
	José Agenor Alvares da Silva	Suplente	01/04
FUNASA	Mauro Ricardo Machado Costa	Titular	
	Jarbas Barbosa da Silva Jr.		04/04

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS			
Região	Representante	T/S	Frequência Acumulada
N	Francisco Deodato Guimarães	Titular	02/04
	Grace Mônica Alvim	Suplente	
NE	Marta Oliveira Barreto	Titular	03/04
	Anastácio de Queiroz e Souza	Suplente	
SE	José da Silva Guedes	Titular	04/04
	João Felício Scárdua	Suplente	
S	João José Cândido da Silva	Titular	03/04
	Armando Martinho B. Raggio	Suplente	
CO	Fernando Passos Cupertino	Titular	03/04
	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	04/04
	Eliana Pasini	Suplente	04/04
NE		Titular	
	Lúcia de Fátima Maia Derks	Suplente	04/04
SE		Titular	
	Valter Luís Lavinias	Suplente	04/04
S	Francisco Isaias	Titular	04/04
	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.	VIRGÍLIO SILVA	ST/CIT/SE
5.	ARNALDO RODRIGUES	ST/CIT/SE
6.	ZENILDA BORGES	ST/CIT/SE
7.	KARDELEY SOARES	ST/CIT/SE
8.	IRACEMA FERMON	SAS/MS
9.	REGINA NASCIMENTO	FUNASA
10.	IVENISE BRAGA	FUNASA
11.	EDMUNDO GOMES	COSEMS/MA
12.	LÚCIA QUEIROZ	DGA/SAS/MS
13.	JOÃO CLÁUDIO POMPEU	MS
14.	CARLOS MATOS	DGA/SAS/MS
15.	SILVANA PEREIRA	DGA/SAS
16.	ANTÔNIO CLARET FILHO	DGA/SAS/MS
17.	JOHNSON ARAÚJO	DGA/SAS
18.	MARIA ELIZABETE GOMES	DGA/MS
19.	TEREZINHA MOREIRA	DGA/SAS
20.	INOE NOGUEIRA	SES/SE
21.	MARIA ESTHER JASSEN	CONASS
22.	SERAFIM	MS/DAB
23.	VERA FIGUEIREDO	MS/DAB
24.	DAISY SILVA	SES/PE
25.	NILO BRETAS	CONASEMS
26.	LUIS FERNANDO SOARES	DAB/SPS/MS
27.	PATRÍCIA TAVARES LUCCHESI	ENSP/FIOCRUZ
28.	SAMARA	DENASUS
29.	CLÉCIO ESPEZIM	SES/SC
30.	MARIA DA PENHA	CONASEMS
31.	GRACE MACHADO	SES/GO
32.	SUELY NASCIMENTO	SMS/MACEIÓ
33.	CERES ALBUQUERQUE	SES/RJ
34.	LUCIANO	SMS-CURITIBA
35.	JORGE	CONSEMS-VIT. DA CONQ.BA
36.	ANTONIO MENDES	SMS-RECIFE
37.	VINICIUS QUEIROZ	SPS/MS

3 - Pauta

1. Assistência Pré-Natal e Parto – SPS/MS
2. Bolsa Alimentação - SPS
3. Financiamento do PAB-A – SE/SPS
4. Centrais de Regulação da Assistência à Saúde - SAS/MS
5. Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças – ECD – FUNASA/MS
 - 5.1 - Certificação de Municípios
6. Informe SAS/MS:
 - 6.1- Implantação da NOAS/2001- Situação Atual - SAS/MS

4 – DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

O Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, Dr. Barjas Negri abriu os trabalhos da 4ª Reunião Ordinária da CIT, do dia 17 de maio de 2001.

1 – Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças - ECD –

foram certificados 140 municípios com vigência a partir de 1º de junho, sendo: 34 municípios da Bahia, 02 do Ceará, 14 de Goiás, 10 do Maranhão, 24 de Minas Gerais, 43 do Piauí, 07 do Rio Grande do Norte, 01 do Rio Grande do Sul, 03 de Santa Catarina e 02 de São Paulo. O município de Porto Xavier/RS não apresentou o valor da contrapartida e foi dado prazo até o final do mês para apresentação da mesma, caso não o faça, a habilitação não vigorará a partir de 1º de junho. **2 - Comentários**

sobre a PEC – o Presidente do CONASEMS Dr. Néilton Oliveira, colocou que os pareceres e as interpretações à respeito da aplicação da PEC tem gerado insegurança e até mesmo certa confusão, com graves repercussões nos municípios, e que em função disso convidara o Deputado Darcílio Perondi, membro da Comissão de Seguridade da Câmara dos Deputados para fazer um informe sobre esses pareceres. Dr. Darcílio Perondi – falou que apesar de Ter demandado um grande esforço a PEC representou uma vitória, e contou com o aval, a determinação e a posição persistente do Presidente da República para que se pudesse votá-la. Todas as dificuldades foram vencidas, mas agora temos mais uma, para a qual a Comissão de Seguridade da Câmara dos Deputados está tomando algumas providências. Já foi feito um contato com o Tribunal de Contas e o pedido de que este analisasse e emitisse um parecer sobre a interpretação maldosa do Procurador Geral do Ministério da Fazenda, e o Ministro Vilaça está fazendo essa análise. A Comissão foi também ao Advogado Geral da União Dr. Gilmar Mendes, que está analisando o parecer dado por um dos Advogados Gerais da União em relação ao parecer do Procurador do Ministério da Fazenda que tira da saúde pública de país cerca de R\$ 1.200.000.000,00 por ano, nos próximos 4 anos. A razão de vir aqui é fazer uma provocação da Comissão de Seguridade ao CONASS e ao CONASEMS, para que façam uma ação junto ao Tribunal de Contas e outra junto ao Advogado Geral da União, no máximo nos próximos 15 dias, para manifestar a preocupação de vocês que estão na ponta. Uma outra ação que tem de ser feita é na área de lideranças do Senado e da Câmara, e eu

posso ajudar na marcação do agendamento com as lideranças maiores das casas. A pressa se explica porque: 1) a nova proposta do orçamento de 2002 está sendo elaborada, e não pode ser baseada nesse parecer castrador; 2) Temos de recuperar o dinheiro deste ano, que dá R\$1.260.000.000,00 aproximadamente. O Presidente do CONASS Dr. Fernando Cupertino, agradeceu ao deputado em nome do CONASS e assegurou que seria feita uma articulação com o CONASEMS no sentido de realizar as gestões necessárias para ter a clareza do que o processo requer para reverter essa situação. Dr. Neílton disse que ontem havia pedido uma audiência ao Presidente do Tribunal de Contas em nome do CONASEMS, e sugeriu que isso fosse feito em conjunto com o CONASS e com o Ministério, e agradeceu o apoio do Deputado. Dr. Barjas agradeceu a colaboração e as informações do deputado, e disse que o Ministério da Saúde tem ficado atento a estas questões da interpretação da PEC, mas que lamentavelmente a forma como ela foi redigida permite este tipo de interpretação. Informou que o Ministério da Saúde já fez um recurso à Advocacia Geral da União, e que a equipe comandada pelo Dr. Gilmar Mendes está confrontando os argumentos da Fazenda com os argumentos do Ministério da Saúde, e disse que pessoalmente esteve discutindo com todos os técnicos designados pelo Dr. Gilmar, várias vezes, para explicar a interpretação e o impacto financeiro que isto dá encima do orçamento deste ano e para que os orçamentos seguintes se perdurar a interpretação dada pela Procuradoria Geral da Fazenda Nacional. **3) Assistência Pré-Natal e Parto** – O Secretário de Políticas de Saúde Dr. Cláudio Duarte, colocou que será apresentado um balanço do processo de implementação da estratégia de vinculação e humanização do pré-natal, do parto e do nascimento, o SIS Pré-Natal, e também uma proposta de estratégia de intensificação do controle do câncer cérvico - uterino, para apreciação e discussão da Tripartite. Dra. Tânia Lago – falou que o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento lançado em julho do ano passado, objetiva melhorar o acesso das mulheres e a qualidade da assistência pré-natal, possibilitando a vinculação das mesmas até o parto, para garantir que ela tenha uma vaga no momento do parto, e não fique por aí perambulando neste momento. Esta perambulação da mulher no momento do parto no Brasil, está ligada a pelo menos metade dos óbitos maternos que acontecem, além de agredir a cidadania. Os principais objetivos do programa são: captar precocemente a gestante, ou seja, no

primeiro trimestre da gestação, garantir o acesso aos diferentes níveis de complexidade, principalmente àquelas que tenham gestação de alto-risco, garantir que possam fazer os exames básicos do pré-natal, e garantir a vinculação com o parto. O programa tem 3 componentes: 1) Pré-natal que conta com incentivos financeiros e com a produção de material técnico: manuais que foram distribuídos para todos os estados e municípios, assistência à gestante de alto risco, tratamento das urgências obstétricas e ainda uma cartilha a ser distribuída a todas as gestantes que lida com os principais problemas da gravidez; 2) Organização das referências, regulação da oferta de vagas para a assistência ao parto e ao recém-nascido; 3) nova forma de pagamento da assistência obstétrica e neo-natal. Assim, se o município cumpre os pré-requisitos básicos da assistência pré-natal e capta a gestante realizando a primeira consulta até no máximo o 4º mês de gestação, ele recebe R\$ 10,00 a mais por esta gestante, e após a conclusão da assistência de pré-natal, da assistência ao parto e a realização de uma consulta de puerpério, ele recebe mais R\$40,00, perfazendo um total de R\$ 50,00 por gestante bem atendida. Os critérios para a boa assistência pré-natal são: a 1ª consulta até o 4º mês de gestação, realização de no mínimo 06 consultas ao largo do pré-natal, a realização de uma consulta até 42 dias pós-parto, os exames laboratoriais habituais, adicionando o anti-HIV nos municípios com mais de 50.000 habitantes e a aplicação da vacina anti-tetânica. No momento do parto dessa mulher inscrita no programa, o hospital que a assiste recebe um acréscimo de R\$ 40,00 no valor do procedimento. As condições para que o município faça adesão ao programa são de que esteja habilitado em alguma forma de gestão segundo a NOB/96, que disponha de um sistema de atenção à gestação que garanta os requisitos mínimos de assistência e que estabeleça mecanismo de vinculação da mulher no momento do parto a um hospital e também para conseguir fazer a primeira consulta da mulher até o 4º mês de gestação. Para aderir ele deve apresentar um Termo de Adesão indicando: o número de gestantes que ele tem no município; a capacidade que a sua rede instalada tem de produzir consultas de Pré-natal; a indicação do acesso a uma rede de laboratórios capaz de fazer o quantitativo de exames necessários; as maternidades que estão vinculadas a cada “pool” de unidades básicas, e que haverá um mecanismo permitindo que as mulheres saibam onde vão dar à luz desde o pré-natal. Para monitorar esse processo de remuneração foi

desenvolvido pelo DATASUS o sistema SIS - Pré-Natal, o qual cadastra a mulher e a unidade básica onde ela iniciou o pré-natal e depois isto é alimentado como se fosse um BPA mensal com a seqüência do atendimento, de modo que quando ele registra a consulta de puerpério o próprio sistema checa se todos os outros procedimentos aconteceram gerando um BPA para o SIA equivalente ao pagamento de R\$40,00. Para alimentar esse sistema foram elaborados 2 instrumentos de registro de informações, sendo um de cadastro e outro um mapa diário de atendimento, apenas com o número da paciente no programa, e quando estas informações são digitadas o banco as organiza individualmente. O município não pode fazer o pleito de adesão e mandá-lo direto para o Ministério porque na maioria deles a assistência desde a gestação até o nascimento não se esgota dentro de um único município, e terão de contar com ambulatórios de alto risco, hospitais e referências que estão em outras cidades. Isto requer uma organização regional da assistência à gestação e parto que só pode ser articulada à partir do estado com os municípios, portanto, é preciso que o estado tenha essa organização estruturada para que ele possa conferir se o pleito de adesão do município está de acordo com essa organização regional antes de encaminhá-lo ao Ministério. Foi então apresentada uma tabela mostrando o estado atual da adesão dos municípios, observando-se que o único estado que tem quase 100% dos municípios aderidos é o de Sergipe, porém os estados de São Paulo, Goiás e Paraná já tem um grande número de municípios aderidos. Finalizando, indagou ao CONASS e CONASEMS se há algo mais que possa ser feito para facilitar o processo de adesão dos municípios. A representante do CONASEMS Dra Lúcia DerkS disse acreditar que o problema não se encontra somente no município, e que no seu estado, a Paraíba, os municípios já fizeram seus planos porém o estado não organizou seu plano de regionalização, então é preciso que se tenha prazo para os estados, porque os municípios estão sendo penalizados. Assim, é necessário começar pelos estados na questão da Central de Regulação da Assistência Obstétrica, que pelo menos na Paraíba, está faltando organizar. Dr. Néilton informou que vários municípios já prepararam e entregaram a documentação há 6 ou 7 meses e a coisa não anda, e propôs que se fizesse o encaminhamento dos pleitos através do estado, e caso houvesse um tempo X, por exemplo 3 meses sem que ocorresse um andamento adequado, que se pudesse entregar diretamente no Ministério para poder habilitar.

Dra. Tânia ponderou que o fato do processo passar pelo estado não se prende apenas a uma questão burocrática, e sim porque se não houver uma organização regional da assistência à gestação e parto a adesão municipal não terá efetividade. Assim devemos continuar insistindo com os estados e oferecendo ajuda para organização dos planos regionais porque sem esses fica muito difícil, e o CONASS poderia auxiliar nesse trabalho junto aos estados. Dr. Cupertino pediu que a Direção do CONASS fosse cientificada das dificuldades existentes nos estados para que o processo possa ser acompanhado.

4) Programa Viva Mulher/Campanha de Prevenção do Câncer de Colo Uterino - Dra. Tânia falou que em outubro/2000 o INCA apresentou no Conselho Nacional de Saúde- CNS um relatório que avaliava a campanha de 1998 e fazia uma avaliação comparativa dos resultados do Programa Viva Mulher, que durante 2 anos foi implementado em 5 capitais brasileiras e em todo o estado de Sergipe, e os resultados que estão sendo obtidos na fase de consolidação do programa após a campanha. Na campanha de 1998 segundo as informações das planilhas de coleta de material que os municípios fizeram, foram feitas 3.200.000 coletas de exames, e no SIA/SUS foram apresentados para cobrança com código de exame citopatológico referentes ao período da campanha, 3.177.740 exames, o que confirma o volume de coletas realizadas pelos estados. Desse total apresentado foram digitados no SISCOLO 2.150.000 exames, que correspondem a 68% dos exames apresentados no SIA/SUS. Nessa época não era obrigatório o preenchimento do SISCOLO para o pagamento. Do ponto de vista do resultado dos exames, levando em consideração os 2.150.000 informados no SISCOLO, foram encontrados 60.000 exames com alterações, sendo que em 80% (48.500 mulheres) correspondiam a lesões de baixo grau e em 20% (12.000 mulheres) havia lesão de alto grau, portanto de alto potencial de evolução para câncer de colo, que antigamente se chamava displasia grave e câncer "in situ". Então estas 12.000 mulheres precisavam um seguimento de tratamento começando por um exame anátomo -patológico para confirmação da citologia, e se confirmado o diagnóstico, se faria uma cirurgia ambulatorial na maioria dos casos, e uma pequena parte delas precisaria de cirurgia mais ampla ou de radioterapia. Com relação aos resultados de busca dessas mulheres até outubro de 2000, tinham sido encontradas 9.000 mulheres que referiam ter sido tratadas, 275 mulheres disseram que não queriam ser tratadas e/ou tinham

abandonado o tratamento; 77 mulheres haviam morrido, sendo que na maioria por outras causas que não o câncer de colo, e foram localizadas 2.758 mulheres com alto grau (28%). No Viva Mulher a positividade de exames foi maior, a qualidade do exame citopatológico foi o mesmo da campanha, e o percentual de mulheres que foi perdido ao longo dos 2 anos de seguimento foi de 27%, portanto um pouco maior do que o ocorrido durante a campanha, ainda que os 5 municípios estivessem dentro de um projeto que contava com a busca ativa. Os dados do SISCOLO durante e depois da campanha mostram que a maior concentração de mulheres se deu na faixa de risco procurada que era de 35 a 39 e de 40 a 44 anos, que é aquela idade em que a maior parte das mulheres susceptíveis terá uma lesão pré-invasiva, e portanto, absolutamente tratável. Na rotina pré e pós campanha a faixa etária é sempre muito mais precoce, e isto acontece em todo o mundo. Com relação ao quantitativo de exames, tínhamos 550.000 exames/ano pré-campanha e na campanha foram feitos 3.200.000/mês, havendo uma baixa quando da implantação do SISCOLO como forma de pagamento, e perda de informações durante 3 meses. Finalmente, ficou confirmada uma tendência observada em quase todos os países, de que apenas a rotina não dá conta porque se perde ao longo do tempo exatamente as mulheres que estão sob maior risco. Por isso é que estamos propondo aqui no Ministério a discussão da necessidade de acoplar à estratégia da rotina uma estratégia de campanha para pegar as mulheres na faixa de 35 à 49 anos, especialmente aquelas que nunca fizeram exame. A proposta é de se retomar as campanhas a cada 3 anos, porque desde 98 está sendo tentada a implantação da realização de exames trienais, que é o que se faz na maior parte do mundo. No rodapé dos resultados dos exames de 98 vinha a orientação para que a mulher repetisse o exame em 2001, então achamos que deveria ser feita uma nova campanha em outubro, na qual se tentaria focalizar as mulheres de 35 a 49 anos que nunca fizeram ou que estão há 3 anos sem fazer o exame. A sugestão é de que se trabalhe com 3 campanhas do ponto de vista da comunicação social, sendo uma que chamaria para fazer o exame, uma 2 meses depois convocando para receber o resultado, e outra 2 meses depois para insistir no tratamento e criar mecanismos para que as mulheres que tiverem problemas para receber resultados ou realizar o tratamento possam se comunicar, seja através dos disque-saúde locais ou outros números específicos, para que se possa interferir na

solução do problema. A representante do CONASS Dra Marta Barreto disse que com relação ao Viva Mulher há que se ressaltar a qualidade do acompanhamento e treinamentos bimensais que eram feitos pela equipe do INCA o que dava uma grande segurança na questão do laboratório, da coleta, etc. Com relação à campanha proposta, falou que hoje existe um outro quadro nos municípios, e que no caso de Sergipe a maioria dos municípios encontram-se em Plena, e mais de 50% têm cobertura de equipes do PSF, enfermeiras bem treinadas, laboratório, Centro de Referência da Mulher em Aracajú, e estão sendo construídos outros 3 centros regionais, então a avaliação é de que na rotina a mulher que vai é aquela que está em época reprodutiva. A dificuldade é trazer a coleta para perto da mulher no povoado, então deve ser feita uma estratégia com a equipe do PSF para fazê-la.. Dr. Cláudio comentou que o grau de detecção foi maior no Viva Mulher porque os municípios tinham mais risco, e que quando se faz a campanha nacional a tendência é de que o grau de detecção seja menor. Disse que em 98 havia um número menor de ACS e de equipes do PSF, e o processo da NOB/96 estava no início, logo o processo de mobilização agora será maior. Assim a campanha será nacional, mas o grau de acesso será diferenciado porque as condições objetivas dos municípios são diferentes. O representante do CONASS Dr. José Guedes considerou importante que a campanha enfoque prioritariamente a mulher do grupo etário de maior risco, disse que os estados e municípios devem fazer um esforço para que a rotina funcione melhor, e concordou com a proposição de se fazer as 3 campanhas de divulgação citadas pela Dra. Tânia, argumentando que estas reduziram os problemas de acompanhamento das mulheres. Dr. Neílton chamou à atenção para o fato de que a campanha tri-anual vai coincidir em alguns anos com as eleições, o que as vezes acaba atrapalhando, principalmente se elas forem feitas no 2º semestre. Dra. Tânia colocou que gostaria de marcar uma reunião com técnicos de todos os estados para fazer uma avaliação do momento atual, para saber dos problemas dos estados e o que precisa ser previsto. Essa reunião de trabalho seria feita antes da próxima reunião da CIT, quando o seu resultado seria apresentado. **5) Bolsa Alimentação** - Dr. Cláudio fez a distribuição para o CONASS e CONASEMS de uma minuta do que seria uma proposta de cartilha informativa sobre o programa de Bolsa Alimentação que o Ministério da Saúde estará implementando ainda este ano, e também um detalhamento do seu processo de

estruturação. Este programa visa ampliar os esforços no sentido de enfrentar o problema da desnutrição em crianças e gestantes em populações de risco. Disse que havia assumido o compromisso no Conselho Nacional de Saúde de apresentar o programa aqui na CIT e como a coordenadora de programa se encontra ausente, foi feita a distribuição do documento para ser analisado, pautando a discussão para a próxima reunião da CIT. Ressaltou que a estratégia de incentivo implementada com a NOB/96 voltada especificamente para uma ação de combate à desnutrição, já tem uma avaliação através da PINAD e do SIAB, mostrando que a ação dos municípios com apoio dos estados tem sido exitosa. Segundo estudo realizado pelo Instituto de Saúde Coletiva da Bahia sobre a morbidade hospitalar por diagnóstico de desnutrição e causas associadas, constatou-se que houve redução no número de internações de crianças menores de um ano. Os dados da PINAD e do SIAB referentes às crianças que são acompanhadas pelos ACS e pelas equipes do PSF, mostram uma redução importante do número de crianças desnutridas. Dr. Néilton perguntou se os questionamentos levantados no Conselho Nacional de Saúde - CNS quando da apresentação do programa já foram discutidos, e se já havia algum encaminhamento. Dr. Cláudio respondeu que solicitaria à equipe responsável pelo programa que fizesse o levantamento destes questionamentos e os encaminhamentos dados, e remeteria ao CONASS e CONASEMS. **6) Financiamento do PABA** – Dr. Barjas colocou que está sendo discutida no âmbito do orçamento do Ministério da Saúde a possibilidade de ampliar ainda mais os recursos para a Atenção Básica, porém é preciso ter claro que a estratégia para isso está direcionada para a expansão e melhoria do PSF. O número de equipes tem sido ampliado e havendo atualmente 10.500 equipes trabalhando e mais 4.000 equipes qualificadas: são prefeituras que se habilitaram e estão agora no processo de treinamento, reciclagem, seleção e contratação, e a idéia é de que esse ano se terá cerca de 15.000 a 17.000 profissionais trabalhando. Ainda dentro da estratégia do PSF foi criado o Programa de Interiorização da Saúde mediante convênio como CNPQ para contratar centenas de profissionais médicos e enfermeiros a ser colocados em municípios que tem muita dificuldade para contratar esses profissionais. Temos o Programa de Assistência Farmacêutica Básica com distribuição de recursos per capita que é o Programa de Farmácia Básica para reforçar a distribuição de medicamentos básicos. Para todas as equipes que tinham trabalhos

realizados e desembolso do Ministério da Saúde no mês de fevereiro já foi feita a distribuição, apenas 500 equipes localizadas em municípios distantes não receberam ainda os medicamentos, porém o farmacêutico já fez a distribuição. A questão da ampliação do PAB não se resume ao estabelecimento do valor percápita, é preciso que se discuta quais são os procedimentos, verificar a média do seu valor, e fazer uma equalização. Os procedimentos que foram elencados pelas equipes técnicas tem um custo de faturamento de cerca de R\$38.000.000,00, um valor pequeno, então se a gente passa isso para R\$1,00, teremos um custo adicional de R\$130.000.000,00. Temos de ter uma política de alocação, porque R\$130.000.000,00 novos na Atenção Básica concorre com o PSF, com a demanda de se aumentar o valor do incentivo para os aglomerados urbanos e as áreas metropolitanas, e concorre ainda com o incentivo que está sendo estudado para melhorar treinamento. Temos de dizer qual a nossa prioridade, não dá para tomar uma decisão nesse momento. Entendemos que se tem que colocar um elenco cada vez maior de procedimentos no PAB, melhorar o seu financiamento, melhorar e manter a regularidade de fluxo de recursos, porém observando as restrições orçamentárias. Temos problema de ordem financeira que aperta o Ministério da Saúde e já foi feito um pedido de suplementação superior a R\$1.000.000.000,00 ao Ministério do Planejamento, e enquanto não há um equacionamento disso temos de trabalhar com o atual orçamento, o qual ampliou o recurso esta ano no PSF e na Assistência Farmacêutica Básica, razão pela qual estamos impossibilitados nesse momento de definir um valor para o Piso de Atenção Básica. Não há uma recusa em fazer essa expansão, é que não cabe dentro do mesmo orçamento toda essa demanda feita pelo CONASEMS e pela SPS. Então, nossa prioridade foi expandir o PSF, o gasto com medicamentos e com o controle das endemias, e equacionar a expansão de gastos com a média e alta complexidade, porisso o Ministro soltou no mês passado a Portaria elevando os recursos para queimados, para INTEGRASUS, Carga viral/CD4, e colocou um recurso relativamente alto para a expansão de serviços, o chamado “Teto livre”. Com a introdução desta Portaria, o orçamento fica restrito nesse momento, e enquanto não houver uma sinalização de novas suplementações temos dificuldade em equacionar este problema. Até o final de junho deveremos ter uma sinalização do Ministério do Planejamento sobre qual é a nossa suplementação, e de posse desse dado,

poderemos fazer um cronograma e iniciar as habilitações. Não é apenas o problema do PAB Ampliado, porque ele tem que ser discutido dentro da Atenção Básica como um todo, e temos também de equacionar os recursos da NOAS, que tem uma demanda extremamente alta que não consigo ainda equacionar em função desse problema orçamentário. Dr. Cláudio - concordou com as colocações do Dr. Barjas e disse esperar que haja ampliação para o PSF que tem sido o carro-chefe da reorganização da Atenção Básica, mais que existem problemas graves para a sua expansão e consolidação em alguns municípios do país, relacionados com a presença de médicos e a questão do financiamento. Dr. Neílton - disse concordar com as colocações do Dr. Barjas e que todos estão solidários na luta por maior aporte de recursos financeiros para o sistema como um todo, e que foi muito interessante uma reunião que o CONASEMS realizou no Rio de Janeiro com a participação de 25 capitais, do MS, CONASS e a OPAS, cujo tema principal foi A Expansão da Atenção Básica nas Capitais, especialmente o enfoque sobre a questão do PSF, na qual figuras históricas do movimento sanitário defenderam um maior aporte e inclusive a vinculação dos recursos financeiros para a Atenção Básica como uma forma de garantir a estratégia. Assim seria interessante que o Ministério disponibilizasse os estudos e simulações para o CONASS e CONASEMS de modo que se pudesse ajudar a pensar, porém precisa ser entendido que haverá um reflexo natural na mobilização e na agilidade com que poderia ser definidos um valor e firmar ao mesmo tempo um compromisso de efetivar o gasto de acordo com a possibilidade. Propôs que isso fosse fechado na próxima Tripartite, o que não significa dizer que em julho ou agosto este dinheiro estaria disponível, mas é nessa base que vamos nos estruturar. Pode ser que esse recurso não esteja disponível este ano, mas para a organização e o trabalho de implementação da NOAS, ter essa definição é quase tão importante quanto ter a disponibilidade do recurso concretamente incorporado. Embora o PAB Ampliado possa ser entendido como não sendo fundamental para o processo de regionalização por se tratar de um acréscimo, na verdade ele é, porque o mínimo da média que está sendo colocado como percápita no módulo assistencial pressupõe o PAB - A nos municípios que constituem esse módulo. Dr. Barjas colocou que enquanto não houver a reconstituição do orçamento não dá para insistir de trazer o assunto para tomar decisão na Tripartite. Disse não ter dúvidas de que a partir de janeiro de 2002 estarão

resolvidas às questões do PABA, do PSF e da NOAS, o problema que se coloca é quando que se antecipa a sua implementação e que não poderia assumir qualquer compromisso agora. Dr. Cupertino ponderou que essa falta de definição vai gerar problemas para cumprimento de prazos, e que concordava com o Dr. Barjas já que por questões legais não se pode definir o que não se tem, porém que compreendia e endossava a preocupação do Dr. Renilson para que se pudesse já trabalhar encima de certos valores, porque à partir daí todos vão trabalhar para que isso aconteça. Assim é importante que esses estudos sejam disponibilizados, para que já na próxima Tripartite possamos marcar claramente a posição de quais são os parâmetros com os quais queremos trabalhar, quais são os valores que reputamos necessários para poder desenvolver esse processo a contento. Dr. Néilton - colocou que há prazos vencendo em decorrência de compromissos pactuados na NOAS e que deverão ser re-pactuados, e que haverá uma grande expectativa do conjunto dos secretários municipais durante a realização do Congresso do CONASEMS de ter informações novas em relação a NOAS, que será tema de uma das principais mesas. Dr. Cláudio – disse que alguns prazos deverão ser revistos em função de não se ter a condição de definir o valor hoje, e que se deve tirar um encaminhamento de deixar tudo preparado para que quando houver a definição de valor já se possa desencadear o processo geral de habilitação. Do ponto de vista do PAB-A, a NOAS prevê uma série de procedimentos que já estão prontos, então a proposta é de que aquilo que possa continuar sendo desenvolvido e que não depender do valor, não seja interrompido. Assim, considerando que 28 procedimentos que se incorporaram na Atenção Básica não geram uma transformação radical na responsabilidade sanitária em relação ao que está posto na NOB/96, a avaliação é de que é possível dar seqüência à preparação dos municípios no PAB-A, até para que isso não gere atraso na habilitação do estado no processo da NOAS. Dr. Barjas - concordou com Dr. Cláudio e falou que sua equipe está discutindo item por item com os técnicos do Ministério do Planejamento, mas até agora nada está definido então não se pode tomar uma decisão para depois não poder honrar. E isso não é só em relação ao PAB-A, ou à implantação da NOAS, é com relação ao tempo em que isso vai começar, e é claro que precisa ter um valor definido para que os secretários possam aderir ou não ao processo. Dr. Renilson colocou que são duas decisões: 1º) poderia ser fechado um

acordo por consenso na Tripartite de que a aprovação do valor não significa a sua imediata implementação, a qual fica no cronograma e vai depender das reais possibilidades e 2º) nem uma das duas situações será uma coisa automática de habilitar 100 ou 200 municípios de uma vez, porque tem os processos de qualificação e avaliação que servirão para avaliar o próprio PAB. Assim, são 3 decisões: o valor, o momento do início da implementação e o cronograma, e estes 3 acordos podem ser feitos reconhecendo as dificuldades orçamentárias, para que se possa assegurar a continuidade do processo. Dr. Francisco Izaías informou que no Rio Grande do Sul já começaram as reuniões regionalizadas para a definição do desenho dos módulos assistenciais, e que a questão de não ter o valor do PAB-A vai dificultar muito, já que da mesma forma como o Ministério da Saúde tem dificuldade na execução orçamentária, os municípios também vão estar assumindo em igual proporção a questão do PAB-A não tendo como apontar a cobertura financeira dessas ações. Então se torna temeroso que se incentive este processo sem uma sinalização mais efetiva e definida. Dr. Guedes disse que caso se tenha um valor definido, as pessoas vão fiar entusiasmadas para trabalhar encima desse que vai ser implantado daqui a um determinado momento. Não se pode trabalhar numa abstração, tipo vai ter um PAB-A que não se sabe quanto e nem quando, sabendo quanto, mesmo que vá levar tempo para implantar, pode-se trabalhar com a perspectiva do que se vai fazer no momento que começar. Dra. Marta Barreto falou que embora demore a ser feito o processo, ter o valor é muito importante, porque mesmo sabendo-se que se não se tem orçamento não tem jeito, e estando todos solidários, seria importante que pelo menos no Congresso, houvesse alguma sinalização em termos do valor do PAB-A. Dr. Neílton ponderou que o encaminhamento aponta para 3 acordos que necessitam ser feitos: 1) do prazo quando o orçamento estiver disponível; 2) do estudo técnico para apontar o valor referenciado e 3) repactuar a NOAS em termos de prazos, de estratégias, motivações, etc. Dr. Renilson disse não concordar com o 3º acordo, que não é preciso repactuar prazos agora. Dra. Maria Helena ponderou que todos os estados estão caminhando com a NOAS, e que isto foi visto numa reunião feita ontem com todos os estados, na qual se teve uma avaliação de que existe um movimento de implantação da NOAS em todos os estados com grandes possibilidades de cumprimento do cronograma proposto. É claro que todos estão andando no que é

possível fazer sem a definição de valores: o pessoal está sendo capacitado na PPI, a perspectiva de negociação com os municípios na questão da avaliação básica está sendo dada etc. Porém mesmo o prazo anterior de 31 de julho para voltar a habilitar, em função do atraso nosso aqui na Tripartite, provavelmente terá de ser jogado para 31 de agosto, na melhor das hipóteses vamos começara qualificar à partir de agosto, com repercussão para setembro se tudo correr bem. Os estados que estão mais avançados vão ter condições de encaminhar processos para qualificação em setembro, e caso se anexe o processo de habilitação no PAB-A ao de qualificação, teríamos repercussão escalonada a partir de setembro, por região qualificada, que depende de toda uma avaliação do Ministério. Então se essa sinalização for possível até a próxima Tripartite não haverá perda na questão do prazo ainda, vamos conseguir com o avanço que está sendo dado, manter os prazos para estar qualificando à partir de agosto. Se tivermos a idéia do valor na próxima Tripartite e a possibilidade de estar escalonando a partir de setembro, vamos conseguir publicar junto com a qualificação, as habilitações do ampliado, o que daria ao cronograma uma possibilidade de acompanhamento muito precisa a ser feita pela Secretaria Executiva. Dr. Barjas ponderou que caso se tente pactuar prazo isso vai induzir o atraso e que talvez as pessoas não tenham percebido que a sua proposta era semelhante, mas ao invés de trazer a discussão direta para a Tripartite propôs fazer reuniões em paralelo para facilitar o entendimento, assim caso se tenha uma posição tomada ela será apresentada, caso contrário, se fará um informe. Dr. Néilton disse que a questão dos incentivos do PSF e do seu reajuste e a questão da capacitação, já tem conhecimento e uma segurança do ponto de vista técnico e até matemático, e que se algumas questões puderem ir sendo adiantadas, o processo estará sendo alimentado, e indagou se poderia haver uma reunião ainda antes do Congresso do CONASEMS. Dr. Barjas respondeu que sim, que ela poderá ser feita na próxima semana. Dra. Heloísa sugeriu que o ponto da avaliação seja colocado no grupo técnico, para que seja apresentado já detalhado na próxima Tripartite. Dr. Cláudio falou que será apresentada a proposta para cumprir o item 6.6 da NOAS que é a proposta da SPS para avaliação dos processos de habilitação no PAB-A e que internamente, a partir de 2ª feira, a Secretaria de Políticas de Saúde já estará preparada para a unidade de avaliação específica que será montada para avaliar todos os processos de habilitação.

7) Implantação da NOAS – Situação Atual - Dr. Renilson sugeriu que fosse apresentado o informe sobre a implantação da NOAS e que a questão das Centrais de Regulação fosse programada para a próxima reunião, sendo colocada como primeiro ou 2º ponto de pauta. Dra. Maria Helena disse que com relação ao Recurso do município de Cajazeiras/PB, o Departamento foi ao município em conjunto com a SES/PB, e o acordo de pactuação que está sendo feito já tem o modelo da NOAS que inclui o Termo de Compromisso de Garantia de Acesso, mas não foi possível fechar os valores. Assim, a proposta que se coloca é de que a Tripartite aprove a habilitação na dependência do encaminhamento dos valores. Dr. Renilson explicou que a proposta é de que seja feita a aprovação, mas que a Portaria só seja publicada após a definição do teto. Foi aprovada. Recurso do município de Pedras de Fogo/PB Dra Maria Helena lembrou que neste caso o município cumpriu os prazos porém a SES/PB, segundo Ofício do Dr. José Maria, Secretário Estadual de Saúde, por um erro de interpretação não encaminhou o processo à Tripartite no prazo adequado. A documentação apresentada está correta e a proposta é de que o município seja habilitado. Foi aprovado. As informações sobre a NOAS foram extraídas das reuniões macrorregionais que começaram em 15 de março e terminaram em 10 de maio, então é provável que o diagnóstico dos estados componentes da macro 1 estejam hoje em situação bem diferente, por isso não se deve fazer comparações entre os estados. A pauta das reuniões macrorregionais incluía a avaliação da condição de regionalização na qual discutiu a Atenção Básica, a compatibilidade da proposta de regionalização do estado à NOAS, porque tem estados que já tem uma proposta regionalização, e estão tendo dificuldade de adequar a pactuação já existente ao novo momento da NOAS. Com relação à Atenção Básica foi proposto um roteiro de avaliação da estrutura da Atenção Básica nas SES, da relação com o PACS/PSF e com as endemias, os incentivos estaduais e o SIAB, e a regulação que será um instrumento fundamental na consolidação das redes dentro do PDR. O estado de Pernambuco não apresentou os seus dados, e os estados do RN, PI, RR, RO, AP e DF se apresentaram numa situação muito incipiente. Já os estados AM, ES, GO, PA, PB, PR, RJ e SC estão iniciando o diagnóstico e fazendo o primeiro rascunho do PDR, tem um primeiro desenho ainda sem debate muito claro com o COSEMS. Os estados AL, BA, CE, MA, MG, MT, RS, SE, SP e TO já tem o diagnóstico, e já estão adaptando o processo para

negociação com o COSEMS. O estado do Mato Grosso do Sul está destacado porque eles casaram a implantação da NOAS à Emenda Constitucional e fizeram uma proposta para custeio e investimento com os recursos estaduais. É muito interessante porque eles pegaram o recurso estadual e fizeram o PDI. Não conseguiram ainda que a fazenda aprovasse, mas eles têm uma proposta clara. Com relação ao processo de pactuação tem três níveis de avanço: há estados que ainda estão fazendo a proposta para dentro, outros já negociaram com o COSEMS, e outros já estão negociando com os prefeitos, e tem outro nível de decisão em relação ao PDR. A avaliação é de que a regionalização está indo bem, os estados têm ritmo diferente, mais há um grande movimento, e tem estado que já reviu o primeiro desenho na pactuação. Com relação à PPI, ontem foi realizada uma reunião com os estados e apenas 3 estados não tinham representantes, na qual os estados foram melhor instrumentalizados, com a passagem de um instrumento eletrônico que vai ajudar muito no processo. O mais preocupante do ponto de vista da consolidação é o dado trazido do controle e avaliação. O relato do estado sobre a situação do controle e avaliação para dar conta de acompanhar os Termos de Garantia de Acesso, é alarmante. Os controle e avaliação dos estados, de modo geral, não estão preparados para fazer controle e avaliação de serviços, os sistemas de auditoria não estão regulamentados na maioria dos estados e a maioria dos municípios em Plena tem sistemas de auditoria capengas. Do ponto de vista da possibilidade real de se ter um PDR e ter condição efetiva de fazer o controle do pacto que estamos estabelecendo, a situação é absolutamente alarmante, 90% dos estados pediram apoio ao Ministério, pedindo inclusive que haja espaço privilegiado para essa discussão, porque a discussão de sistema não foi posta. É interessante notar durante a apresentação dos estados que o planejamento apresenta a programação, e normalmente ela é feita com o pessoal que tem mais a formação das SES; o controle e avaliação é o pessoal que teve a formação e utiliza instrumental do INAMPS, não reconhece o instrumental da SES que é o do planejamento, e o pessoal da regulação é o “moderno”, que normalmente está ligado no espaço mais importante, mais perto do secretário, porém também eles não reconhecem os instrumentos das planilhas do planejamento nem os instrumentos do controle e avaliação. Há uma “dislexia” na estrutura interna de muitas secretarias para dar conta e acompanhar o PDR. A parte de vistoria de serviços e de cadastro está

sendo assumida pelos controle e avaliação, e a Vigilância Sanitária está tendo uma participação ainda secundária nesse processo. Então do ponto de vista da implantação, o mais grave é a perspectiva de como as SES vão se organizar internamente para dar suporte à pactuação que ela mesma está coordenando. Algumas secretarias têm estrutura para fazer controle e avaliação de serviços, mas não estão estruturadas para fazer o controle e avaliação de sistemas, que é uma lógica muito diferente e que terá de ser criada, porque o instrumental do INAMPS não dá conta desse conteúdo, e isso é um desafio para as três esferas de governo. Dr. Renilson ponderou que não dá para pensar em ter um sistema de saúde sem ter controle e avaliação integrado com a regulação e com o planejamento, e que esta é uma questão fundamental. É preciso elaborar algum documento e botar na rua, até para ser criticado, mas começar a definir algum caminho a ser seguido, porque mesmo reconhecendo que sejam insuficientes, o volume de recursos que está sendo gerido pelas SES ou SMS quando em Plena, é significativo e justifica ter uma estrutura para dar conta disso. Além disso, se o recurso é insuficiente o processo tem que ser muito mais competente para conseguir fazer com que tenha acesso ao serviço quem realmente precisa, e ter muito mais um privilégio da demanda do que da oferta. No SUS, na maioria dos casos a oferta ainda é quem comanda, seja ela de prestador público ou privado, e precisamos mudar esse jogo. Destacou a situação do Mato Grosso do Sul dizendo que o estado apresentou uma proposta que tem começo, meio e fim, e que deve ser feita alguma demonstração do reconhecimento do avanço da sua proposta, que deveria ser tomada como exemplo pelos demais estados. O fato de não ter obtido ainda a aprovação da Secretaria da Fazenda não diminui em nada a qualidade do trabalho, porque se todas as SES tivessem uma proposta desse nível para apresentar às Secretarias da Fazenda, talvez se conseguisse andar bem melhor e melhorar financiamento do SUS de forma mais rápida. Então no entendimento da SAS, o modelo e o resultado do trabalho feito pela SES/MS, deveria servir de exemplo para todas as SES. Dra. M^a Helena colocou que os técnicos que vieram às macros levaram uma agenda e que eles tem que enviar ao Ministério da Saúde com o cronograma de cada estado e a necessidade de acompanhamento e apoio técnico das duas secretarias: SPS e SAS. Nessa agenda há vários pontos que são de decisão política, que os técnicos não vão poder decidir se não tiverem espaço com seus

secretários. Solicitou que os secretários se empenhassem para agilizar o processo. **8)**

Informes: 8.1 – Cartão SUS – Dra. Patrícia Luchesi informou que seria distribuído um documento contendo uma listagem das contribuições de vários participantes de um fórum de discussão por ela coordenado na Internet, no âmbito de um projeto chamado “Descentralização on - line”, que mensalmente faz um resumo dos temas que são abordados aqui na Tripartite e eleger um para fazer a discussão no fórum. O projeto objetiva promover a interlocução das áreas acadêmicas com as áreas executivas do sistema e conseguir acumular contribuição de universidades e de quem esteja nos Núcleos de Saúde Coletiva, para poder subsidiar o processo de discussão na Tripartite. Este projeto ainda está em fase experimental e está sendo aperfeiçoado. Nesse mês houve uma discussão sobre o Cartão SUS na qual o Ministério entrou no fórum para responder, e como a discussão ficou interessante e tem umas respostas que interessam a vários gestores, será distribuído um relatório do fórum só para divulgar a informação porque ela foi sistematizada à partir de uma pergunta de um secretário municipal, para que num outro momento com o projeto já modificado seja feita uma apresentação mais abrangente. Achamos que vale a pena distribuir hoje porque se trata de um debate entre participantes do fórum dos secretários municipais e a resposta do Ministério. O projeto é uma parceria da Secretaria Executiva com a Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, e o endereço da página é: <http://www.ensp.fiocruz.br/descentralizar> onde podem ser encontradas as informações sobre o projeto e a síntese das reuniões de maio/2000 até hoje. **8.2) Racionalização de Energia Elétrica –** Dr. Renilson solicitou a ajuda do CONASS e CONASEMS porque diante da crise de abastecimento de energia há uma grande preocupação com a área assistencial: hospitais e outros tipos de serviços. Na área hospitalar sabe-se que como mais da metade dos hospitais brasileiros são hospitais muito pequeno porte, seguramente eles não tem geradores nem para o mínimo das áreas prioritárias dentro do hospital. Disse ter enviado ofício para todos os Secretários Estaduais de Saúde solicitando que cada secretaria fizesse uma avaliação e apresentasse o plano de equacionamento. Esses pequenos hospitais não fazem procedimentos de grande complexidade, não tem Terapia Intensiva, etc, e a eletricidade é mais para iluminar mesmo, então não haverá maiores problemas. O mais complicado são hospitais intermediários e que não tem gerador. Não temos ainda uma posição sobre se vai ser

possível privilegiar os hospitais e os serviços de saúde num eventual racionamento. Até agora recebemos resposta apenas da SES/MG, e estamos aguardando resposta dos demais estados para ver o que pode ser feito. Dr. Barjas disse que queria reforçar as palavras do Dr. Renilson e que hoje a tarde haverá uma reunião no Gabinete do Ministro, com representantes do CONASS, CONASEMS e da Federação dos Hospitais, para que se possa fazer um bom diagnóstico, um bom balanço e não ser pegos de surpresa. É importante ficar atento e fazer racionalização de energia para evitar os apagões. Fizemos uma reunião nesta sala durante 4 horas e por iniciativa do Dr. Renilson foram apagadas e luzes laterais o que possibilitou um economia de 2/3 e não dificultou em nada os trabalhos. Isso é que deve ser feito em todos os lugares e tentar detectar o que pode ser feito do ponto de vista emergencial para que uma determinada região não tenha problema na sua rede hospitalar. Grande parte dos problemas não serão resolvidos no âmbito federal, mas sim no estadual onde estão as companhias de energia elétrica que tem a dimensão da localização de quem tem ou não gerador. É o papel que os secretários têm de fazer junto aos governadores e principalmente entre as companhias distribuidoras de energia. Dr. Renilson informou que haverá hoje uma reunião as 3 horas para discutir a Portaria que dispõe sobre a recomposição de teto, que vem causando muitas dúvidas. Dr. Neílton lembrou que o congresso do CONASEMS terá uma abertura oficial no dia 30 à noite, que nos dias 29/30 serão feitas oficinas com temas atuais, e que o lançamento do Relatório da Conferência será feito no dia 31 à tarde, numa reunião extraordinária do Conselho Nacional de Saúde. Dr. Barjas agradeceu a todos e encerrou a reunião.

Visto:

Ministério da Saúde

CONASS

CONASEMS



Ministério da Saúde
Secretaria Executiva
Comissão Intergestores Tripartite
Secretaria Técnica

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT

REUNIÃO ORDINÁRIA DE 17/5/2001

RESUMO EXECUTIVO

O Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite, conduziu a 4ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, realizada no dia 17.05.2001.

Pontos de Pauta:

1 – Assistência Pré-Natal e Parto – Os principais objetivos do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento são: captar precocemente a gestante no primeiro trimestre da gestação e garantir o acesso aos exames laboratoriais básicos do pré-natal, aos diferentes níveis de complexidade, e a vinculação com o parto. O programa tem 03 componentes: 1) pré-natal – que conta com incentivos financeiros e produção de material técnico; 2) - organização das referências e regulação da oferta de vagas para a assistência ao parto e ao recém nascido; 3 - nova forma de pagamento da assistência obstétrica e neonatal. Para aderir ao programa o município deve estar habilitado em alguma forma de gestão segundo a NOB/96, dispor de um sistema de atenção à gestação que garanta os requisitos mínimos de assistência, e estabelecer mecanismo de vinculação da mulher a um hospital onde se dará o parto. Considerando que na maioria dos municípios, a assistência desde a gestação até o nascimento não se esgota em um único município, o processo de adesão passa necessariamente pelo estado, que deverá ter sua organização regional estruturada para esse tipo de assistência.

2 – Bolsa Alimentação – O programa visa ampliar os esforços no sentido de enfrentar o problema da desnutrição em crianças e gestantes, em populações de alto risco. Um documento relativo ao programa foi distribuído aos membros da Tripartite para ser analisado, sendo pautada a sua discussão para a próxima reunião.

3 – Financiamento do PABA – está sendo discutida no âmbito do orçamento do Ministério da Saúde a possibilidade de ampliação dos recursos para a Atenção Básica, e a estratégia para isso está direcionada à expansão e melhoria do Programa da Saúde da Família-PSF. Atualmente existem 10.500 equipes do PSF trabalhando, e 4.000 outras já classificadas, e dentro da estratégia do PSF foram criados e estão em andamento os programas de Interiorização da Saúde e Assistência Farmacêutica Básica. Há o entendimento de que um elenco cada vez maior de procedimentos deve ser colocado no PAB, e que deve ser melhorado o seu financiamento e seu fluxo de recursos, cuja regularidade precisa ser mantida, porém há problema de ordem financeira. O Ministério da Saúde fez um pedido de

suplementação superior a R\$1.000.000.000,00 ao Ministério do Planejamento e enquanto não houver uma definição, não se pode estabelecer um valor para o PABA.

4 – Centrais de Regulação da Assistência à Saúde – a questão será apresentada e discutida na próxima reunião da CIT.

5 - Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças - ECD
– foram certificados 140 municípios com vigência a partir de 1º de junho de 2001, sendo:

- ▶ 34 municípios da Bahia
- ▶ 02 do Ceará
- ▶ 14 de Goiás
- ▶ 10 do Maranhão
- ▶ 24 de Minas Gerais
- ▶ 43 do Piauí
- ▶ 07 do Rio Grande do Norte
- ▶ 01 do Rio Grande do Sul
- ▶ 03 de Santa Catarina
- ▶ 02 de São Paulo

6 – Implantação da NOAS – Situação Atual – foram apresentadas informações extraídas das reuniões macrorregionais que ocorreram no período compreendido entre 15 de março e 10 de maio, cuja pauta incluiu a avaliação da condição de regionalização, na qual se discutiu: a) - a compatibilidade da proposta de regionalização dos estados com relação a NOAS, e um roteiro de avaliação da estrutura da Atenção Básica nas Secretarias Estaduais de Saúde. Sobre este aspecto, os estados se apresentaram em estágios diferentes: os estados do RN, PI, RR, RO AP e DF encontram-se em situação muito incipiente, enquanto que os estados AM, ES, GO, PA, PB, PR, RJ e SC estão fazendo o diagnóstico e o primeiro rascunho do PDR. Os estados de AL, BA, CE, MA, MT, MG, RS, SE, SP e TO já têm o diagnóstico e estão adaptando o processo para negociação com o COSEMS. O Mato Grosso do Sul apresentou uma proposta muito interessante, na qual a implantação da NOAS foi casada com a Emenda Constitucional, e foi feita uma proposta para o custeio e investimento com os recursos estaduais. b) o processo de pactuação no qual observou-se 3 níveis de avanço: há estados que ainda estão fazendo a proposta para dentro, outros já negociaram com o COSEMS e outros já estão negociando com os prefeitos, tendo outro nível de decisão em relação ao PDR. O dado mais preocupante do ponto de vista da consolidação se reporta à condição dos serviços de controle e avaliação, que não estão preparados para acompanhar os Termos de Garantia de Acesso.

Algumas secretarias tem estrutura para fazer controle e avaliação de serviços, mas não estão estruturadas para controlar e avaliar sistemas, que é uma lógica diferente e que terá de ser criada, o que se constitui num desafio a ser enfrentado pelas 3 esferas de governo. O Ministério da Saúde aguarda que cada estado proceda o envio de seu cronograma, e o levantamento de suas necessidades em termos de acompanhamento e apoio de técnico da SAS e da SPS.

7 – Extra Pauta:

7.1 – Comentários sobre a PEC – atendendo convite do CONASEMS o Deputado Federal Darcílio Perondi, membro da Comissão de Seguridade da Câmara do Deputados, teceu considerações na Tripartite a respeito do esforço empreendido para aprovação da PEC e sobre o Parecer do Procurador Geral do Ministério da Fazenda que tira da saúde cerca de R\$1.200.000.000,00 por ano, nos próximos 4 anos. Informou que a Comissão fez um contato com a Advocacia Geral da União e com o Tribunal de Contas da União, pedindo que fosse feita uma análise e a emissão de um parecer sobre a interpretação do Procurador, e que o CONASS e o CONASEMS deveriam fazer uma ação urgente junto a esses órgãos, no máximo nos próximos 15 dias, manifestando a preocupação dos que estão na ponta. Sugeriu que também fosse feita uma ação na área das lideranças da Câmara e do Senado, e se dispôs a ajudar no agendamento dos encontros. Finalizou dizendo que a pressa se explica, porque a nova proposta do orçamento de 2002 está sendo elaborada e não deve ser baseada neste parecer, e além disso é necessário recuperar a parcela de recursos deste ano. O Secretário Executivo do Ministério da Saúde, Dr. Barjas Negri, agradeceu a colaboração e as informações do Dr. Perondi e relatou que o Ministério da Saúde já fez um recurso à Advocacia Geral da União sobre a questão.

7.2 – Programa Viva Mulher/Campanha de Prevenção do Câncer de Colo Uterino – foi feita a apresentação dos dados relativos à avaliação da Campanha de 1998, comparados aos resultados do Programa Viva Mulher e os resultados que estão sendo obtidos após a campanha. A análise dos dados confirmou a tendência observada em quase todos os países de que a rotina não consegue por si só resolver o problema, porque se perde ao longo do tempo exatamente as mulheres que estão sob maior risco. A sugestão é de que sejam realizadas campanhas a cada 3 anos, para incluir as mulheres na faixa de 35 a 49 anos, especialmente aquelas que nunca fizeram exame. A proposta é de que se faça uma nova campanha em outubro, e foi acordada uma reunião com técnicos de todos os estados para fazer uma avaliação do momento atual, saber quais são os problemas existentes e o que precisa ser previsto. O resultado desta reunião será apresentado na próxima reunião da Tripartite.

7.3 - Recurso do Município de Cajazeiras/PB – a proposta apresentada e aprovada na Tripartite foi de que fosse feita a habilitação do município de Cajazeiras na Gestão Plena do Sistema, porém a Portaria só será publicada após a definição do valor do teto, que ainda está sendo acordado.

7.4 - Recurso do Município de Pedras de Fogo/PB – considerando que toda a documentação estava correta, e a declaração do Sr. Secretário Estadual de Saúde da Paraíba de que o estado é que não encaminhou o processo à Tripartite em tempo hábil por um erro de interpretação dos prazos, foi aprovado o pleito de habilitação na Gestão Plena do Sistema, do município de Pedras de Fogo/PB.

7.5 – Cartão do SUS – foi distribuído documento contendo as contribuições de vários participantes do fórum sobre o Cartão SUS, realizado dentro do projeto Descentralização On-Line, que mensalmente faz um resumo dos temas abordados na Tripartite e elege um deles para fazer a discussão no fórum. O projeto é uma parceria da Secretaria Executiva com a Escola Nacional de Saúde Pública da

FIOCRUZ, e visa promover a interlocução das áreas acadêmicas com as áreas executivas do sistema e conseguir acumular contribuições de universidades e dos núcleos de Saúde Coletiva, para subsidiar o processo de discussão na tripartite. Na página <http://www.ensp.fiocruz.br/descentralizar> podem ser encontradas informações sobre o projeto e a síntese das reuniões desde maio de 2000, até agora.

7.6 – Racionalização de Energia Elétrica – o Secretário de Assistência à Saúde encaminhou ofício aos Secretários Estaduais de Saúde solicitando que cada Secretaria fizesse uma avaliação das condições dos hospitais e serviços de saúde, elaborasse o seu plano de equacionamento da questão e enviasse para o Ministério, para que se possa fazer um bom diagnóstico e ver o que pode ser feito do ponto de vista emergencial, para que não haja problema na rede hospitalar. Foi informado que hoje à tarde será realizada uma reunião no gabinete do Sr. Ministro da Saúde, com a participação de representantes do CONASS, CONASEMS e da Federação dos Hospitais, para fazer um balanço da questão.