



Ministério da Saúde  
Secretaria Executiva  
Comissão Intergestores Tripartite  
Secretaria Técnica

<b>10ª Reunião Ordinária 2001</b>	<b>ATA DA REUNIÃO</b>	<b>18.11.01</b>
-----------------------------------	-----------------------	-----------------

### 1. MEMBROS DA COMISSÃO

<b>MINISTÉRIO DA SAÚDE</b>			
Órgão	Representante	T/S	Frequência Acumulada
<b>SE</b>	Barjas Negri	Titular	10/09
	Otávio Mercadante	Suplente	
<b>SAS</b>	Renilson Rehem de Souza	Titular	09/10
	Maria Helena Brandão	Suplente	
<b>SPS</b>	Cláudio Duarte da Fonseca	Titular	10/09
	Tânia Lago	Suplente	
<b>ANVS</b>	Luís Carlos Wanderley Lima	Titular	
	José Agenor Alvares da Silva	Suplente	04/10
<b>FUNASA</b>	Mauro Ricardo Machado Costa	Titular	
	Jarbas Barbosa da Silva Jr.		06/10

<b>CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS</b>			
Região	Representante	T/S	Frequência Acumulada
<b>N</b>	Francisco Deodato Guimarães	Titular	
	Grace Mônica Alvim	Suplente	
	Marta Oliveira Barreto	Titular	09/10
<b>NE</b>	Anastácio de Queiroz e Souza	Suplente	
	José da Silva Guedes	Titular	09/10
<b>SE</b>	João Felício Scárdua	Suplente	
<b>S</b>	João José Cândido da Silva	Titular	06/10
	Armando Martinho B. Raggio	Suplente	
<b>CO</b>	Fernando Passos Cupertino	Titular	09/10
	Izaías Pereira da Costa	Suplente	

<b>CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE - CONASEMS</b>			
Região	Representante	T/S	Frequência Acumulada
<b>N</b>	Eliana Pasini	Titular	09/10
	Márcia Helena C P Veloso	Suplente	
	Sílvio Mendes	Titular	06/10
<b>NE</b>	Jorge Sola	Suplente	
	Valter Luís Lavinias	Titular	
<b>SE</b>	José Enio Sevilha Duarte	Suplente	06/10
	Francisco Isaias	Titular	
<b>S</b>	Luciano Ducci	Suplente	
<b>CO</b>	Otaliba Libânio de Moraes Neto	Titular	06/10
	Beatriz Figueiredo Dobkshi	Suplente	

## 2 - ASSESSORES E CONVIDADOS

1.	DEILDES PRADO	ST/CIT/SE
2.	LOURDES VIRGÍNIO	ST/CIT/SE
3.	KARDSLEY SOARES GUIMARÃES	ST/CIT/SE
4.	PAULO MATSUOKA	SES/RR
5.	MARIA CRISTINA CARVALHO	GQV/MA
6.	MARIA DAS MERCÊS	GQV/MA
7.	ADELIANA DAL PONT	SMS/SÃO JOSÉ/SC
8.	ANA MARIA JANSSEN	JOINVILLE/SC
9.	MARIA DE FÁTIMA	SMS/SP
10.	JORGE VILLA BOAS	SES/AL
11.	JOSÉ HUMBERTO	SMS/ITABERABA/BA
12.	AMAURY DANTAS	SMS - BELÉM-PA
13.	SIVESTRE AGUIAR	ANVISA/ADAVS
14.	ANTONIO MENDES	SMS/RECIFE
15.	PATRÍCIA LUCCHESI	ENSP/FIOCRUZ
16.	JOHNSON ARAÚJO	SAS/DGA/MS
17.	JOELLYNGTON SANTOS	CONASEMS
18.	NILO BRÊTAS	CONASEMS
19.	MARIA JOSÉ LINGUANOTO	SES/SP
20.	IRACEMA FERMON	SAS/MS
21.	CINTHIA DE ARAÚJO	DAB/SAS/MS
22.	FLÁVIA REGINA DE MORAIS	DAB/SPS/MS
23.	RAIMUNDO ALVES COSTA	SESSACRE
24.	TEREZINHA MOREIRA	SAS/DGA
25.	ALBERTO PRETO	CONASEMS

### **3. PAUTA**

**1.**

#### 4 - DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

O Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite - CIT- Dr. Barjas Negri, conduziu a 10ª Reunião Ordinária da CIT no dia 22 de novembro de 2001.

**1 - Plano de Reintegração Social de Pacientes de Longa Permanência e Redução Gradual de Leitos de Macro Hospitais Psiquiátricos - Dr. Renilson** - informou que no período de 11 a 15 de dezembro será realizada a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental para a qual estão sendo desenvolvidos alguns trabalhos, e hoje serão apresentados à CIT dois assuntos que estão sendo colocados para pactuação e que se referem: a) - **financiamento da área hospitalar**, objeto de uma Portaria que faz a diferenciação de valor de acordo com o corte do hospital, procurando pagar melhor aos hospitais menores para incentivar uma redução de tamanho dos hospitais, o que tem uma série de aspectos positivos mas também tem gerado dificuldades; b) - **a questão dos macro hospitais e provável excesso de leitos hospitalares**, e uma proposta de negociação com uma meta diferente para cada estado, no sentido de ter metas específicas de redução progressiva desses leitos e a ampliação de outras ofertas alternativas não hospitalares. **O Coordenador da Área de Saúde Mental da SAS - Dr. Pedro** - colocou que a idéia é de estabelecer uma planificação discutida com os diversos estados e municípios para o processo de modernização da rede de hospitais psiquiátricos. Há um problema crucial na assistência hospitalar para os pacientes mais graves porque apesar de haver cerca de 62.000 leitos psiquiátricos, estes são leitos de baixa resolutividade, já que o tempo médio de internação - média nacional - é de 48 dias, chegando a 60/70 dias em alguns lugares, e em função disso, os hospitais não oferecem vagas para o sistema extra-hospitalar. Então para a resolução do problema o atendimento extra-hospitalar precisa crescer - aumentar o número de NAPS/CAPS - e o sistema hospitalar terá que ser mais eficaz e mais integrado à rede. A proposta é tomar os macro hospitais situados em 14 estados e dividi-los em 2 grupos: hospitais que têm entre 240 e 400 leitos e aqueles acima de 400 leitos, e fazer uma redução proporcional dos seus leitos, deixando os hospitais de menor porte, que tendem a ser mais resolutivos e a se articular mais facilmente a rede extra-hospitalar, com o número atual de leitos. Essa redução de leitos se faria progressivamente em 2 anos de forma pactuada com os estados, incidiria sobre os macro-hospitais e se acompanharia da criação de recursos extra-hospitalares, especialmente de Serviços Residenciais Terapêuticos que utilizaria os mesmos recursos financeiros utilizados para o pagamento da internação no macro hospital. O gasto com um paciente internado num macro hospital é suficiente para o pagamento de uma residência terapêutica, é o mesmo valor que a PRT que instituiu a APAC de Residências Terapêuticas estabelece para o financiamento desse sistema. Existe um total de cerca de 230 hospitais psiquiátricos, e o programa vai incidir sobre 65 deles que tem um total de 27.300 leitos, e estão concentrados nos estados de: AL, BA, ES, GO, MA, MG, MT, PB, PE, PI, PR, RJ, RN, RS e SP. Se forem considerados apenas os hospitais com mais de 400 leitos temos 30 hospitais, e a idéia do Ministério da Saúde é de que esses hospitais são absolutamente inadequados para o atendimento em Saúde Mental, já que muito deles chegam a concentrar 80% dos seus pacientes em

internações de longuíssima permanência, de tal maneira que algumas vezes tem-se hospitais de 1.400 leitos que oferece apenas eventualmente 80 vagas. São hospitais que na verdade estão fora do sistema e que mantêm os pacientes por longa permanência, sem contato com a família, e sem nenhuma perspectiva de reintegração social. São o resultado de uma distorção historicamente acumulada, não é culpa de nenhum gestor ou dono de hospital, mas que pode ser modificada sem grandes traumatismos dentro de uma planificação. Considerando-se o número de leitos por 1.000/hab, os estados que têm maior concentração são: RJ, PE, GO, AL. Então esse indicador leitos/1.000 hab, seria utilizado para se pactuar com o gestor estadual o ritmo de redução. O problema dos estados com grande concentração de leitos é que eles têm maior dificuldade institucional, cultural etc, de fazer a rede extra-hospitalar. Foi apresentada uma tabela mostrando a distribuição dos serviços extra hospitalares no Brasil, onde consta que em 1996 havia apenas entre 140/150 serviços do tipo CAPS e NAPS, e desde então tem havido um aumento significativo desses serviços, havendo atualmente 295 serviços funcionando em todos os estados, à exceção do Piauí na região nordeste, e dos estados de RO, RR, AC, AM, AP na região norte. A idéia é de colocar o número de leitos que cada estado possui em hospitais de grande porte e aplicar um redutor a ser discutido com o gestor estadual e também com o gestor municipal dependendo da sua localização. Esse redutor estabelecerá uma meta para os próximos 6 meses, após os quais essa meta é avaliada. Assim, até 2004 teríamos uma redução previsível, projetada no tempo e capaz de ser ajustada se ela não estiver sendo devidamente acompanhada da criação de serviços externos. Temos ainda no Brasil hospitais com mais de 1.200 leitos, que são verdadeiras aberrações, e neste sentido é bom sempre citar o exemplo do hospital de Paracambi no RJ que tinha há 1 ano atrás 1.510 leitos e hoje tem 1.240 sem que nenhum paciente tenha sido transferido para outro hospital. Os pacientes estão sendo reintegrados aos seus municípios de origem e esses municípios estão recebendo apoio, inclusive financeiro, para poder absorver esses pacientes em serviços residenciais ou outras formas de integração, por exemplo, na própria família. A idéia desse plano é de dar uma direcionalidade para a reforma psiquiátrica com controle por parte de cada estado, com variações regionais, atendendo à regionalização em cada estado e também aos indicadores de número de internações, de demanda por internação e a existência ou não de serviços localizados no território. Tudo isso vem no bojo de uma discussão que foi feita sobre a classificação dos hospitais psiquiátricos no sentido de investir na melhoria da qualificação do parque hospitalar no Brasil. Foi feita uma proposta que se tornou a PRT 465 que busca estimular uma diferenciação dos hospitais de acordo com as suas características de produção e de capacidade de aderir e se integrar à rede externa. Essa PRT está sendo revista no sentido de incluir uma lógica segundo a qual ao sistema interessa os hospitais de pequeno porte, dado que o atendimento psiquiátrico que eles realizam é melhor porque eles têm mais facilidade de se integrar à rede externa, são mais resolutivos e têm mais possibilidades de estabelecer um projeto terapêutico diferenciado. Então, vão ser juntados na classificação: o número de leitos, e as faixas de porte dos hospitais com a pontuação obtida no Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH, que já está em curso e que foi adaptado para os hospitais psiquiátricos. A PRT 469 não conseguiu pegar a variável da manutenção do paciente internado, temos hoje 1/3

dos pacientes internados há mais de 5 anos ininterruptos, e mesmo paciente internado há mais de 20 anos no mesmo hospital sem nunca ter saído, então a idéia é tomar isso como pontuação objetiva nas avaliações dos hospitais, a serem feitas por equipes constituídas em cada estado de acordo com o preconizado na PRT 799 de julho de 2000. Então, se juntaria o PNASH de Psiquiatria com a proporção de leitos para estabelecer o valor das diárias de cada hospital, no sentido de induzir a criação de um estímulo financeiro para ter hospitais de pequeno porte com boa resolutividade e qualidade. A tabela feita associando a pontuação qualitativa com o tamanho do hospital cria 8 classes de hospitais com uma remuneração básica para cada uma dessas classes. Participam da discussão desses 2 projetos um representante da Federação Brasileira de Hospitais, e embora existam algumas nuances que estão sendo negociadas, no global, os gestores privados concordam com essa nova forma de gerenciar o parque hospitalar psiquiátrico no Brasil. **Dr. Renilson** - ponderou que a apresentação foi prejudicada pela falta de imagem, que a idéia é de dar conhecimento a todos dos princípios gerais, mas que o trabalho será feito com cada estado. **2 - Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças - ECD** - foram certificados 88 municípios com vigência de 1º de dezembro, sendo: 05 da BA, 17 do CE, 05 de GO, 05 do MA, 02 do PA, 11 da PB, 32 em PE, 01 no RN, 01 em SP e 05 no TO. **3 - NOAS - Processo de Implantação** - **Dr. Cupertino** - disse que após discussão com o CONASEMS e a SAS chegou-se a um consenso sobre as questões do comando único e da explicitação das referências, que já está sendo colocada em documento a ser encaminhado à Secretaria Executiva. **Dr. Sílvia** - disse que prevaleceu o bom senso no encaminhamento da questão. **4 - Biblioteca Virtual em Saúde - SPS/MS** - **Dra. Beatriz Tess**, informou que trata-se de um projeto financiado pelo MS - SPS/DECIT com lançamento oficial previsto para março de 2002 - **Dr. Abel Parker**, Presidente da BIREME, colocou que o projeto da Biblioteca visa fortalecer os conhecimentos na área acadêmica e também na área da gestão em saúde pública. O projeto está ligado diretamente à idéia de construção da sociedade da informação, da sociedade do conhecimento e do aprendizado contínuo. O princípio básico é de que o acesso à informação científica é essencial para o desenvolvimento e que a equidade em saúde depende do acesso equitativo à informação científica. A idéia então é de que com a construção da Biblioteca se possa subsidiar e premiar os processos de decisão, incluindo formulação de políticas, planificação, gestão, pesquisa, educação e atenção. Deverão ser criados cenários onde as decisões em saúde sejam progressivamente baseadas no conhecimento, buscando a contextualização da informação, já que devido às desigualdades geográficas e à diversidade dos problemas de saúde no país, ela é imprescindível. O fluxo de informação se dá pela geração da informação, seja através da produção de: manuais, protocolos, diretrizes, legislação e de artigos científicos, que tem todo um processo clássico de mediação. Esse processo está hoje sendo todo remodelado pela Internet, o esquema tradicional onde se escreve um documento, manual ou artigo científico, que vai para um processo de revisão e progressivamente entra um processo de indexação em base de dados, vai para as bibliotecas e centros de documentação, é um processo que se dá em instâncias separadas fisicamente. Esse processo antigo gera problemas para atender universalmente o acesso à informação, e já com a Internet a idéia é de que tudo seja feito num único lugar e aí mesmo seja operado, de modo que toda a

documentação necessária ao Sistema de Saúde esteja disponível nesse espaço da Biblioteca Virtual em Saúde. Então, a biblioteca se propõe como processo inovador, construir esse espaço chamado de cooperação e de convergência dos produtores e intermediários que operam hoje de forma isolada no país. O projeto busca o acesso democrático à informação, o controle e a preservação da produção, controle de qualidade e avaliação, dando visibilidade à produção das SES, do MS e das Universidades e promover também o desenvolvimento dos fluxos locais de informação para atender as necessidades dos Secretários Municipais e Estaduais. A Biblioteca de Saúde Pública que é uma iniciativa do MS está integrada a um projeto mais amplo em nível de América Latina e Caribe, o que significa que a iniciativa e a produção dos serviços de saúde no Brasil pode também ter influência e interagir com a produção da América Latina, o que é importante para nós. O projeto é dirigido por um Comitê Consultivo Nacional, que atua como uma espécie de conselho editorial, e a idéia é que ele seja implantado em 18 meses com base em 6 projetos específicos prioritários. Esse Comitê está formado por representantes da ABRASCO, BIREME, FIOCRUZ, Faculdade de Saúde Pública da USP, SPS/MS - Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Administração através da Coordenadoria de Documentação, da Representação da OPAS no Brasil e está entrando também toda a parte das Agências de Informação e de Gestão de Ciências no Brasil, CNPQ, IBIC e PROCIT. Os projetos específicos são: 1- Controle Bibliográfico da Literatura em Saúde Pública no Brasil - hoje não há um lugar onde se tenha acesso à produção de todas as Secretarias do MS, e esse projeto é específico para estabelecer uma rede onde essa produção esteja acessível e disponível. 2 - Coleção de Textos Completos em Saúde Pública - já está avançado e o MS já tem em seu site cerca de 70 documentos e a expectativa é de se ter 150 em março de 2002 e no final do projeto chegar a 300 a 400. 3 - Terminologia em Saúde Pública - que é um projeto estratégico para o Brasil, no sentido de que o domínio do conhecimento de Saúde Coletiva e Saúde Pública é descrito por uma terminologia compatível com a terminologia internacional de modo que se possa utilizar o português de maneira equivalente ao espanhol e o inglês no acesso às fontes de informação. 4 - Localizador de Informações em Saúde Pública na Internet - que é um lugar onde as fontes de informações sobre saúde pública já foram selecionadas e cuja qualidade já foi avaliada, de modo que não se fique perdido na Internet. 5 - Capacitação - voltado para a capacitação das Secretarias, produtores intermediários e usuários. 6 - Fontes de Informação para Tomadores de Decisão em Saúde - ou seja, como construir uma biblioteca que progressivamente subsidiem as secretarias municipais e estaduais no processo de decisão. Este projeto está orientado para apoiar os processos de decisão a partir de um conjunto de problemas e tópicos prioritários que foram definidos pelo MS, e o sentido esperado é contribuir para o uso da informação científica no processo de gestão. Essa seria uma coleção dinâmica que deverá crescer sempre, de modo descentralizado. Com relação ao encaminhamento do projeto, ele conta com um grupo focal com representantes do CONASS, CONASEMS e das Secretarias, que está definido a estratégia, as linhas de ação e o desenho, e já foram definidos 5 tópicos de demandas prioritárias seguindo orientação do MS, bem como a realização de um piloto com 2 secretarias estaduais e 5 municipais, para ir avaliando a parte experimental do projeto. Esse projeto trabalhará com uma rede de consultores envolvendo todas as entidades brasileiras

relacionadas com saúde pública, e fará o desenvolvimento de 5 protótipos ao longo do próximo ano. A expectativa é de que a Biblioteca esteja em pleno funcionamento em agosto ou setembro, e os 5 temas são: Políticas Públicas em Saúde Pública, Legislação em Saúde (comentada e com orientação de uso), gestão propriamente dita (que contaria com coleção de documentos selecionados com metodologia, tutoriais, guias, etc.), incluindo cursos à distância para orientar processos, metodologias e medidas, e concretamente como fazer uma gestão para a redução de mortalidade infantil, implementá-la num conjunto de municípios e depois ver o efeito que isso trará; O último tema é o objetivo de organizar o sistema de informação orientado para atender o PSF, em particular os centros de formação de recursos humanos. Dra. Beatriz – disse que este trabalho vem sendo desenvolvido há 1 ano e meio, e que será um instrumento bastante eficiente para os gestores. **5 - Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer** - não foi apresentado. **6 - Indicadores de Epidemiologia e Controle de Doenças. Dr. Jarbas** - disse tratar-se de trabalho realizado pelo grupo constituído há 3 meses atrás aqui na CIT por representantes do CONASS, CONASEMS e FUNASA, para fazer uma discussão conjunta da PPI de ECD para 2002. O grupo trabalhou bastante, e elaborou uma proposta condensada contendo uma série de alterações que em sua maioria ocorreram no sentido de concentrar ou excluir ações que tem mais o caráter de não serem atividades permanentes, e portanto, de não serem realizáveis por todos os gestores, de maneira que a PPI 2002 ficará mais enxuta e possibilitará um processo de pactuação mais adequado. As principais mudanças são: **na área de notificação** - a PPI anterior previa uma estimativa de intensificação para várias doenças e na prática isso causava um problema, então foi deixado apenas a intensificação para a paralisia flácida aguda, porque há uma expectativa de ocorrência todo ano com taxa conhecida, e para a sífilis congênita. As demais notificações vão ser acompanhadas não pela expectativa de notificação, mais pela regularidade e oportunidade de notificação do SINAN. Em relação **à investigação**, que era genérica para todas as doenças de notificação compulsória, foi excluída a dengue porque com o volume de casos não tem necessidade epidemiológica nem factibilidade de fazer investigação caso a caso. O **laboratório** agora ficou restrito às doenças exantemáticas. Na área de **fator biológico** o que está previsto é apenas a qualidade da água. Na área de **vigilância de doenças transmitidas por vetores** foi feito um processo de exclusão e de concentração, por ex. na questão de identificação e eliminação de focos de *aedes aegypti* e que além disso tinha a realização de pesquisa larvária para levantamento do índice de infestação, permaneceu só a realização da identificação, tendo em vista que esta fornece a base para se construir os indicadores de infestação. Verificou-se que a vigilância de pontos estratégicos do *aedes aegypti* e *aedes albopictus* em municípios aonde não tem implantação de vigilância entomológica era inviável. Foi suprimida a realização de coleta de flebotômico com envio de amostra para laboratório de referência e a coleta de anofelino em município da região extra amazônica para fazer a carta anofebes, e também a realização de pesquisa de triatomíneo bem como várias ações que dizem respeito à realização de ensaios biológicos para avaliação de eficácia. Em relação à área de **vigilância de hospedeiros e reservatórios**, as ações de esquistossomose e de peste não sofreram alterações, mas foram atualizados os parâmetros utilizando como ano base o ano de 1999. Na área de **imunização de reservatórios** foram juntadas as ações

de campanhas de vacinação anti-rábica em gatos e cães em uma só, e foi suprimida a vacinação de rotina em cães apreendidos em área de CCV por considerar que isso é um detalhe, e que deveria estar dentro da PPI: o compromisso com as ações de vigilância epidemiológica em relação a raiva e com a ação da vacinação executada na campanha. Na área de controle de leishmaniose visceral, a realização de eutanásia de cães tem uma alteração de parâmetro, que passa a ser o número de amostras de soro com confirmação laboratorial, e isso significa uma mudança operacional grande. Foi proposta uma inclusão que é curar casos de tuberculose, que estava contemplada dentro da PPI somente com a notificação. Reduzir raiva humana transmitida por animais domésticos cão e gato, e reduzir a incidência de tétano neo-natal foram excluídos, porque elas estavam contaminando a PPI que na verdade é uma programação de ações com indicador epidemiológico. Implantar vacinação de rotina com vacinação anti-rábica muda, para implantar profilaxia com vacinação anti-rábica. Implantar e implementar notificação de eventos adversos pós-vacinação foi suprimida. Quanto à **implantação e implementação da vigilância epidemiológica de doenças transmitidas por alimento**, aí há um preciosismo porque há locais em que já está implantado, e aí a idéia é fortalecer e ampliar. Um ponto que não foi consenso é sobre a **investigação de óbitos de menores de 1 ano e de óbitos maternos**, mas a prática mostrou que isso é irrealizável, então o objetivo é ver se chegamos até o próximo ano com aumento da captação dos óbitos de menores de 1 ano, porque tem estado que ainda capta menos da metade dos óbitos realmente ocorridos, dentro do SIM., No caso de óbito materno, o número é pequeno e a proposta é de investigar 50% desses óbitos até para estar estimulando a criação dos Comitês de Mortalidade Materna. **Vigilância em tracoma** foi excluída. Na área de **divulgação de informação epidemiológica** não houve alteração e a idéia é de garantir a retroalimentação do sistema e a divulgação. Foi excluída também a **avaliação programática** já que envolve um grau de detalhamento grande e não pode ser obrigatória. **Captação de óbitos infantis** - muda a descrição para fazer avaliação registrada pelo SIM em relação ao SIAB, e aí temos a informar que foi feito um trabalho conjunto que resultou na elaboração de um manual que está no prelo, dirigido às instrutoras e supervisoras do PACS/PSF, para realizarem preferencialmente entre 10 e 20 de dezembro, a recuperação de óbitos infantis que estão registrados no SIAB e que não estão registrados no SIM. O SIM capta mais óbito infantil que o SIAB, na média o dobro, porém quando se vai para pequenos municípios a situação se inverte. Isto vai possibilitar o trabalho com dado real num número maior de estados. Está para ser lançado o IDB e sem dúvida a coluna mais vista e que causa mais polêmica é a da mortalidade infantil, e de novo pelo parâmetro que foi utilizado para validar, só vai ser possível usar dados diretos de 7 Unidades Federadas ou talvez 8, se for resolvida uma particularidade do DF, o que é extremamente ruim porque estimativa não capta o esforço que está sendo feito para acelerar a tendência de queda da mortalidade infantil. Os secretários vão receber um Ofício do Ministro pedindo o apoio e fazendo essa convocação, mais uma das estratégias é esse trabalho conjunto da FUNASA com a SPS por intermédio do Departamento de Atenção Básica, de fazer um processo de recuperação. Em relação aos **nascidos vivos** é a mesma idéia, ou seja, de fazer uma base de notificação, um processo de compatibilização dos sistemas que vai ser benéfico para os dois. Na parte de investigação do SINAN, antes se tinha realizar encerramento oportuno dos

casos, e aí se referia a todos os casos de notificação compulsória, algo que se mostrou irrealizável, e que está sendo substituído pelo preenchimento dos campos obrigatórios da ficha individual de investigação. Em relação ao **Programa de Educação em Saúde e Mobilização Social**, muda o parâmetro, e passa a contemplar o controle de doenças de relevância nacional como dengue, febre amarela, malária e chagas, deixando mais flexível para que o estado e o município adapte a sua realidade. Houve também uma questão de vacina sobre a qual não houve consenso: com o sentido de reduzir o número de ações houve uma proposta de se colocar na PPI apenas a Tríplice Viral e a Tríplice bacteriana, mais nós achamos que devem ser acrescentadas a pólio, BCG e Hepatite B para evitar má interpretação. A proposta está pronta e está sendo mandada formalmente para todas as SES, COSEMS etc..., para que em caso de não haver nenhuma outra alteração, os estados já comecem um processo de pactuação visando 2002. **Dr. Cláudio** - disse que a questão do Programa de Educação para a Saúde precisa ser melhor discutido para que não se volte a obrigar a maioria dos municípios, que tem menos de 20.000 habitantes, a estruturar um programa para 3 ou 4 doenças, e no sentido de que este programa possa ser inserido dentro de uma ação maior de promoção da saúde. **Dr. Barjas** - informou que os representantes no MS e a Comissão Bipartite do RJ encontraram uma boa solução para a cidade do Rio de Janeiro com relação a questão do teto para ECD, que foi focado na última reunião da CIT. Foi acordada a transferência de saldo de um município para outro e se pactuou uma transição pelo menos durante o verão, e sugeriu que as demais Secretarias Municipais observem a experiência do RJ, porque se há saldo em caixa em alguns e há a eminência de ter problemas durante o verão, é melhor repactuar esses recursos pelo menos durante um certo período, e se os estados tem alguma dificuldade em transferir recursos fundo a fundo, a sugestão é de olhar o caderno do gestor do MT: o Dr. Júlio encontrou uma saída criativa de transferência de recursos fundo a fundo da Secretaria Estadual para os municípios, um trabalho feito articulado com o Fundo Nacional de Saúde usando a mesma metodologia, e o mesmo amparo legal, eles conseguiram fazer um Decreto do Governador, dispondo sobre o amparo legal para o repasse. **Dr. Júlio Muller** - informou que o Caderno do Gestor Municipal de Saúde/MT contém o referido Decreto, diversas Portarias e Resoluções da CIB e do Conselho de Saúde, criando incentivos de repasse de recursos financeiros do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, encima das políticas prioritárias do Governo Estadual. Assim, estão sendo suplementadas equipes do PSF, foi criado o Programa de Agente Comunitário Rural, para o qual estão sendo colocados recursos para a contratação de Agentes Comunitários Rurais em todos os assentamentos rurais com mais de 50 famílias, recursos para a implantação de CAPS flexibilizando a legislação federal sobre o assunto e adaptando-a à Região Norte, diminuindo os exigências da PRT 224, porque a intenção é de implantar CAPS em todos os municípios com mais de 20.000 habitantes. Está sendo feito também o repasse fundo a fundo para a rede de reabilitação física, cujas unidades existem em 50% de municípios do Estado, enfim, tem um conjunto de medidas que já vinham sendo adotadas no estado e que foram incrementadas com o repasse fundo a fundo. Disse que no material tem uma proposta que já está sendo executada este ano na Escola de Saúde Pública no MT, no curso Integrado de Grandes Endemias, e que está sendo trazida para ser

discutida na Câmara Técnica do CONASS para posterior apresentação na Tripartite, e sobretudo à Fundação Nacional de Saúde, porque entendemos que temos que superar os modelos de capacitação fragmentados e desintegrados para atenção primária à saúde. Este é um módulo de 80hs/aula com o qual é feita a capacitação dos profissionais sobre as endemias transmitidas por vetores prevalentes no Estado, e também aquelas não transmitidas por vetores, como a Hanseníase, Tuberculose e AIDS. Disse que já está sendo fechado no seu estado o que está sendo chamado de Plano Microrregional de Saúde Coletiva, aproveitando as microrregiões criadas com base no modelo da atenção e foi feita uma proposta integrando as Vigilâncias Epidemiológica, Ambiental e Sanitária. Foi montada uma metodologia de trabalho, e o trabalho tem tido um resultado extraordinário pela oportunidade de discutir os indicadores da atenção básica e os programas de saúde. É uma proposta adaptada à nossa realidade e que pode ser aproveitada e melhorada por outros estados e municípios. **Dr. Ênio** - indagou se há algum estudo sobre a possibilidade legal de transferência de recursos entre fundos municipais. **Dr. Barjas** - respondeu que em princípio isso poderia ser feito desde que haja aprovação nas Câmaras Municipais, mas, disse achar que valeria a pena fazer uma consulta à Consultoria Jurídica e ao IBAM, e consultar também a Fundação Faria Lima em São Paulo, que tem experiência no assunto. Cumprimentou o Dr. Júlio Muller pelas publicações e pela proposta criativa para o repasse fundo a fundo do estado para os municípios, que pode ser assimilada por várias Secretarias. O debate a respeito do financiamento da atenção básica e da ampliação do financiamento para o PSF deve se aprofundar porque não dá para deixar isso apenas com a participação do Governo Federal. Dr. Jarbas - elogiou a atitude cooperativa da SES e do COSEMS/RJ para a solução do problema do RJ Disse que alguns estados já informaram sobre o plano de aplicação e todos os estados devem enviá-los para que se possa fazer uma síntese a ser apresentada na próxima reunião da Tripartite. Informou que foi feita a 2ª amostra de Experiências Bem Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças, parabenizou os Secretários Estaduais e Municipais que tiveram trabalhos selecionados, e revelou que uma das atividades foi uma oficina de trabalho sobre a experiência desses 2 anos de consolidação da descentralização, envolvendo várias áreas como: integração com o processo da regionalização, a questão dos recursos humanos, e dificuldades administrativas para a execução do teto, cuja síntese deverá ser trazida à CIT porque a idéia é de transformar o resultado dessa oficina na agenda de problemas que foram apontados como estrangulamentos ao avanço e estar pautando discussões já no primeiro semestre do próximo ano para ir acumulando soluções. **Dr. Cupertino** - indagou sobre a distribuição de veículos e outros materiais para a intensificação das ações de ECD. **Dr. Barjas** - informou que a maior parte dos veículos serão entregues pelas fábricas até o dia 10 de dezembro e a intenção é de fazer o repasse o mais breve possível. **7 – Informes CONASEMS - Dr. Sílvio** colocou 3 pontos como informes, mais solicitou encaminhamentos: **1) – Recursos Humanos** - dentro da lógica da constituição do SUS é muito clara a responsabilidade Tripartite com relação a recursos humanos, que é um problema complexo, grave, e há 5 anos este questionamento vem sendo levantado no CNS e na CIT, sem que se tenha pauta para discuti-lo. Solicitou então que o assunto seja colocado como ponto único de pauta da próxima reunião da CIT. Disse que em 10 de agosto foi encaminhado um Ofício ao Coordenador Geral de Recursos Humanos do MS

solicitando informações quanto à interpretação da PRT que regulamenta a cessão de pessoal do MS para estados e municípios, e até o momento não houve resposta. No dia 1º de outubro foi encaminhado um outro Ofício à Coordenadoria que também não foi respondido, e que diz o seguinte: "diversos conflitos na gestão de trabalho e em definição de responsabilidade dos 3 níveis de governo, especialmente das Secretarias Estaduais, comprometem a implantação do SUS na área de recursos humanos, com demandas providenciárias e judiciais para os gestores municipais" e solicita o agendamento de reunião da Diretoria do CONASEMS com o Primeiro Escalão do MS com pauta única relacionada Recursos Humanos. Adicionalmente foram listados alguns aspectos para os quais não se tem encaminhamento, tais como: 1) as formas de contratação e pagamento de Agentes Comunitários de Saúde para dengue e malária, que era uma ação executada pela FUNASA e que foi repassada para os municípios, mas não há instrumentos legais para essa relação de trabalho. 2) a questão do financiamento desses RH com o agravante da Lei de Responsabilidade Fiscal; 3) a questão extremamente grave, que é a aposentadoria e a reposição dos servidores federais na rede, a qual interfere na questão assistencial, restringido-a, porque trata-se geralmente de servidores do ex-INAMPS, servidores de referência que os municípios não tem como repor. Isso remete a outro tema que terá de ser discutido, já que estamos sendo apontados como restringindo o acesso à referência, por falta desses trabalhadores que são qualificados e estão na faixa de mais de 20 anos de trabalho e estão saindo do sistema por aposentadoria. Temos notícia de um acordo feito pelo MS com o estado de RJ, naturalmente provocado pela forte e grande rede hospitalar da cidade do RJ, onde o MS se comprometeu com financiamento dessa força de trabalho na substituição e na própria expansão da rede, então, a sugestão é de que esse tratamento seja extendido aos demais estados e municípios. A responsabilidade da atenção, das ações e serviços de saúde não é responsabilidade unilateral do município, ela é também do estado e do governo federal. Então a argumentação que existe é de que se há o repasse de recursos e se o município ou o estado é gestor, esse recurso não tem finalidade de pagamento de salário, sua finalidade é o pagamento das ações e serviços de saúde. Claro que há o incentivo do PACS, PSF e também do PAB, que pode ser usado para pagar pessoal, porém esse montante é insuficiente, e quando se organiza o sistema local de saúde há expansão de rede, do acesso e ainda gasto com medicamentos. Sugeriu que seja formada uma comissão tripartite hoje para discutir o problema e trazer o resultado na próxima CIT. 2) Outro problema é que a **Previdência Social** está tratando os municípios como se eles não fossem governo, existem notificações pelo país inteiro, tratando de coisas que não são da responsabilidade do município, como é o caso de Londrina, Terezina e vários outros, onde a Previdência Social está notificando para recolhimento do INSS do código 7 e do código 4. Isso exige uma ação política do MS com a Previdência Social para saber qual a solução para o problema. 3)- a questão do Sistema Nacional de Auditoria, que vem causando constrangimento, e para o qual solicitou ao Dr. Barjas respostas para as solicitações feitas pelo CONASS e CONASEMS ao Sr. Ministro em 18 de Julho e 30 de outubro/2001. Disse que existe um comportamento que a seu ver, além de ser ilegal traz instabilidade ao Sistema. No Ofício dirigido ao Senhor Ministro em 1º de Julho se solicita a criação da Comissão Corregedora Tripartite prevista no Decreto que cria o SNA, o qual daria algum juízo a procedimentos agressivos e ilegais que estão

ocorrendo em todo o país. O procedimento corrente das equipes de Auditoria, compostas por alguns despreparados, pessoas oriundas do ex-INAMPS que não estão participando do processo de construção do SUS, não conhecem e não entendem a complexidade, responsabilidade e atribuições da gestão, seja ela básica ou de sistema, é de desenvolver uma ação centrada na questão contábil e financeira, não avaliam sistemas, e tornam públicas essas auditorias antes que se dê ao auditado o direito constitucional de defesa, e depois que se coloca pública uma dúvida ou irregularidade, ela não tem reparo. Para quem não tem vergonha, não tem problema, mais a maioria dos gestores tem vergonha, tem famílias, tem amigos e está no local de trabalho, o que é pior, e isto é usado de maneira política. E o Ministério Público tem um artifício simples usado por alguns de seus membros, que consiste em fazer uma denúncia que é publicada pela imprensa e em cima disso se estabelece uma investigação, e aí o mal está feito. Disse ao Dr. Barjas que isto foi discutido, e é um ponto de tensão extremamente grave dentro da sua gestão que foi alvo de uma devassa em julho, realizada por 12 pessoas de fora que ele conhece e que não sabem lhe ensinar gestão, e até hoje não lhe foi enviado o relatório da ação. Disse ter entregado a chave de seu gabinete para essas pessoas e que não tem medo de nenhuma investigação, mas que entrará na justiça contra o MS caso seja tornado público um relatório de gestão qualquer que seja o teor. Isso é extremamente constrangedor, mas vai ser essa a nossa orientação porque nós temos uma assessoria jurídica que diz ser esse o caminho se o comportamento da auditoria do nível federal está sendo dessa forma e não houver jeito de se conter esse patrulhamento e essa forma ilegal de fazer um acompanhamento. O CONASEMS jamais colocará a mão sobre um gestor que tenha desviado recursos públicos de sua finalidade de má fé, mais também não vai deixar de ser solidário com aquele gestor que se comportar corretamente dentro dos princípios de sua responsabilidade. Então se não houver uma resposta do MS, gostaríamos de solicitar juntamente com o CONASS uma audiência com o Sr. Ministro, porque a partir daí teremos só um caminho: a justiça, e isso é ruim porque causa tensão na pactuação tripartite. **Dr. Cupertino** falou que endossava as colocações do Dr. Sílvio, que se preocupava com o fato de estados e municípios serem obrigados a ingressar com ações judiciais, e que é preciso enfrentar o problema porque chegou a um ponto crítico em que os estados e municípios terão que partir para essa medida extrema de contestar em juízo atuações absolutamente espúrias e ilegais. Disse endossar também em nome do CONASS a necessidade de se fazer essa discussão sobre recursos humanos em pauta específica na próxima reunião da CIT. **Dr. Barjas** - disse acatar a sugestão do Dr. Sílvio de colocar na pauta da próxima reunião a questão dos recursos humanos como ponto prioritário, em princípio como ponto único, e pediu que os Secretários do MS conversem com o CONASS e o CONASEMS para que se possa preparar bem a reunião, verificando quem serão os expositores e os debatedores, porque a questão é grave e é necessário que se tenha uma resposta, mesmo porque com a mudança dos procedimentos do SUS e com a aceleração e consolidação da descentralização, estados e municípios tem assumido responsabilidades que implicam em modificação de seus quadros de pessoal e essa coisa está mal resolvida. Com relação à questão da Auditoria, disse que entraria em contato com o Gabinete do Ministro para que se dê uma resposta com relação a realização de uma reunião com o CONASS e o CONASEMS, e caso isto não seja

possível, será oportuno colocar como ponto 2 na pauta da próxima reunião, trazer aqui à CIT a Direção da Auditoria para prestar os esclarecimentos que se fizerem necessários. **8 - Informe – O Secretário Municipal de Saúde de São Paulo/SP, Dr. Eduardo Jorge,** solicitou ao CONASS, CONASEMS e Ministério da Saúde que formem um grupo de trabalho e que pautem uma discussão na Tripartite das seguintes questões; 1 - **Pacto pela Atenção Básica** – colocando que a Emenda Constitucional está ampliando os recursos estaduais, municipais e federais, mas a atenção básica nunca teve uma correlação de forças nem uma capacidade de articulação tão forte quanto outros setores e que é urgente a necessidade de ter uma sub vinculação formal ou informal em sua defesa, senão o esforço orçamentário do país entre 2001 e 2004 pode não refletir a prioridade da atenção básica na reorganização do sistema. É preciso saber colocar, classificar e contabilizar os esforços federal, estadual e municipal, especificamente para a atenção básica e se chegar a uma espécie de pacto. 2 – a segunda questão é de como se fazer o **financiamento do PSF** nos grandes municípios, já que a grande reivindicação é de que se defina uma equação que possibilite tratar essas grandes cidades, principalmente aquelas de mais de 500.000 hab, de forma diferenciada para dar um impulso no PSF. Disse ter uma proposta específica para isso, e que se as cidades forem divididas em distritos sanitários podem muito bem aplicar o atual esquema sem nenhuma diferenciação, desde que as cidades com mais de 500.000 hab sejam divididas em distritos de 250.000 hab, que permitisse focalizar o PSF. Foi feita a projeção do financiamento em São Paulo, e verificou-se que a diferença não é muito grande, por exemplo, se houver a implantação de 1700 equipes daqui a 4 anos, a diferença entre a tabela de hoje e o que se vai receber com a dinâmica desses distritos é de 3% a mais, porém no início, os distritos tem que dar o impulso na implantação, então começaria com 10% a mais agora e terminaria com 3% nesses 3 a 4 anos. Porém esses 10% agora são importantes para o impulso e para a focalização, porque evita dispersão dos recursos nas grandes cidades. Numa cidade pequena isso não tem muito problema, mas numa grande cidade, a concentração do PSF nas regiões periféricas onde a população é 70 a 90% dependente do SUS, é muito importante. Então a reivindicação é que se coloque o assunto na pauta já que ele envolve cerca de 20 a 25 milhões de brasileiros. **Dr. Cláudio** - disse que esta questão da assistência em regiões metropolitanas vem sendo discutida, e há um conjunto de projetos que não estão articulados e é importante que se passe a articulá-los, inclusive em torno de algumas agendas programáticas específicas como a questão da violência, a questão das doenças crônico-degenerativas e de como organizar estratégias de financiamento pactuadas. Há uma conclusão interna do Ministério da Saúde de que vai ser preciso haver no âmbito da Tripartite um processo de repactuação do financiamento da atenção básica e especificamente do PSF, já que o MS tem acrescentado recursos para essa estratégia ano a ano, alguns estados estão criando incentivos específicos e os municípios estão arcando fortemente com alguns custos. Então a proposta colocada pelo Dr. Eduardo é muito justa e a situação de alguns grandes centros, capitais e municípios de grande parte de regiões metropolitanas deve ser tratada como prioridade nacional, e citou a questão de baixada fluminense onde os esforços que estão sendo feitos com os municípios e SES/RJ não estão sendo suficientes para promover uma inversão de modelo e um impacto nos indicadores epidemiológicos e sociais. O estado do RJ por ex: concentra

50% dos casos de tuberculose de todo o Brasil e com o modelo que está implantando, de atenção básica pouco eficiente, tentou-se implantar o PSF, mas houve pouca resposta. **Dra. Eliana** - solicitou ao Dr. Cláudio que não esquecesse a questão da Região Norte onde não se conseguiu avançar muito. **Dr. Guedes** - disse que o grande problema existente nas grandes cidades em relação à mudança do modelo de atenção básica, é o que se vai fazer com a enorme quantidade de profissionais que está trabalhando nas unidades básicas. Na cidade de SP existe cerca de 350 UBS com cerca de 6.000 profissionais médicos e certamente não se terá velocidade de mudança de modelo se jogarmos fora esse profissionais e contratarmos gente nova com uma mentalidade nova. Isto é um assunto muito sério e que deve ser agregado à pauta de discussão. Dr. Barjas disse que a colocação feita pelo Dr. Eduardo Jorge é pertinente e que vale a pena se fazer uma Oficina de Trabalho mais detalhada sobre o assunto, e neste caso, o que preocupa é o estoque, porque a gente pega um município como Contagem que tem 86 equipes, o município de Terezina que tem 82 equipes, São Gonçalo com mais de 100 equipes e Goiânia que tem mais de 80 equipes, e esses municípios já fizeram a implantação no incentivo anterior, então é preciso verificar quanto custa esse estoque já que não se pode ter 2 pesos e 2 medidas, se eles transformarem o município em 2 ou 3 distritos, eles tem de reivindicar o aumento do incentivo. Disse que com relação à colocação do Dr. Guedes sobre os profissionais de saúde, é preciso que sejamos mais criativos: muito profissionais poderiam ser treinados para trabalhar no PSF, e aí o MS tem recurso para esse treinamento, mais depende muito mais de uma ação no âmbito municipal do que no federal, porque o regime de contratação é diferente, um é contrato de CLT, outro é Regime Jurídico Único, outro é comissionado, outro tem estatuto próprio e como se vai fazer uma mudança, a corporação reage, não vai querer um salário diferenciado porque ele é um médico do PSF. Há uma tendência de a lei não passar porque tem que melhorar o salário de todo mundo, devendo então ser utilizado o incentivo do MS para fazer a complementação do salário daqueles profissionais que se adaptarem à nova estrutura do PSF e isso deve fazer parte do bojo dessa discussão. **9 – Informe** Dr. Barjas falou sobre a **Vigilância Sanitária** se referindo à PRT 145 em que se definiu o recurso de 15 centavos para a Vigilância de média e alta complexidade, um valor mínimo de 6 centavos como incentivo à municipalização, que agora precisa ser revista, corrigida e se possível adaptada, porque os estados começam a fazer pactuações para a transferência de recursos aos municípios, e no caso dos municípios pequenos, em função do pequeno volume de recurso, fica mais caro fazer a ordem bancária do que a transferência. Assim, deve ser instituído um grupo de trabalho para discutir o assunto e elaborar uma proposta para modificação da PRT. **10 – Bolsa Alimentação - Dra. Denise Coutinho** - colocou proposta de simplificação dos processos de adesão e de cadastramento da Bolsa Alimentação, mantendo toda a lógica e os critérios técnicos do Programa já discutidos e pactuados anteriormente. A proposta se refere aos aspectos da: **adesão** - a proposta é de que os municípios ao assinarem o Termo de Adesão e submeterem ao Conselho Municipal de Saúde, enviarem às SES que remeteriam, ao MS, e que as SES informem as CIBs a cada reunião, a lista de municípios que aderiram ao programa; **transição do ICCN** - todas essas medidas que estão sendo propostas como simplificação foram questões observadas ao longo da implantação e da adesão, foram demandas dos estados e municípios. Então na

questão da transição, na proposta original constam 2 relatórios; um de avaliação do ICCN e outro que é um Plano Municipal de Aplicação do Recurso de Ajuste de Saldo. Esse relatórios foram condensados numa só declaração: os municípios fazem um balanço do saldo e declaram apenas que os mesmos vão ser utilizados conforme as regras do ICCN. Os municípios então fazem um plano de aplicação para o seu controle interno, para terem uma visão de como vão utilizar esse saldos. Com relação à **utilização desses saldos de aplicação** foi decidido que poderia ser estabelecidas parcerias com creches, hospitais ou similares que atendam crianças em risco, observado os critérios da PRT, um termo de produto a distribuir, público alvo etc... Ficou estabelecido que uma mesma família pode receber 2 benefícios se houver justificativa: número de filhos muito grande, desnutrição mais grave, idosos etc. **Cadastramento** - o Decreto Presidencial 3877 estabeleceu o Cadastro Único para os Programas Sociais do Governo Federal e a Bolsa Alimentação sendo um programa de transferência de renda está sujeito à aplicação desse Decreto. Foram estudadas formas para agilizar ao máximo o processo de cadastramento no município e a articulação com o processo de cadastramento no SUS. As famílias são identificadas, o Cadastro Único é preenchido, a listagem por ordem de vulnerabilidade é emitida para o Conselho Municipal de Saúde, e uma vez aprovada, os dados são enviados de uma só vez para a CEF que emite o pagamento no formato do Cadastro Único que é um aplicativo desenvolvido pela Caixa. O MS e a CEF vão enviar todos os formulários do Programa de Entrada de Dados para os municípios, e apesar do programa ser de aplicação fácil e rápida, a CEF vai auxiliar na digitação e transmissão de dados quando necessário. Isto será submetido à aprovação de um Comitê Gestor desse Cadastro Único que é coordenado pelo CEAS e operacionalizado pela Casa Civil. Para quem já recolheu dados no CADSUS e digitou, esse cadastro faz a importação, que é muito simples: digita-se apenas o dado da renda da família. Por outro lado, todo mundo que foi cadastrado no Cadastro Único já é considerado cadastrado no CADSUS. O módulo de Informação da Bolsa Alimentação continua, e ele vai auxiliar no gerenciamento do programa em nível local, estadual e federal, acompanhando a evolução dos beneficiários. Nos municípios do semi-árido o Cadastro Único já está em andamento, a transmissão dos dados para a CEF já está sendo feita, e está sendo pensado algum tipo de ação emergencial porque a seca já está recrudescendo este ano. A proposta então é de que as famílias identificadas e cadastradas e cujos dados forem transmitidos para a CEF, tenham seus pagamentos emitidos até a cota de cada um dos municípios, fazendo um critério de priorização que deve passar pelo Conselho Municipal de Saúde levando em consideração: a idade da criança mais nova, renda mais baixa e as crianças que entrarem devem ser as mais desnutridas. Se necessário, um Decreto Presidencial pode fazer os ajustes legais para fazer essa ação no semi-árido. São esses os pontos e isso vai implicar em pequenas alterações na PRT do programa, pequenos ajustes, e já está sendo discutida a minuta de uma PRT do Ministro da Saúde que será distribuída para a apreciação. **Dr. Guedes** - indagou o que está incluído nos programas sociais do governo federal. Dr. Cláudio respondeu que não : o Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Programa de Erradicação do Trabalho Infantil, Bolsa-Renda etc.. **Dr. Guedes** – perguntou se quem estiver cadastrado no Bolsa Escola estará com os dados do Cartão SUS Preenchidos? **Dr. Cláudio** – disse que o município faz o cadastramento dos beneficiários dos

programas, e o sistema vai automaticamente cadastrar no cartão SUS. **Dr. Lobato** - disse que o CONASEMS apoia as medidas propostas, mas há a preocupação de que esse Decreto e esta interface entre o CADSUS e a Bolsa Alimentação possa criar algumas dificuldades operacionais para os municípios, então deveria haver um tempo para discutir essa questão. **Dra. Denise** - disse que tudo está sendo feito para evitar a duplicação de esforços, então quem fizer o Cadastro Único já vai estar migrado para o CADSUS, e o aplicativo de quem já fez o CADSUS pode ser importado imediatamente após juntar o dado de renda. **Dr. Cupertino** - falou da necessidade de se ter um tempo para avaliar essa questão da PRT e estar discutido com o pessoal que está vivenciando a questão do cartão SUS, quais são as dificuldades, o que poderia estar impactando etc... **Dr. Cláudio** - a idéia é de que uma vez processado os dados, a CEF retorne no fluxo que a coordenação do Cartão SUS vai colocar: vem para o DATASUS, que devolve para o município, e este confere e se apropria do cadastramento. Não podemos travar e dificultar o processo de implantação do Cartão SUS, essa é uma conquista do Sistema, e ao mesmo tempo não se pode deixar beneficiários de programas sociais sem cadastro e sem receber os benefícios havendo recursos em caixa. **Dra. Denise** - disse que caso sejam acordados os pontos aqui propostos, será informado aos municípios por um documento a ser enviado pelo Dr. Cláudio, Secretário de Políticas de Saúde. **11 - Informe - Município de Pinheiros/MA** - o Prefeito de Pinheiros, colocou que o município geograficamente e por situação rodoviária é polo de 22 municípios, e pólo de 8 municípios no atendimento de saúde, e que ao assumir a Prefeitura do Município, encontrou um conflito gerado à partir de ações da Procuradoria da República do Maranhão, que coloca o município sob ameaça de desmunicipalização. Disse que talvez esteja pagando o preço de Ter entrado na justiça contra a eleição do COSEMS do Maranhão no mês de março/2001, e que ao assumir a Prefeitura existia um único prestador de serviço contratado que era a Policlínica Pinheirense, não tendo encontrado nenhum procedimento contratual que embasasse essa relação prestador/prefeitura. Mandou então um Ofício à Policlínica pedindo a documentação vigente, o contrato, a sua legalização, tudo que fosse inerente aos serviços contratados para que se tivesse um parâmetro, e que não houve resposta. No mês de Janeiro apareceram uns processos de prestadores de serviços enviados pelo ex-gestor do fundo, e relativos ao mês de dezembro/2000. Foi feita uma auditoria nesses processos, e constatou-se que os mesmos não haviam sido empenhados no exercício/2000, havia notas fiscais sem data, sem atestado de execução de serviços, e um desses prestadores inclusive, ao saber que seu processo não seria pago, pediu que fossem devolvidas 2 notas fiscais que estavam no processo porque ele não havia entregado o material que constava naquelas notas e portanto, não queria pagar o imposto, deu isso por escrito, e todo o processo foi colocado sob suspeição, e encaminhado ao Tribunal de Contas. Logo depois recebemos uma Ação Judicial da Procuradoria Geral do Maranhão desmunicipalizando Pinheiros, e nos itens em que esta ação é justificada, reza que foi feito pagamento sem empenho prévio e nessa época não havia Lei de Responsabilidade Fiscal. Ponderou então, que se está respondendo um processo na justiça relativo a 1999 por pagamento sem empenho prévio, como pode então cometer esse mesmo erro? Disse que dinheiro está depositado no Fundo, e em nenhum momento se negou a pagar. Com relação a prestadora Policlínica, foi recebimento através de um mandato de segurança um

pedido de liminar para o pagamento dos meses trabalhados, uma cópia do contrato, que deu fundamentação para provar o que existia de fato e de concreto na relação Prefeitura/Prestador, e segundo o Dr. Arnaldo, deveria ter assumido e não ter emitido autorização de serviço imediatamente, foi um erro, porém se não o fizesse iria colocar a população em risco porque era preciso primeiro estruturar o município. O contrato que chegou as nossas mãos mostrava que 90% do recurso do município estava contratado com um único prestador, até em detrimento do prestador público. Foi feito um processo administrativo que apurou uma série de irregularidades, inclusive com adulteração da data do contrato. Concluiu dizendo que veio pedir para que a CIT interceda no sentido de se encontrar uma solução para o impasse. **Dr. Renilson** - disse lamentar situações desse tipo porque se está tentando construir um sistema descentralizado, e existem instrumentos para resolve-las na Bipartite. Existe de fato a regra de que o gestor municipal recebendo o recurso e não realizando o pagamento aos prestadores, isso é motivo para a desabilitação do município, mais havendo uma série de complicadores como a existente nesse caso, a coisa não é tão simples. Toda vez que a situação de um município tem de chegar até a Tripartite, isso é um indicador negativo em relação à atuação da Bipartite daquele estado, ou seja, da SES e do COSEMS. Propôs que fossem definidos um representante da SAS, do CONASS e do CONASEMS para no curto prazo marcar uma reunião com a CIB/MA, se inteirar do problema e dar uma forma de encaminhamento. Disse ser contra o aprofundamento do debate da questão e à manifestação do prestador na Tripartite. **Dr. Sílvio** - relatou que tomou conhecimento desse fato há 15 dias quando esteve no Maranhão, que conversou com a Diretoria do COSEMS que lhe relatou todo conflito, que conversou também com o Gerente de Qualidade de Vida, e disse ao Prefeito de Pinheiros que o agente público tem de ter a responsabilidade de resolver conflitos e explicou que : a NOAS não está implantada, e que o prestador não tem que fornecer contrato, quem tem de fazê-lo é o gestor que é responsável pela formalização, então, se ele não existe isso não é uma ilegalidade, já que o processamento é instrumento normativo do próprio MS e do Sistema. Sugeriu então que se o Prefeito está se dispondo a devolver o recurso esse poderia ser devolvido para a gestão estadual, que faria o pagamento ao prestador conforme a resolução da Bipartite e do que foi apurado pela Auditoria. **Dr. Barjas** - disse que acha complicado porque se um só prestador leva 90% do recurso do município, ou resolve isso ou passa a gestão para o estado, porque não tem sentido o município permanecer na gestão plena. **Dr. Renilson** - insistiu que fossem indicados os representantes da Comissão por ele sugerida, e que hoje fosse marcada uma reunião com a CIB/MA para a próxima semana e lá encontrar uma solução. A proposta foi aprovada. **12 -Informe - Port 2034 PAB-A - Dr. Ênio** - disse ter sido encarregado pelos Secretários Municipais de Saúde de manifestar a sua insatisfação com relação à Portaria 2034 que definiu o valor do PAB-A, pela surpresa da publicação e pelo valor estabelecido de 50 centavos. Outro aspecto é de que como tem um rol de procedimentos que será incorporado no PAB-A, e a Dra. Maria Helena coloca que o gasto previsto hoje é menor que 50 centavos. Isso faz parte da implantação da NOAS e não é um processo fácil convencer os municípios de que esses 50 centavos atendem o que eles estão assumindo. Por outro lado, os municípios que estão acima de R\$10,50 não vão ter os 50 centavos. **Dr. Barjas** - informou que o Dr. Cláudio se colocou à disposição para fazer uma discussão já hoje

á tarde, e que há sugestões do CONASS para fazer modificações nessa PRT e que já foram acatadas. **13 - HABILITAÇÃO DE MUNICÍPIOS - NOB/96** - foram habilitados em Gestão Plena de Atenção Básica com vigência de dezembro/2001, os municípios de : Japurá, São Sebastião de e Uarini, do estado do Amazonas; Bom Jesus do Araguaia, Colmiza, Conquista D'Oeste, Curvelândia, Nova Nazaré, Nova Santa Helena, Novo Santo Antônio, Rondolândia, Santa Cruz do Xingu, Santa Rita do Trivelato, Serra Nova Dourada e Vale de São Domingos, do estado do Mato Grosso; e o município de Jaraguari do Mato Grosso do Sul. Dr. Barjas 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 ORDINÁRIA DE 22/11/2001

### RESUMO EXECUTIVO

O Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite, conduziu a 10ª Reunião Ordinária, realizada no dia 22.11.2001.

#### **Pontos de Pauta:**

**1 – Plano de Reintegração Social de Pacientes de Longa Permanência e Redução de Leitos de Macro Hospitais Psiquiátricos** - voltado para a modernização da rede de hospitais psiquiátricos do país, o Plano está centrado na redução gradual do número de leitos dos macro hospitais, observando uma planificação discutida com os gestores, com uma meta diferente para cada Estado, que deverá ser acompanhada pela criação de recursos assistenciais extra-hospitalares, os Centros de Atenção Psicossocial e os Núcleos de Atenção Psicossocial-CAPS/NAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos e Centros de Convivência, articulados com os Planos Diretores de Regionalização.

A idéia é de se ter hospitais de pequeno e médio porte, porque eles são mais resolutivos, tem maior possibilidade de estabelecer um projeto terapêutico diferenciado e mais facilidades de se integrar à rede externa.

Os hospitais serão reclassificados segundo os critérios avaliativos do PNASH e de normas técnicas que estão sendo elaboradas pela Secretaria de Assistência à Saúde-SAS/MS. O valor do leito-dia será diferenciado, obedecendo à sua classificação.

**2 – NOAS – Processo de Implementação** – foi informado que após discussão realizada por representantes do Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, chegou-se a um consenso sobre a questão.

**2.1 – Comando único sobre prestadores de serviços de Média e Alta Complexidade** – com a definição de 05 alternativas:

1. O comando único fica no município;
2. O comando único fica no estado;
3. Quando não houver acordo quanto ao comando único e o Estado cumpre os requisitos da NOAS para o PDR, PDI e PPI – nesses municípios

prevalecem as regras da NOB/96, porém o Estado se qualifica na NOAS, podendo qualificar as microrregiões nas quais houve acordo quanto ao comando único;

4. Quando não houver acordo quanto ao comando único e o Estado não cumpre os requisitos da NOAS para o PDR, PDI e PPI – nesse caso o estado não é qualificado na NOAS, e por consequência não pode qualificar suas microrregiões, prevalecendo nos municípios e no estado, as regras da NOB/96;

5. Comporta ainda para a questão, uma combinação das alternativas 1,2 e 3.

**2.2 – Fortalecimento da gestão dos estados sobre as referências** – o Teto Financeiro da Assistência (TFA) de cada unidade da federação, independentemente de sua condição de gestão, deverá ser programado e apresentado com:

- a) A relação de todos os municípios da UF, qualquer que seja a condição de gestão;
- b) A condição de gestão do município/gestor responsável pelo comando único da média e alta complexidade;
- c) O Teto da Assistência Municipal (TFAM) relativo à população residente no município;
- d) O Teto Financeiro das Referências Intermunicipais dimensionados por município;
- e) O Teto Financeiro da Assistência sob gestão estadual, englobando todos os serviços sob gestão do estado;
- f) O Teto Financeiro Global da Unidade Federativa, que constitui o somatório dos itens 3,4 e 5.

**3 – Biblioteca Virtual em Saúde** – o projeto visa fortalecer os conhecimentos na área acadêmica e na área da gestão em saúde pública, buscando promover o acesso democrático à informação, o controle e a preservação da produção, dando visibilidade à produção das Secretarias Estaduais e Municipais, e das Universidades.

A Biblioteca Virtual é uma iniciativa do Ministério da Saúde e está integrada a um projeto mais amplo, em nível de América Latina e Caribe, de modo que a produção dos serviços de saúde no Brasil possa ter influência e interagir com a produção da América Latina.

O Projeto é dirigido por um Comitê Consultivo Nacional formado por representante da ABRASCO, BIREME, FIOCRUZ, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo/USP, Secretaria de Políticas de Saúde/MS, através do Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Administração/MS, através da Coordenadoria de Documentação, representação da OPAS no Brasil, CNPQ, IBIC e PROCIT, e deverá ser implantado em 18 meses, com base em 06 projetos prioritários:

1. Controle bibliográfico da literatura em saúde pública no Brasil;
2. Coleção de textos completos em saúde pública;

3. Terminologia em saúde pública;
4. Localizador de informações em saúde pública na INTERNET;
5. Capacitação;
6. Fontes de informações para tomada de decisão em saúde.

A expectativa é de que a Biblioteca esteja em pleno funcionamento em agos ou setembro de 2002, e já foram definidos pelo Ministério da Saúde 05 temas de demandas prioritárias, que são:

1. Políticas públicas em saúde pública;
2. Legislação em saúde, comentada e com orientações de uso;
3. Gestão propriamente dita;
4. Sistemas de informações orientados para atender o PSF.

**4 – Política Nacional de Prevenção e Controle de Câncer** – a apresentação foi transferida para a reunião da CIT de dezembro.

**5 - Indicadores de Epidemiologia e Controle de Doenças – PPI/ECD** – foi apresentado o trabalho realizado por grupo composto por representantes do Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, com base na discussão da PPI de ECD para 2002 e que consta de propostas de alterações da PPI no sentido de concentrar ou excluir ações que tem o caráter de atividades não permanentes, e portanto, de não serem realizáveis por todos os gestores. Dessa forma a PPI 2002 ficará mais condensada e possibilitará um processo de pactuação mais adequado.

São várias mudanças distribuídas nas áreas de Notificação, Investigação, Vigilância de Doenças Transmitidas por Vetores, Vigilância de Hospedeiros e Reservatórios, Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmitidas por Alimentos e outras, conforme documento distribuído pela FUNASA.

A proposta está sendo enviada formalmente às Secretarias Estaduais de Saúde e aos COSEMS para que, em caso de não haver outras alterações, os estados já iniciem o processo de pactuação.

**6 - Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças-ECD** – foram certificados 88 municípios com vigência a partir de 1º de dezembro, sendo:

- 09 do Estado da Bahia
- 17 do Estado do Ceará
- 05 do Estado de Goiás
- 05 do Estado do Maranhão
- 02 do Estado do Pará
- 11 do estado da Paraíba
- 32 do Estado de Pernambuco
- 01 do Estado do Rio Grande do Norte

- 01 do Estado de São Paulo
- 05 do Estado do Tocantins

**7 - Habilitação de Municípios** – foram habilitados em Gestão Plena de Atenção Básica, segundo a NOB/96, conforme acordado na Reunião Ordinária da CIT de outubro/2001 e com vigência a partir de 1º de dezembro/2001, os municípios:

Estado do Amazonas:

- Japurá
- São Sebastião do Uatumã
- Uarini

Estado do Mato Grosso

- Bom Jesus do Araguaia
- Colniza
- Conquista D'Oeste
- Curvelândia
- Nova Nazaré
- Nova Santa Helena
- Novo Santo Antonio
- Rondolândia
- Santa Cruz do Xingu
- Santa Rita do Trivelato
- Serra Nova Dourada
- Vale de São Domingos

Estado do Mato Grosso do Sul

- Jaraguari

## **8 - Extra Pauta:**

### **Informes:**

8.1 - CONASEMS – foram colocados 03 pontos, com solicitação de encaminhamento por parte da CIT:

a) Recursos Humanos do SUS – tendo em vista a complexidade e gravidade do problema, foi solicitado que seja colocado como ponto único de pauta da próxima reunião da CIT, para que se proceda a discussão de aspectos para os quais não se tem encaminhamento, tais como: forma de contratação e pagamento de Agentes Comunitários de Saúde, a questão do financiamento desses recursos humanos com o agravante da Lei de Responsabilidade Fiscal e da reposição dos servidores federais na rede. Foi acordado que este será o principal ponto de pauta da próxima reunião da CIT, quando será apresentado o resultado da discussão realizada pelo grupo tripartite designado.

b) Recolhimento do ISS – foi informado que a Previdência Social está enviando notificações aos municípios para recolhimento do ISS dos Códigos 7 e 4, e foi solicitado ao Ministério da Saúde que faça gestões junto á mesma no sentido de solucionar o problema.

c) Sistema Nacional de Auditoria – o CONASEMS informou não haver recebido resposta para as solicitações feitas conjuntamente com o CONASS ao Sr. Ministro da Saúde, em Ofícios datados de 18.7 e 30.10/2001, que versavam sobre a criação da Comissão Corregedora Tripartite, prevista no Decreto nº 1.651.

Foram feitas considerações sobre a atuação da auditoria, centrada nos aspectos contábil e financeiros, sem uma avaliação do Sistema e tornando públicos os resultados antes que seja dado ao auditado o direito constitucional de defesa. Isso vem causando constrangimentos e se constitui em um ponto de tensão extremamente grave, e caso não haja resposta por parte do Ministério, só restará aos gestores ingressar com ações judiciais.

Foi acordado que o Coordenador da CIT entrará em contato com o Gabinete do Ministro, no sentido da realização de uma reunião com o CONASS e CONASEMS. Em não sendo possível, o assunto será colocado na pauta da próxima reunião da CIT, com a presença da Direção do Departamento Nacional de Auditoria, para prestar os esclarecimentos que se fizerem necessários.

#### 8.2 - FUNASA – foram colocados 02 pontos:

a) Foi informado que a questão do Teto de ECD da cidade do Rio de Janeiro foi discutida na Bipartite/RJ, com a participação de representante do Ministério da Saúde e foi acordada uma solução com base na transferência entre municípios do Estado.

b) Primeira Amostra de Experiências Bem Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças-ECD – a FUNASA parabenizou os Secretários Estaduais e municipais de Saúde que tiveram trabalhos selecionados e informou que dentre as várias atividades, foi realizada uma Oficina de Trabalho sobre a experiência dos 02 anos de consolidação da descentralização.

A discussão envolveu vários aspectos, como: a integração com o processo de regionalização, a questão dos recursos humanos, as dificuldades administrativas para a execução do teto, cuja síntese será trazida à CIT, já que a idéia usar os resultados dessa Oficina como agenda de problemas e pautar discussões já no primeiro semestre de 2002, para ir encaminhando às soluções.

8.3 - Transferências de Recursos Fundo a Fundo dos Estados para os Municípios – trata-se de trabalho realizado pela SES/MT, articulado com o Fundo Nacional de Saúde, que possibilitou a elaboração e publicação de um decreto do governador dispondo sobre o amparo legal para o repasse. Foi elaborado ainda o Caderno do Gestor Municipal de Saúde/MT, que contém o referido decreto e diversas portarias e resoluções da CIB e do Conselho de Saúde, criando incentivos de repasse de recursos financeiros do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais, de acordo com as políticas prioritárias do Governo do Estado de Mato Grosso.

8.4 - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – o Secretário Municipal de Saúde solicitou a CIT a formação de um grupo de trabalho e que seja pautada a discussão sobre as seguintes questões:

- a) Pacto pela Atenção Básica - em função da necessidade de se ter uma subvinculação formal ou informal de recursos em defesa da Atenção Básica, sob pena de o esforço orçamentário do país entre 2001 e 2004 não refletir a sua prioridade na reorganização do Sistema;
- b) Financiamento do PSF nos grandes municípios – a grande reivindicação é que seja definida uma equação que possibilite tratar essas grandes cidades de forma diferente, para dar um impulso no PSF. O Secretário apresentou a sua proposta de financiamento do PSF, que se baseia na divisão da população em Distritos Sanitários de 250.000 habitantes e nessa perspectiva foi feita uma projeção de financiamento para a cidade de São Paulo, que foi distribuída aos membros da CIT. O Coordenador da CIT sugeriu a realização de uma oficina de trabalho, para detalhar o assunto.

8.5 - Vigilância Sanitária – o Coordenador da CIT sugeriu que seja instituído um grupo de trabalho para discutir a questão do repasse de recursos para a Vigilância Sanitária de Média e Alta Complexidade, e laborar uma proposta de revisão da Portaria nº 145, que define esses recursos.

8.6 - Bolsa Alimentação – foram apresentadas propostas destinadas a simplificação do processo de adesão e do cadastramento da Bolsa Alimentação, mantendo toda a lógica e critérios técnicos do Programa já pactuados anteriormente. Foram enfocadas propostas relativas à adesão dos municípios, à transição do ICCN, à utilização dos saldos de aplicação e ao cadastramento, que restaram aprovados pela CIT.

8.7 - Município de Pinheiros/MA – o Prefeito Municipal fez uma exposição sobre ação judicial de que vem sendo alvo em função do pagamento a prestador do Município, já discutido e não resolvido no âmbito da CIB/MA, e solicitou encaminhamento da CIT para a questão. Foi deliberada a formação de uma comissão tripartite e o agendamento de uma reunião coma CIB/MA para resolver o problema.

8.8 - PAB-A – foi informada a insatisfação dos Secretários Municipais de Saúde com relação ao valor do PAB-A de R\$0,50 definidos pela Portaria nº2.034, com o agravante de que os municípios que recebem mais de R\$10,50, não vão receber esses R\$0,50. Foi deliberado que se fará uma discussão sobre o assunto, sob a coordenação do Secretário de Políticas de Saúde.