



Ministério da Saúde  
Secretaria Executiva  
Comissão Intergestores Tripartite  
Secretaria Técnica

<b>8ª Reunião Ordinária 2001</b>	<b>ATA DA REUNIÃO</b>	<b>27.09.01</b>
--------------------------------------	-----------------------	-----------------

### 1. MEMBROS DA COMISSÃO

<b>MINISTÉRIO DA SAÚDE</b>			
Órgão	Representante	T/S	Frequência Acumulada
<b>SE</b>	Barjas Negri	Titular	/08
	Otávio Mercadante	Suplente	/08
<b>SAS</b>	Renilson Rehem de Souza	Titular	/08
	Maria Helena Brandão	Suplente	/08
<b>SPS</b>	Cláudio Duarte da Fonseca	Titular	/08
	Tânia Lago	Suplente	/08
<b>ANVS</b>	Luís Carlos Wanderley Lima	Titular	/08
	José Agenor Alvares da Silva	Suplente	/08
<b>FUNASA</b>	Mauro Ricardo Machado Costa	Titular	/08
	Jarbas Barbosa da Silva Jr.		/08

<b>CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS</b>			
Região	Representante	T/S	Frequência Acumulada
<b>N</b>	Francisco Deodato Guimarães	Titular	/08
	Grace Mônica Alvim	Suplente	/08
<b>NE</b>	Marta Oliveira Barreto	Titular	/08
	Anastácio de Queiroz e Souza	Suplente	
<b>SE</b>	José da Silva Guedes	Titular	/08
	João Felício Scárdua	Suplente	
<b>S</b>	João José Cândido da Silva	Titular	/08
	Armando Martinho B. Raggio	Suplente	/08
<b>CO</b>	Fernando Passos Cupertino	Titular	/08
	Izaías Pereira da Costa	Suplente	/08

<b>CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE - CONASEMS</b>			
Região	Representante	T/S	Frequência Acumulada
<b>N</b>	Neílton Araújo de Oliveira	Titular	/08
	Eliana Pasini	Suplente	/08
<b>NE</b>		Titular	/08
	Lúcia de Fátima Maia Derks	Suplente	
<b>SE</b>		Titular	/08
	Valter Luís Lavinias	Suplente	
<b>S</b>	Francisco Isaias	Titular	/08
	Celso Luiz Dellagiustina	Suplente	
<b>CO</b>		Titular	/08
	Dejair José Pereira	Suplente	/08

## 2 - ASSESSORES E CONVIDADOS

1.	DEILDES PRADO	ST/CIT/SE
2.	ELANE ARAÚJO	ST/CIT/SE
3.	LOURDES VIRGÍNIO	ST/CIT/SE
4.	KARDSLEY SOARES GUIMARÃES	ST/CIT/SE
5.	ARNALDO RODRIGUES	ST/CIT/SE
6.	ZENILDA BORGES	ST/CIT/SE
7.	POLIANA SANTOS	FUNASA/VIGISUS
8.	MARIA CLARA	FUNASA/VIGISUS
9.	MARIA DAS MERCÊS	GQV/MA
10.	PATRÍCIA LUCCHESI	ENSP/FIOCRUZ
11.	ÁLVARO NASCIMENTO	ENSP/FIOCRUZ
12.	JOSUE RODRIGUES OLIVEIRA	
13.	JUSSIMAR ALMEIDA	ESP.STO
14.	MARIA JOSÉ	SES/SP
15.	VERA MARIA SOUZA	
16.	JOHNSON ARAÚJO	SAS/DGA/MS
17.	GISELE BAHIA	SAS/DGA
18.	PAULO CESAR	SIS/SIOPS
19.	DALMO	SES
20.	EDMUNDO GOMES	COSEMS/MS
21.	MARIA ESTHER JANSSEN	CONASS
22.	NILO BRETAS JÚNIOR	CONASEMS
23.	ROMERO	SPS/MS
24.	ALIOMAR CARNEIRO	SES/DF
25.	DARLENE PEREIRA VAZQUEZ	SES/RR
26.	SANDRA MOREIRA DA SILVA	AUDITOR SMS/CATU/BA
27.	LOURDES REIS	SMS/LAGARTO/SE

### **3. Pauta**

- 1. Execução Orçamentária com Saúde nos Estados e Municípios–PEC Saúde – SE/MS**
- 2. Hipertensão Arterial – Campanha para Detecção de Casos Suspeitos e Promoção de Hábitos Saudáveis de Vida – SPS/MS**
- 3. Avaliação do Desempenho dos Estados na Execução do Projeto VIGISUS – FUNASA/MS**
- 4. Apresentação do Sistema de Acompanhamento da PPI – FUNASA/MS**
- 5. Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças-ECD – FUNASA/MS**
  - 5.1 - Certificação de Municípios**
- 6. Habilitação de Estados**
  - 6.1 – Gestão Plena do Sistema Estadual**
- 7. Informes**
  - 7.1 – NOAS – Estágio Atual de Implantação**
  - 7.2 - Prorrogação do Prazo para Entrega do PDR**
  - 7.3 - PAB-A - Financiamento**

#### **4. Desenvolvimento da Reunião**

O Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite - CIT, **Dr. Barjas Negri**, conduziu a 8ª Reunião Ordinária da CIT do dia 27 de setembro de 2001. **1 - Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças - ECD** - foram certificados: 27 municípios do Estado da Bahia; 09 de Goiás; 19 de Minas Gerais; 19 da Paraíba; 02 do Rio Grande do Norte; 05 do Rio Grande do Sul e 01 de São Paulo, com vigência de 1º de outubro. **2 - Execução Orçamentária - Dr. Barjas** - colocou que deveria ser feito o debate sobre a elaboração do Orçamento 2002 que está sendo discutido pelos secretários, prefeitos e governadores e esse orçamento só pode ser realizado quando for fechada a execução do ano 2000. A PEC é muito clara e diz que se deve pegar o ano, verificar qual a percentagem de aplicação de recurso e reduzir a base de 1/5 (um quinto). No ano passado foi feito um pacto de tentar levantar essa informação: cada Secretário Estadual e Municipal tem uma estimativa e isso deveria ser apresentado. O pessoal do SIOPS recebe as informações, mas elas não estão totalmente consolidadas, e é necessário que se tenha com certeza absoluta qual a percentagem que cada estado e cada município teve. Isso é mais fácil de fazer nos estados, e nos municípios terá de ser feita uma pesquisa para verificar a percentagem e passar isso aos Conselhos Municipais e Estaduais para que possa ser feito o acompanhamento da execução. O orçamento do MS está disponibilizado e pode ser feito o acompanhamento do empenho mês a mês. Todo mês é apresentada uma planilha no Conselho Nacional de Saúde - CNS com a evolução dos gastos. Sem o apoio do CONASS e CONASEMS, não é possível detectar qual é o gasto real com a saúde e qual o impacto da PEC, e esse é o momento oportuno porque o orçamento dos estados e municípios vão esta semana para as Assembléias Legislativas e na mensagem do governador tem de está explicitado quanto ele gastou. Assim é necessário fazer um esforço para que o SIOPS seja alimentado com mais rapidez e que tenhamos pelo menos no mês de outubro qual a estimativa para o ano que vem, à luz claro, dos parâmetros dados pelo crescimento do PIB e da receita, para que possam ser feitos pactos no ano seguinte. O orçamento do MS será apresentado ao CNS, numa forma preliminar porque depende de emendas parlamentares. Solicitou então o pronunciamento do CONASS e do CONASEMS sobre o assunto. O Representante do CONASS - **Dr.**

**Fernando Cupertino** disse que o CONASS fez mais de um expediente dirigido aos Secretários Estaduais solicitando empenho na alimentação do SIOPS e pediu que a CIT informasse quais estados que estavam com problemas, para que seja feita uma nova solicitação para que o SIOPS seja alimentado de forma mais rápida. O representante do CONASEMS **Dr. Silvio Mendes**, disse ter recebido informações de que algumas capitais não estão alimentando o SIOPS e que está sendo feita uma mala direta, e também colocando o assunto na próxima edição do Jornal do CONASEMS. Solicitou que fosse informado sobre os municípios que não estão alimentando, para que fosse feita uma correspondência específica. Indagou ao Dr. Barjas sobre o Parecer da AGU sobre o cumprimento da Emenda Constitucional. **Dr. Barjas**, falou que com relação a PEC da Saúde ainda está prevalecendo a interpretação da Fazenda. O orçamento do MS no ano que vem, tem um crescimento de aproximadamente R\$ 1 bilhão e 900 milhões, havendo portanto um ganho real e um ganho nominal, sem contar o que está sendo reivindicado junto à AGU e o Ministério da Fazenda para fazer a correção. Como não saiu a correção desse ano, a base do próximo ano permanece fixa. O Congresso está pressionando e a bancada da saúde está conversando com a área econômica e é bem provável que eles cedam em algumas coisas, já que temos algumas defasagens, principalmente no câmbio, que está dando problemas na aquisição das vacinas, medicamentos, inseticidas, reajuste de alguns procedimentos da Tabela SIA/SUS, como órtese e prótese e medicina nuclear, etc. **3 - Hipertensão Arterial - Campanha para Detecção de Casos Suspeitos e Promoção de Hábitos Saudáveis de Vida** - o Secretário de Políticas de Saúde, **Dr. Cláudio Duarte** informou que na avaliação feita nos meses de março, abril e maio, imediatamente após a mobilização nacional o SIA registrou um aumento no número de exames em relação ao mesmo período do ano anterior da ordem de 15% para glicemia, 11% para curva glicêmica e 30% no caso da hemoglobina glicosilada. Atualmente vai ser iniciada uma etapa de avaliação envolvendo mais de 300 municípios para se verificar como está se dando o monitoramento clínico dos pacientes identificados, através de um estudo amostral, que está sendo coordenado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Em relação aos outros componentes do plano, está sendo apresentada à CIT uma proposta de nova metodologia do processo de educação continuada. Na campanha

do diabetes foi identificado que a cobertura foi menor nos grandes municípios e estão sendo levantadas algumas hipóteses, provavelmente isto esteja relacionado à capacidade de acesso dos pacientes às unidades básicas de saúde. Então está sendo proposta a intensificação do processo de educação continuada nos municípios com população acima de 100 mil habitantes. O MS, juntamente com as Sociedades Científicas da área médica e de enfermagem, está adotando uma estratégia para a capacitação de 14 mil multiplicadores entre os profissionais da rede básica e do PSF desses municípios. Isto será feito em 2 etapas, sendo uma presencial, com a realização de 480 oficinas e a idéia é que cada um desses municípios de grande porte possa inscrever no mínimo 01 médico e 01 enfermeira de cada unidade básica de saúde existente, através do Plano Estadual de Reorganização da Hipertensão e do Diabetes, em cada estado. Isso produziria um impacto imediato na recuperação da capacidade de prescrição e acompanhamento clínico dessas unidades. Na Segunda etapa desse processo de capacitação está sendo desenvolvida uma ferramenta para ser disponibilizada a todos os médicos do país através da WEB e que se constitui em um processo de atualização continuada nas áreas de hipertensão e diabetes. Esta metodologia está sendo desenvolvida com as Sociedades Brasileiras de Cardiologia e de Diabetes. Nessas áreas temos grandes novidades, como a descrita num artigo científico do CDC apresentado em maio/2001, que envolveu o acompanhamento de 522 pessoas durante mais de 03 anos num estudo de corte randomizado, com a finalidade de estabelecer a influência do exercício físico na prevenção do Diabetes Tipo II. O estudo mostrou que o exercício físico representou 58% da capacidade de prevenir o aparecimento de diabetes tipo II, mais do que em relação a glibencamida. Este dado reforça a necessidade de se estar atualizando os profissionais da rede básica no sentido de se apropriar desses novos conhecimentos científicos e promover mudanças na condução e no acompanhamento clínico desses casos. Está sendo trazida também para pactuação a proposta de campanha de mobilização em torno da hipertensão, e durante esta campanha será feita a convocação dos pacientes portadores de diabetes, os faltosos, para que nesse período sejam acompanhados na rede básica. Foi discutido e acordada numa reunião nacional com a participação dos Comitês Estaduais, a realização de numa mobilização nacional no período de 05 de novembro a 14 de

dezembro em torno da hipertensão arterial, do diabetes e principalmente em torno da divulgação da importância dos hábitos saudáveis de vida na prevenção e condução dessas duas doenças. Está sendo marcada para o dia 25 de novembro a realização de grandes caminhadas nos municípios que quiserem divulgar o exercício físico como hábito saudável de vida. No sábado passado foi lançado o Programa Agita Santa Catarina, dentro do Programa Nacional que está sendo lançado pelo MS. Será feito a capacitação de multiplicadores que vão atuar junto à sociedade civil, Secretarias de Saúde, e de Educação e Cultura, no sentido de estimular a prática de exercícios físicos como hábito saudável de vida. O terceiro ponto para pactuação é a proposta de Assistência Farmacêutica para Hipertensão e Diabetes, com base no Cadastro Nacional de Portadores. Durante a campanha do diabetes foi feito um processo de detecção de suspeitos, mas não foi possível individualizá-los em vários níveis, seja no nível municipal ou numa agregação mínima no nível estadual e nacional. Considerando a importância epidemiológica dessas duas doenças e do Plano, é necessário que se tenha um monitoramento clínico em nível local, o mais detalhado possível. É fundamental o desenvolvimento de um cadastro de portadores a ser feito junto com o processo de cadastramento do Cartão SUS. A proposta, portanto, é de uma ficha complementar com dados clínicos e fatores de risco, que teria uma desagregação das informações para o nível local, estadual e para o nível nacional. Grande parte das informações ficaria no nível local para processamento no prontuário da UBS ou no Sistema de Vigilância Epidemiológica do município e só subiriam para os níveis estadual e nacional as informações de algumas variáveis importantes para o acompanhamento e a classificação do fator de risco dessas pessoas, para efeito do Programa de Assistência Farmacêutica, cuja operacionalização está sendo articulada de forma tripartite. Assim estão sendo colocadas 03 questões: **1 - a mobilização em torno da hipertensão, da convocação dos diabéticos e dos hábitos saudáveis de vida; 2 - etapa de educação continuada dirigida para os municípios de grande porte, esclarecendo que os municípios de pequeno porte vão continuar as capacitações no modelo já adotado a partir da demanda desses municípios; 3 - proposta de operacionalização de um cadastro nacional de portadores que possa subsidiar a política de assistência farmacêutica que está sendo**

**discutida.** **Dr. Fernando Cupertino** sugeriu que seja discutida com o Conselho Federal de Medicina a obrigatoriedade da educação continuada, começando por essas 02 áreas, para os prestadores de serviço ao SUS, porque senão vamos continuar a ter profissionais que caminham na perspectiva da atualização e outros que não fazem nenhuma questão de estar sintonizado com a política oficial de saúde. Outra questão que precisa ser esclarecida é com relação aos medicamentos que vão ser adquiridos e em que volume para que se possa fazer as reprogramações estaduais e municipais, evitando desperdícios. Disse que com relação ao cadastramento seria interessante consolidar os dados no DATASUS a partir da informação municipal, mas os estados têm que ter estes dados disponíveis para que eles possam estar sugerindo, colaborando e agregando alguma coisa à exceção dessa tarefa. **Dr. Sílvio Mendes** disse concordar com a condução do processo e considerar muito importante a observação do Dr. Cupertino sobre os medicamentos. **Dr. Cláudio Duarte** colocou que está começando a ser estruturada uma agenda mais permanente de educação continuada para o SUS em torno de uma metodologia flexível, respeitando as realidades regionais, e é preciso pactuar com as entidades médicas e de enfermagem essas metas nacionais. Disse que poderia entrar em contato com o Dr. Edson e a Dra. Magnólia para fazer essa conversa junto com o CONASS e o CONASEMS. Informou que já foi mandada em relação a AIDIPI, para fechar o acordo para retomá-lo nessas novas bases, definindo o compromisso das entidades médicas e de enfermagem com esse esforço de capacitação para as ações prevalentes, com relação à aquisição de medicamentos, se comprometeu a mandar o arquivo com as estimativas de programação ao CONASS e CONASEMS, e para falar que o início da distribuição será acertado de forma a evitar sobrecarga de medicamentos nos almoxarifados. **Dr. Libânio** - disse achar muito interessante o cadastramento, ou seja, a possibilidade de identificar e monitorar os pacientes hipertensos e diabéticos e isto terá um grande impacto na redução das complicações por esses agravos. Como se trata de um novo sistema de informação que vai estar inserido na gerência do município, dentro dos demais sistemas, seria interessante ter um tempo maior para avaliar o cadastro e essa ficha de monitoramento, para que sejam incorporados alguns técnicos e se faça a discussão conjunta da concepção e implantação desses instrumentos no sistema de informação. **Dr. Cláudio Duarte**



sugeriu que fossem convidados algumas SES e alguns municípios com técnicos que estão trabalhando na área de informação e controle da hipertensão e do diabetes para uma reunião aqui em Brasília, onde se possa testar uma série de situações. Estamos trabalhando com a FUNASA no sentido de integrar nas UBS todas as entradas dos sistemas de informações relacionados à atenção básica, criando uma ficha única de entrada de dados. **4 - Informes do CONASEMS - Dr. Sílvio Mendes** fez o registro da atualização dos valores do PAB fixo, da Assistência Farmacêutica e da Vigilância Sanitária de agosto/2001 com base na população projetada pelo IBGE. Falou que continuam acontecendo alguns conflitos em relação à atuação do Departamento Nacional de Auditoria e que um Ofício do CONASS e CONASEMS do começo de julho, no qual se solicitava a criação da Comissão Corregedora Tripartite prevista no decreto de criação do Sistema Nacional de Auditoria não teve resposta. Disse ter tido contato pessoal com o Ministro, que mandou que fosse providenciada e também não houve resposta até o momento. Disse achar fundamental a avaliação e o controle e que os esforços sejam direcionados para dar as respostas esperadas. Existe um fluxo e um movimento muito grande de auditores contábeis e médicos de um ponto a outro do país e que não está entendendo bem essa história. Só para dar uma idéia, foi uma equipe de 06 pessoas fazer uma investigação de uma denúncia encaminhada ao Disque Saúde há um ano, sobre um candidato a prefeito de uma determinada cidade estaria usando uma ambulância. A foi feita pelo próprio gestor municipal, uma coisa simples, para a qual foi deslocada uma equipe de 06 pessoas para uma cidade a mais de 350Km de distância, quando o fato que aconteceu no ano passado, já havia sido resolvido no dia seguinte, porque a Bipartite tomou uma atitude. Então essa Comissão prestaria um excelente serviço no sentido de evitar esses problemas. **Dr. Ênio** disse que com relação à correção do PAB em função da população, vai aparecer o problema de perda de PAB nos municípios de pequeno porte que tiveram diminuição de população. **Dr. Cláudio Duarte** disse que não houve perda para o per capita. O Secretário de assistência à Saúde **Dr. Renilson Rehem** ponderou que se deve ser coerente com a regra, então a questão não é de dinheiro e sim de princípios. **5 - Informes do CONASS - Dr. Fernando Cupertino** falou que há uma grande preocupação com relação a posição do Ministério Público do Trabalho com respeito à situação dos Agentes Comunitários de Saúde. A situação é

preocupante em alguns estados, não havendo interesse na adesão por parte dos prefeitos e aqueles que têm o programa implantado estão em situação muito difícil. Indagou se haveria alguma novidade sobre o assunto e se havia alguma perspectiva de solução. Falou que com relação à questão da alta complexidade, disposta na da PRT 627, gostaria de sugerir que houvesse um encontro de contas trimestral a partir da competência outubro e ver a questão do prazo para reprogramação, vez que já há alguns problemas identificados e teria de haver um pouco mais de prazo, além do dia 30 de setembro. Indagou quais seriam as alternativas que se teria quando houver na situação de programação um teto menor do que a produção executada. Disse que há capitais, e deu o exemplo de Goiânia, onde existe um valor negativo de cerca de R\$ 550.000,00 mensais na alta complexidade. Disse com relação a NOAS, transpirou um certo sentimento de que o CONASS estivesse contra a NOAS e afirmou que o CONASS considera a NOAS fundamental, necessária e que não retrocede em nada nos fundamentos que foram construídos em conjunto pelos municípios, estados, MS e também pela sociedade, uma vez que o Conselho Nacional de Saúde - CNS se manifestou a respeito. É uma obrigação de todos trabalhar para o aperfeiçoamento do processo de construção do Sistema. Nesse sentido há uma preocupação que já foi exposta ao MS e ao CONASEMS, que é de se ter uma segurança maior na questão do chamado teto de referência, para que ele seja entendido como algo que não pertence ao município no qual ele estará alocado, mais sim que é um teto estadual da referência intermunicipal e cuja fração é colocada no município em função de um termo de garantia de acesso pactuado nas CIBs e publicado pelo MS. Num ano particularmente diferente como será o ano que vem, essa é uma medida que pode dar segurança aos gestores estaduais e, sobretudo aos gestores municipais, porque poderemos correr o risco de ficar diante de situações onde por pactuação seja definida a conveniência de mudar o local ou quantitativo de um recurso e enfrentar resistência política, o que pode comprometer o avanço da NOAS. Essa questão não é para ser deliberada aqui, mas é algo que continuará a ser discutida no sentido de aperfeiçoar a norma. A Representante do CONASEMS pela Região Norte - **Dra. Márcia Helena** informou que nos dias 30 e 31 de agosto foi realizada uma reunião em Manaus com a presença de representantes das SES e dos COSEMS da Região Norte na qual foram discutidos as especificidades regionais

e os pontos comuns de dificuldade para a implementação do SUS, sendo elaborado o Documento da Amazônia, a ser encaminhado ao MS, não só com proposta de financiamento diferenciado, mas também de capacitação com propostas de cobertura diferenciadas de programas, etc. Foi um momento importante porque teve a participação dos 07 estados e já se começa a ter um levantamento de dados e de subsídios que podem favorecer a implantação do SUS na região Norte. **Dra. Maria Luiza Jaeger** colocou que é correta a colocação de 8% sobre o faturamento dos hospitais filantrópicos através do VIGISUS II, diante das dificuldades de custeio dos prestadores e indagou como fica a situação dos hospitais municipais, estaduais e universitários no momento em que se diferencia o faturamento dos hospitais filantrópicos em relação aos prestadores públicos que são os prestadores prioritários do Sistema. O Secretário Municipal de Saúde de Itabuna/BA - **Dr. Solla** solicitou, com base em discussão realizada em reunião do CONARES, a revogação da PRT 1606 e apresentou a proposta de que seja montado um grupo de trabalho tripartite para discutir o seu conteúdo. Informou ainda que o Município de Itabuna entrou em gestão plena em 1º de maio, é a 2ª maior capacidade instalada de alta complexidade no estado e quando foi feito o seu teto não foram alocados recursos para alta complexidade. Então desde maio o município não tem recursos para UTI, cirurgia oncológica, neurológica, etc, todos os procedimentos de alta complexidade que estão na AIH. Esse processo se deu em função de decisão anterior da CIB, que definiu que a alta complexidade continuaria com a gestão estadual. **Dr. Sílvio Mendes** disse que com relação a PRT citada pelo Dr. Solla, que trata da regulação ou impedimento do uso de recursos transferidos do MS aos municípios e estados no pagamento de serviços diferenciados da tabela, foi pedido ao CONARES que fizesse uma argumentação à SAS para saber qual a consideração que vai ser feita. **Dr. Cláudio Duarte** disse que com relação à contratação de profissionais para PSF e o PACS, está sendo feita uma revisão, que será trazida à CIT, do processo normativo geral do PSF considerando inclusive o início do Programa Nacional de Avaliação permanente em vários estados. Nessa avaliação foram encontradas algumas questões com relação à carga horária dos profissionais, à dedicação exclusiva, etc, que devem ficar claras. Está sendo preparada uma PRT do Ministro, que não legisla sobre relações trabalhistas, mas que vai deixar claro alguns princípios que estão na Lei e que é

importante para dar sustentabilidade ao programa. Com relação às modalidades de contratação, há um grupo de especialistas permanentemente reunidos estudando a questão, que é polêmica em relação a médicos e enfermeiros. Já uma condução com relação à contratação de ACS, que é a utilização da Lei das OCIPS, e nesse sentido há um termo de ajustamento ou um protocolo de intenção minutado entre o Ministério Público do Trabalho, MS, CONASS e CONASEMS. Isso já foi levado à consideração do Ministro e ele quer combinar com o CONASS e CONASEMS o momento oportuno de se fazer isso. Em paralelo, para capacitar o país a adotar essa modalidade legal de contratação de ACS, que não será obrigatória, será uma orientação normativa do sistema, contida numa cartilha dirigida à capacitação das prefeituras. Disse que gostaria que essa questão estivesse mais amarrada e que isso não ocorre por despreocupação do MS, mas sim pela dificuldade decorrente de amarras constitucionais. O representante do CONASS para a Região Sul, **Dr. João Cândido** colocou que em Santa Catarina houve um enfrentamento com a Delegacia do Trabalho e que ele foi processado por isso. Assim, precisa do Termo de Ajuste com urgência. **Dr. Cláudio Duarte** disse que faria o envio do Termo de Ajuste e de um Ofício respondendo as indagações sobre qual orientação que o MS está defendendo no Sistema. Será colocada no papel uma questão que levará alguns legalistas a tentar nos pegar, ou seja, vamos dizer que o ACS não deve ser contratado por concurso. Já existe um acordo entre o Ministro, equipe técnica do MS, estados e municípios de que não podemos entrar nesse risco, não estamos cometendo nenhuma ilegalidade ao contratar ACS através de uma OCIPS, num termo de parceria no qual estão definidas as obrigações do ente estatal e as da organização social. **Dr. Renilson Rehem** disse que com relação a questão da alta complexidade já houve algumas discussões sobre isso e está sendo buscada a melhor forma de fazer o encontro de contas. O entendimento das CIBs parece não ter sido suficiente e tem coisas que estão erradas: sobra muito dinheiro de um lado e falta muito de outro. A questão é só de se trabalhar um pouco mais para se encontrar uma solução para as dificuldades. Colocou que a fala do Dr. Cupertino foi muito importante no sentido de esclarecer as dúvidas que circulavam pelo país, a respeito do empenho em implantar a NOAS. Sobre o INTEGRASUS II, o que se considera é que os hospitais públicos recebem dinheiro do tesouro dos municípios, dos estados e União,

conforme a gestão, e que os hospitais filantrópicos não recebem nada do tesouro e são remunerados pelo sistema pela mesma tabela. Então o que se está tentando fazer é criar alguma forma de compensação para esses hospitais filantrópicos. **Dr. Barjas** - informou que o MS fez um acordo com o MEC para colocação de recursos adicionais para os 45 hospitais universitários, para resolver o problema de contratação de pessoal. **Dr. Renilson** disse que em relação ao problema de Itabuna, a comunicação que chegou foi dirigida à CIT e assim que for encaminhada à SAS será dado um parecer. Falou que nesse caso houve um problema de entendimento na hora de aceitar a condição plena, mas que a SAS vai dar encaminhamento em relação à CIB, a SES e SMS e tentar contribuir para a solução do problema e trazer uma posição para a próxima tripartite. No que diz respeito a PRT da questão da tabela diferenciada, não há motivo para que ela seja revogada, caso alguém apresente uma argumentação vamos discutir. O que não dá é para tratar brasileiros de forma absolutamente desigual, usando recursos do MS, tendo consultas de R\$ 2,50, de 10 e de 15 reais. A função do MS é antes de tudo redistributiva e não de incentivar a iniquidade. Se o município tem recursos e quer pagar uma tabela diferenciada, não cabe ao MS dizer nada porque o recurso é dele. Isso no mínimo reflete uma distribuição desigual porque no mesmo estado há municípios com per capita mais elevado e que por isso podem pagar tabelas diferenciadas. Então essa PRT é absolutamente coerente e está fora de cogitação a sua revogação, mas nós estamos à disposição para discutir. A PRT foi publicada agora porque esse problema estava inviabilizando a PPI. **6 - NOAS - Estágio Atual de Implantação - Dr. Renilson** disse que está sendo organizado um Seminário nos dias 18 e 19, já que no dia 18 de manhã será realizada a reunião da CIT, para fazer um balanço da NOAS: ver o que foi feito, quais são as dificuldades, a questão do PDR e da PPI e tentar fazer um aprofundamento nisso aí. Para aproveitar a ocasião, está sendo pensada também a realização de uma Oficina de Trabalho sobre a contratação de serviços. Em relação a NOAS está havendo avanço, e o burburinho que aconteceu nos últimos 30 dias prejudicou o andamento, causando diminuição do ritmo de forma significativa em alguns lugares. Do ponto de vista concreto há algumas questões de datas, o processo é complexo e há necessidade de que esse aspecto seja rediscutido e que seja discutida a flexibilização dos prazos, até porque a penalidade para o não

cumprimento do prazo é ressuscitar a NOB/96, o que não contribui para o processo.

**7 - PAB-A - Dr. Cláudio Duarte** colocou que a discussão está centrada em 3 pontos:

**1 - fixar prazo para a definição do valor do PAB-A e o mês de competência;** **2 - definir um incentivo adicional para o PSF/PACS;** **3 - o Plano de Assistência Farmacêutica para Hipertensão e Diabetes.** Há intenção de fechar esta questão o mais rápido possível, e vai haver uma reunião com o CONASS e CONASEMS na qual será apresentado um detalhamento da aplicação dos recursos para a atenção básica, sinalizando em torno de alguns valores e em cima disso deverá ser feito um acordo que possibilitará o desencadeamento das habilitações. Isso significa que quando os valores forem definidos e publicados, já haverá no dia seguinte uma portaria autorizando em 30 dias o repasse do valor acordado, o que é uma forma de antecipar os processos de habilitação. **Dr. Barjas** colocou que o orçamento foi enviado ao Congresso, é aprovado em dezembro ou janeiro, mas só é disponibilizado a partir de fevereiro ou março. No começo do ano se trabalha com o mesmo financeiro anterior. Essa é a razão pela qual não temos segurança para assumir compromissos no 1º trimestre. No orçamento do próximo ano tem recurso acordado para a implantação da NOAS, aqueles duzentos e poucos milhões. Com relação ao PAB-A temos problemas e terá de ser feita uma composição e por isso é que queremos uma reunião com o CONASS e CONASEMS para explicar a lógica. Foi colocado no orçamento do ano seguinte algo em torno de R\$ 1,00 per capita, sendo uma parcela disso para medicamentos e outra para a transferência fundo a fundo do PAB-A. **Dr. Sílvio Mendes** lembrou que quando foi discutida a questão da assistência farmacêutica para a hipertensão e diabetes, foi encaminhada a solicitação do 13º incentivo e gostaria de saber se isto está assegurado. **Dr. Barjas** falou que isso ainda não está resolvido porque nesse momento têm-se que equacionar o câmbio, para não deixar que haja desabastecimento dos medicamentos de AIDS, diabetes, hemoderivados, vacinas e os insumos para inseticidas. Disse mais que como não equacionou ainda a suplementação orçamentária, terá que resolver um rombo de quase R\$ 400 milhões, só por conta do câmbio. Então o primeiro compromisso é resolver isso, e caso não consiga, a questão de ampliar qualquer coisa para o PSF fica inviável. **Dr. Fernando Cupertino** colocou que a proposta do CONASS tirada da reunião da Câmara Técnica com relação ao prazo da

entrega do PDI, PDR, PPI, etc., previsto na NOAS para 05 de outubro fosse prorrogado até 06 de dezembro. **Dr. Renilson Rehem** comentou que caso não se consiga cumprir os prazos, a punição seria a volta da NOB/96, e sugeriu uma alternativa, a seu ver mais racional, que seria de não ter prazo limite nessa perspectiva de ressuscitar a NOB/96, mas que se pudesse definir pactos e acordos dentro de cronogramas de implementação do processo. Então é politicamente mais adequado que se adote uma linha de ter uma discussão política do estado que não está trabalhando para implementar a NOAS. Se esse é um compromisso, vamos trabalhar coletivamente no sentido de enfatizar e apoiar o estado que está implementando a NOAS e ter um prazo para que a partir dali, se dê um tratamento diferenciado do ponto de vista de financiamento ao estado que implantou a NOAS, ou seja, a partir de um certo prazo, o estado que estiver cumprindo um cronograma de implantação da NOAS teria prioridade na revisão de teto. A volta a NOB/96 não penaliza a SES que não trabalhou para implantar a NOAS, ela penaliza o SUS, as SES que estão trabalhando direito e a população. Assim, de acordo com o seu entendimento, a partir de janeiro o estado que não estiver trabalhando dentro de um cronograma pactuado de implantação da NOAS, seria discriminado no sentido das ações políticas que venham a ser discutidas e implementadas, particularmente a questão da recomposição do teto estadual. **Dra. Maria Luiza** - perguntou ao Dr. Barjas se só haveria recursos para pagar a NOAS a partir de março e a resposta foi afirmativa. Em seguida a Dra. Maria Luiza perguntou ao Dr. Renilson se a proposta seria de tirar os prazos e de se fazer uma avaliação de como os estados estão trabalhando e estes podem encaminhar os seus PDR a qualquer momento. Teria então um prazo para os estados que teriam problemas. **Dr. Renilson** disse achar que se poderia, por exemplo, pactuar aqui que o estado que não tem PDR e não tem PPI, não tem elementos para pedir ampliação de teto e isso é uma coisa concreta. A proposta é de se ter flexibilidade no cronograma de implementação e nenhuma flexibilidade em relação aos conceitos e princípios que estão estabelecidos na NOAS, ou seja, preservar 100% o que está na NOAS. **Dr. Sílvio Mendes** colocou que a habilitação está suspensa desde março e tem esse impasse de não ter deslançado a NOAS. Se pela fala do Dr. Cláudio se vincula o reajuste do PAB à habilitação, vê-se que tudo tem conexão, que sempre uma coisa depende de outra.

Outra questão é que o que se faz com um município que é básico e quer se habilitar em plena. **Dr. Renilson** - disse que se têm que ver qual é o objetivo: o objetivo é colocar município em plena ou construir o SUS? Qual é a vantagem para o município, em ressuscitar a NOB/96 para ele entrar em plena, sabendo que isso vai esvaziar o processo político para implantar a NOAS. Assim é melhor radicalizar: se não há conjuntura para implantar a NOAS, isto tem que ser claramente colocado e explicitado e tem que se ter uma discussão política sobre isso, uma vez que ressuscitar a NOB/96 é criar espaço para a acomodação. **Dr. Sílvio Mendes** sugeriu que na data proposta para o Seminário sobre a NOAS fossem trazidas contribuições e que o acordo fosse fechado nessa ocasião. **Dr. Renilson** disse então que poderia ser feita uma portaria prorrogando o prazo até a data do seminário. **Dr. Cupertino** ponderou que a questão de suprimir o prazo na perspectiva de verificar as diferentes realidades com as quais os estados têm trabalhado faz parte do processo de construção da NOAS, o que se avançou foi fruto de um processo de convencimento mútuo e só vamos conseguir avançar com segurança na medida que haja o convencimento de ambas as partes dos passos que devem ser adotados. A nossa Câmara Técnica colocou o prazo de 06 de dezembro, e essa abertura do Dr. Renilson de estar discutindo não os fundamentos, mas sim a forma de operacionalizar, é muito mais conseqüente porque traz a obrigação de se ter uma pactuação permanente. Assim, não há dificuldade do ponto de vista do CONASS quanto a retirada dos prazos nessa linha de compromisso da discussão caso a caso, vendo as dificuldades que cada estado têm enfrentado e também as dos municípios. **Dra. M<sup>a</sup> Helena Brandão** colocou que a NOAS tem 02 questões legais que devem ser equacionadas a partir de 06 de outubro: 1º - o prazo legal regulamentar para os estados habilitados se adequarem à NOAS, e que para isso terá de haver uma prorrogação. Disse ter preocupação de não se ter data para nada e deveria haver uma data de implantação efetiva, ou seja, a partir de quando pode começar a qualificar. Os processos de qualificação só serão encaminhados ao MS, após apreciação dos PDR. O entendimento que tínhamos era de que para qualificar em janeiro, o prazo viável seria 23 de novembro, caso contrário todo o Departamento de Descentralização e a SPS estariam que fazer tudo no período natalino. **Dr. Renilson** disse que não precisa ter um prazo para começar em janeiro, quem entregar o



processo de habilitação até uma certa data, seria viável entrar na CIT seguinte. Assim quem entregar até final de novembro, poderá ser qualificado em janeiro. Se só entregar em janeiro será qualificado em fevereiro ou março. O Assessor Técnico do CONASS **Dr. René** falou que no seu entendimento o processo de habilitação está aberto, basta que os requisitos previstos nas PRT sejam preenchidos, então não há nenhuma condicionante de que os prazos gerem espera para habilitação. O Secretário Municipal de Saúde de Recife - **Dr. Humberto Costa** colocou que a definição de um prazo é fundamental, porque obriga os estados e municípios a caminharem na linha de fazer todo esse processo de pactuação para que se implante e talvez esta data de 23 de novembro seja interessante porque ela dá prazo suficiente e não deixa essa coisa ficar solta. O Secretário de Saúde de Aracaju - **Dr. Rogério** falou que tem de haver prazo porque senão o debate político não vai acontecer e as fissuras não vão aparecer. Uma segunda questão é de que caso estados não encaminhem, os municípios possam se habilitar conforme os princípios da NOAS. A questão que está sendo colocada é a do comando único, que é a essência do debate, e que precisa ser colocada. A assessora Técnica da SES/AL **Dra. Silvana Medeiros** - colocou que é importante que quem estiver com o processo concluído até 06 de outubro, possa encaminhar. E em não sendo obrigatória a conclusão desse trabalho em 06 de outubro, como fica a questão dos municípios em plena que teriam que estar com a avaliação concluída até o final desse mês, para que os estados fizessem o encaminhamento. Perguntou se os prazos ficam estendidos também para os municípios em plena naqueles estados que não se habilitarem em 06 de outubro. **Dr. Renilson Rehem** colocou que quem concluir o processo no prazo estabelecido vai ser o primeiro trabalhado e encaminhado, e vai ter prioridade. Pode-se inclusive decidir fazer uma manifestação formal do MS, uma Resolução aprovada na Tripartite de convocar os estados a concluírem o mais rápido possível esse processo e de dar um reconhecimento àqueles que já concluíram esse processo. Com relação às falas dos dois secretários, elas reabrem completamente o debate numa visão que não é possível, porque não dá para pensar só o lado do município, dado que a lógica da NOAS é do Sistema Estadual de Saúde. Assim, gostaria de retornar o proposta do Dr. Sílvio Mendes e com essa discussão de hoje vamos rever o programa, para tentar aprofundar a discussão dentro dessa lógica, no

Seminário dos dias 18/19. Falou que a sua proposta é de que não haja prazo do ponto de vista da implantação da NOAS, mas que se possa ter um prazo a partir do qual o estado que não estiver cumprindo um cronograma pactuado de implantação da NOAS, passará a ter restrição do ponto de vista de financiamento ou de qualquer outra coisa que precisa ser discutida. **8 - Avaliação do Desempenho dos Estados na Execução do Projeto VIGISUS** - O Presidente da FUNASA **Dr. Mauro** colocou que esse Projeto está sendo realizado com recursos de um empréstimo de 600 milhões de dólares que estão sendo efetivados a partir de 1999, para estruturação das Ações de Vigilância Epidemiológica e da Vigilância Ambiental em Saúde, em nível federal, estadual e municipal. Na Região Norte esses recursos estão sendo aproveitados para atuar na questão da saúde indígena e na estruturação de algumas doenças prioritárias na Amazônia. Apesar de haver um grande esforço do MS no aporte de recursos aos estados e municípios para a implementação desde 1999, o que temos observado é uma baixa execução na maioria dos estados. E é o que vamos apresentar aqui, discutindo uma ação conjunta nos três níveis de governo no sentido de implementar as ações, verificando onde estão os problemas e como superá-los. A Gerente do Projeto VIGISUS - **Dra. Maria Clara** falou que o Projeto VIGISUS na sua fase de negociação em 1998 veio à CIT, a qual estabeleceu os critérios de alocação de recursos dentro do Componente I, que deve ser executado via estados. A partir de uma convocatória de abril de 1999, as propostas dos estados e municípios começaram a ser recebidas e os financiamentos das ações previstas no Projeto começaram a ser feitos através de convênios com os estados. Nessa ocasião a FUNASA adotou um critério diferente do que estava previsto nos primeiros documentos do projeto, que foi o critério de se articular exclusivamente com os estados e chegou aos municípios através destes. Foram firmados convênios em 99, 2000 e 2001 e ainda estão sendo firmados convênios dentro dessa primeira fase do Projeto com todos os estados da União. Decorridos 2 anos desses primeiros convênios está sendo trazida uma primeira avaliação do desempenho dos estados. Será apresentada a posição do dia 26 de agosto alimentada com o Sistema de Informação SPIVE e com informações dos gestores estaduais. O quadro encontrado é preocupante porque vai haver uma missão de meio termo com o Banco Mundial aonde vai até avaliar a conveniência de prorrogar o projeto. Nós tivemos uma

variação cambial muito grande nesse período. A primeira fase de 03 anos seriam de 200 milhões de dólares equivalendo a 200 milhões de reais, e hoje temos 200 milhões de dólares equivalendo a 500 milhões de reais. Além da variação cambial o Banco vai avaliar a questão do desempenho (quadro anexo). A maioria dos estados não conseguiu executar nem 40% dos recursos recebidos, o que vai dificultar a conversa com o Banco Mundial para poder ingressar na 2ª e 3ª fases do Projeto. Na avaliação por região, observamos que na Região Norte apenas o estado do Tocantins conseguiu uma posição de execução regular e todos os outros estados tiveram uma execução deficiente. Isso é preocupante porque o Projeto não se articula diretamente com os municípios e se os estados não executam, aqueles não chegam a ser beneficiários do projeto. Na Região Nordeste os estados da BA, RN e PB têm uma posição regular e AL tem desempenho maior. Chamou atenção para o fato de que os estados que optaram desde o início por ter uma proposta única, têm mais facilidade para executar, como é o caso de AL, isso tem algum reflexo quando se vai analisar o desempenho. Na Região Sudeste apenas o ES conseguiu executar mais de 60% dos recursos recebidos. Na Região Sul o RS e PR tiveram desempenho regular e SC teve desempenho baixo. Na Região Centro-Oeste, GO que optou por uma proposta única, conseguiu executar mais de 60% dos recursos liberados e os demais estados ficaram abaixo de 40%. Em seguida foram apresentados os dados por estado, sendo colocado que a impressão que se tinha era de que esse Projeto teria uma execução muito rápida porque ele não está submetido na sua execução à Lei 8666. Ele está submetido a 8.666 no que ela permite que se use, o artigo 42, a legislação do agente financiador, então ele é financiado pelo Banco Mundial, o que do ponto de vista de licitação significa dizer: basta mandar por Fax o pedido de 03 propostas, recebê-las e homologar pela de menor preço e não cabe recurso. Foi informado que a Presidência da FUNASA reforçou a equipe de monitoramento do projeto e logo após a missão do Banco, que acontecerá na próxima semana, esses técnicos estarão permanentemente assessorando os estados para que eles consigam deslanchar, porque as regras do Banco são extremamente simples, exatamente para que esses projetos possam ser executados com a máxima velocidade, mas não se está conseguindo isso. **Dr. René** disse que o fato dos estados terem assumido os convênios que anteriormente

havia sido para os municípios foi oriundo de uma situação que não possibilitou que esses convênios fossem executados diretamente pelos municípios e isso já foi discutido aqui na CIT. Outra questão é que o relatório tem um aspecto voltado para a execução financeira e não sabemos que muitos desses estados podem estar em processos de compra. **Dr. Valter Lavínias** colocou que no RJ, de comum acordo na CIB, os municípios passaram o comando para o estado para que o processo não fosse fragmentado. No momento em que a documentação foi encaminhada para o MS, este não aceitou, alegando que ele teria de passar pelo Banco Mundial, coisa que segundo o Secretário de Estado não fora informado dessa necessidade para que se fizesse a contratação de funcionários de nível médio e superior. Isto causou atraso, mas no momento já está resolvido e já se está avançando. **Dr. Ênio** indagou se a colocação feita sobre a Lei 8666 em relação a esse recurso é aceita pelo Tribunal de Contas dos Estados, porque recentemente foram comprados equipamentos com recursos do REFORSUS que é a mesma lógica e quem perdeu a licitação entrou com recurso, e aí foi dito que como o financiamento era do Banco Mundial, não cabia recurso. Diante disso eles entraram no Judiciário e o Juiz deu liminar. Assim isto é um problema complicado, porque já temos um caso concreto em Marília, que está com uma compra bloqueada. **Dra. M<sup>a</sup> Luiza Jaeger** colocou que esse tipo de avaliação não pode ser só numérica, que deve ser feita junto uma avaliação qualitativa para ver quais são os problemas, inclusive porque há uma incompreensão muito grande que vai desde as Secretarias de Fazenda até o Judiciário em relação aos acordos internacionais. Então seria importante fazer um levantamento das dificuldades existentes, para ver quais são os problemas reais para poder discuti-los com o Banco Mundial. **Dra. Beatriz** colocou que o Tribunal de Contas do Mato Grosso não aceitou essa argumentação e todas as licitações lá efetuadas estão de acordo com a Lei 8.666 e seus desdobramentos. Falou ainda que com relação à avaliação, mesmo ela sendo numérica, esse relatório precisa dizer onde as coisas estão parando, porque o município de Campo Grande por exemplo, já prestou contas de recursos efetivamente pagos de 250 mil reais, que é 100% do que foi recebido, mas se o estado aparece agora com uma execução de 122 mil reais, então o estado não presta conta? Tivemos uma briga de 08 meses dizendo que o estado não tinha pernas para fazer acompanhamento, até hoje não assinou

termo aditivo, mas o estado acabou por assinar o convênio único e nós estamos sendo penalizados. A minha 1ª parcela levou 08 meses e a 2ª 06 meses para liberação, estando na conta do estado. **Dra. Mª Clara** disse que com relação a questão da Lei 8.666, tem sido treinadas as equipes estaduais, as comissões de licitação dos estados, porque existe todo um embasamento jurídico que determina ao TCU, à Secretaria de Assuntos Internacionais do Ministério do Planejamento, à Agência Brasileira de Cooperação do Ministério das Relações Exteriores, que seja usada exclusivamente as regras do acordo de empréstimo. Quando se tem um agente financiador externo tem de ser usada as regras desse agente. Todos os estados foram treinados em relação a isso, e no caso da colocação do Tribunal de Contas do Mato Grosso do Sul, temos um problema sério porque as prestações de contas são enviadas em parcelas, para que haja liberação das próximas. Caso chegue uma prestação de contas de uma licitação com recursos do acordo de empréstimo do Projeto VIGISUS, executada de acordo pela 8.666, a Secretaria Federal de Controle que é quem audita, não há aceitação por parte do projeto, m que manda recolher o dinheiro. **Dr. Ênio** falou que isso é uma coisa que precisa ser melhor equacionada, porque o Tribunal de Contas do Estado não aceita, então não podemos pegar o dinheiro. **Dra. Mª Clara** disse que o Banco exige que se use exclusivamente as suas regras. Isto consta no acordo de empréstimo assinado pelo Ministro da Fazenda, o que contribui para a agilidade do processo. **Dr. Mauro Machado** ponderou que o Banco Mundial disponibilizou recursos para o governo brasileiro para implementar determinada ação, que o governo assumiu como sendo uma coisa importante para ser implementada no âmbito do estado e do município. Não é obrigatória a adesão do município. **Dra. Mª Luiza** disse ser necessário o envio de um documento do MS para os Tribunais de Contas para resolver essa questão. **Dr. Mauro Machado** diz que as orientações e os pareceres técnicos foram encaminhados as SES, e se for preciso algo mais nós podemos discutir. Quanto aos desembolsos, não há problemas por parte do MS, e ele está bem além da execução em nível estadual e municipal. Quanto à colocação da Dra. Maria Luiza Jaeger sobre a avaliação, nesse documento que foi entregue, há uma avaliação qualitativa, não é apenas uma avaliação numérica em relação aos resultados de execução orçamentária e financeira. É um recurso que está disponibilizado e há a intenção de

se executar plenamente esses recursos e há entraves na execução que precisam ser identificados para que se possa unir forças para resolvê-los. Disse não acreditar que o problema se restringe à questão com os Tribunais de Contas. Outros problemas devem existir, e o que se está colocando aqui é o nível de execução dos estados para que se possa refletir, ver aonde está o problema e discutir propostas para solucioná-los, para que se possa efetivamente executar esse empréstimo, e a partir daí ter uma vigilância em saúde mais estruturada, tanto em nível municipal quanto no estadual. **9 - Sistemas de Acompanhamento da PPI - Dr. Mauro Machado** colocou que no ano passado foi iniciado um processo de descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças e com as certificações de hoje, já temos mais de **4.062** municípios certificados. É importante, que tenhamos um instrumento para fazer uma avaliação da implementação das ações pactuadas entre o governo federal e os estados e entre os estados e os municípios. Assim, foi desenvolvido um Sistema de Acompanhamento da Programação Pactuada Integrada em nível federal, para o acompanhamento do pacto com os estados e também uma proposta, já discutida aqui, no sentido de implementar um instrumento no nível estadual, para acompanhar o que está acontecendo em relação à execução das metas e atividades pactuadas nas CIBs. **Dr. Fabiano Pimenta** colocou que esse não é mais um sistema para que estado e município preencham. Num futuro próximo esperamos que ele seja alimentado automaticamente pelos sistemas utilizados pelos estados e municípios como o SIM, SINAN, SINASC, etc. Como não temos isso no momento, criamos um sistema para acompanhar as metas e atividades pactuadas na PPI, que não vai demandar preenchimento por conta de estados e municípios. O Sistema será alimentado a partir dos dados repassados pelos estados e municípios aos sistemas oficiais e na área técnica específica do MS ou FUNASA, cuja atribuição seja acompanhar aquela atividade colocada na PPI, os técnicos terão senhas para alimentar esse sistema oficialmente. Os dados que serão apresentados se referem ao ano de 2000 e foram captados a partir de informações existentes nos sistemas oficiais. O Sistema está configurado em 3 grupos: **cadastro, inclusão de dados e relatórios**. O grupo que vai mais nos interessar é o dos relatórios, que vão permitir o acompanhamento da execução das metas pactuadas na programação integrada. O cadastro está dividido em: 1 - **Cadastro de Agravos** -

permite análise de qualquer dos agravos, cujas ações estão contempladas na PPI; 2

- **Cadastramento das Áreas** - configurado a partir de grandes áreas: área de notificação; de controle; de doenças e agravos; de controle de vetores; de imunização e de sistema de informação. Como a PPI é um processo de discussão permanente, pode-se suprimir ou acrescentar áreas à medida que as PPI forem aprovadas para qualquer ano. Em seguida o Dr. Fabiano passou a fazer a demonstração prática do Sistema. **Dr. Mauro Machado** colocou que essas informações estarão disponíveis para os municípios, a medida em que o estado fizer a alimentação por município. **Dr. Fabiano Pimenta** colocou que a adesão é simples, constando apenas de um cadastramento de senha e de usuário. **Dr. Mauro Machado** falou que este é o instrumento que está sendo usado pela FUNASA para acompanhamento da pactuação integrada, e que está sendo oferecido aos estados para acompanhamento da pactuação em nível estadual, como também aos municípios para que acompanhem a sua PPI pactuada. **Dr. Renê** falou que a denominação desse Sistema - SISPPPI, é semelhante à denominação que está sendo usada para a PPI da assistência, então a recomendação seria de estabelecer algum mecanismo para fazer a diferenciação. **Dra. Beatriz** indagou se o aplicativo pode ser usado pelo município para fazer uma avaliação específica do município. **Dr. Mauro Machado** falou que pode e que é uma questão de senha, que no futuro ele estará integrado a todos os outros sistemas de informações. **Dra. Beatriz** disse que queria aproveitar a ocasião para levantar 3 pontos que foram discutidos no CONASS e que são: 1 - **Prestação de Contas** - como não foi construído um instrumento específico para 2001 e como o de 2000 começou a vigorar em julho/2000, ele não corresponde ao exercício exato. Ele foi trabalhado de julho a julho. O exercício de 2001 já está sendo encerrado e não temos um pacto específico para ele. É preciso que haja um pacto para estabelecer qual o instrumento que vai servir de avaliação para o desempenho de 2001, se o mesmo de 2000, se o de 2000 modificado no contexto das CIBs, que poderiam levantar quais os indicadores problemáticos da versão 2000, corrigi-los e usar o 2000 para 2001 e partir diretamente para o exercício de 2002. 2 – **Pacto dos indicadores de 2002** – precisam ser pactuados no máximo até outubro, porque os estados teriam os meses de novembro e dezembro para pactuarem com os seus municípios, que por sua vez teriam esse tempo para se organizar e assinar

esse pacto, e até para fazer a revisão dos percentuais que foram divididos entre estado e municípios que podem ser diferentes agora, depois de 1 ano e meio de execução. 3 - **Instrução Normativa-IN** que a FUNASA está elaborando para a PRT 1399, que fala da vigilância ambiental e de animais peçonhentos, controle da vigilância do ar, do solo, dos contaminantes e dos acidentes ambientais. Estas questões não estão na PPI-ECD e não têm um financiamento específico. A IN vai sair com atribuições específicas para estado e municípios, mas não há nenhuma fonte de recursos financiando essas ações. **Dr. Mauro Machado** colocou que com relação a PPI/2000, foi estabelecido um pacto nas CIBs, retificado na CIT, em relação as metas e atividades que deveriam ser implementadas com recurso correspondente. No que se refere ao ano de 2001, houve uma pactuação informal em dezembro/2000 e em março foram integradas algumas metas e atividades relativas à educação em saúde. Houve um atraso, mas não houve mudanças profundas em relação ao que fora pactuado. Então a PPI de 2001 é basicamente a PPI de 2000, com pequenas alterações, e que foi submetida à CIT, aprovada e que está sendo pactuada em nível de estado. No que se refere a PPI/2002 há o compromisso de antecipar etapas para que possa ser aprovada ainda no mês de outubro e ser pactuada nas CIBs, nos meses de novembro e dezembro. Quanto a IN de Vigilância Ambiental em Saúde, ela foi elaborada e submetida ao CONASS e CONASEMS para que apresentassem sugestões para seu aprimoramento. Não houve sugestões, ela será publicada no Diário Oficial dessa semana. Quanto aos recursos, eles são aqueles destinados aos estados que podem pactuá-los da melhor forma, segundo as conveniências, respeitado o limite estabelecido. Há a de aumentar esse recurso a partir de março/2002. **Dr. Barjas** - agradeceu a presença de todos e firmou o compromisso de articular uma reunião o mais breve possível com a diretoria do CONASS e do CONASEMS para discutir aspectos operacionais do PAB-A e da NOAS e fazer a preparação para reunião do dia 18, quando será discutida a implantação da NOAS e as dificuldades para sua implantação e operacionalização. Sugeriu que fossem enviados com antecedência à Secretaria Técnica da CIT, as sugestões de pauta para a próxima reunião e informou que a SPS está incluindo uma discussão sobre os Programas de Combate a Tuberculose e Hanseníase e sobre a Saúde nos Presídios.



**Visto:**

**Ministério da Saúde**

**CONASS**

**CONASEMS**



Ministério da Saúde  
Secretaria Executiva  
Comissão Intergestores Tripartite  
Secretaria Técnica

## COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE - CIT

REUNIÃO ORDINÁRIA DE 27/9/2001

### RESUMO EXECUTIVO

O Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite, conduziu a 8ª Reunião Ordinária, realizada no dia 27.9. 2001.

#### Pontos de Pauta:

#### **1- Execução Orçamentária com Saúde nos Estados e Municípios-PEC Saúde:**

sobre a elaboração do Orçamento/2002, ora em discussão pelos Secretários, Prefeitos e Governadores, o assunto deverá ser retomado porque o Orçamento só pode ser realizado quando for fechada a execução do ano 2000. Apesar de ter sido feito um pacto para que fossem levantadas as informações sobre a percentagem de aplicação dos recursos pelos estados e municípios, o SIOPS não as tem consolidadas em sua totalidade, até agora. O Orçamento do Ministério da Saúde está disponibilizado e pode ser feito o acompanhamento do empenho mês a mês. Foi solicitada ao CONASS e CONASEMS mais agilidade no encaminhamento das informações ao SIOPS para que assim se possa saber qual o gasto real com saúde e qual o impacto da PEC. É necessário que se tenha em outubro a estimativa dos gastos para o próximo ano, à luz dos parâmetros dados pelo crescimento econômico, crescimento do PIB e da receita, para fazer os pactos para 2002.

#### **2- Hipertensão Arterial - Campanha para Detecção de Casos Suspeitos e Promoção de Hábitos Saudáveis de Vida - foi informado:**

**2.1 – Com relação à Hipertensão** - será realizada no período de 05 de novembro a 14 de dezembro a Campanha para Detecção de Casos Suspeitos. No dia 25 de novembro estará sendo marcada a realização de caminhadas nos municípios que quiserem divulgar o exercício físico como hábito saudável de vida. No dia 22 de setembro p.p., dentro do Programa Nacional que está sendo implementado pelo Ministério da Saúde, foi lançado o Programa Agita Santa Catarina.

**2.2 – Com relação ao Diabetes** imediatamente após a mobilização nacional, o SIA registrou durante os meses de março, abril e maio/2001 um aumento do número de exames da ordem de 15% para Glicemia, 11% para Curva Glicêmica e 30% para Hemoglobina Glicosilada. Está sendo feito um estudo amostral coordenado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, envolvendo mais de 300 municípios, para verificar como está se fazendo o acompanhamento clínico dos pacientes identificados.

▶ Está sendo proposta a intensificação do Processo de Educação Continuada nos municípios com população acima de 100.000 habitantes, a ser realizada pelo Ministério da Saúde com a colaboração de Sociedades Científicas das Áreas Médica e de Enfermagem. A meta é capacitar 14.000 multiplicadores entre os profissionais da rede básica e do PSF desses municípios. Isto será feito em 02 etapas: uma etapa presencial e a outra através de uma ferramenta a ser disponibilizada via Internet, para todos os médicos do país e que se constitui em um processo de atualização continuada nas áreas de hipertensão e diabetes.

▶ Será feita a convocação dos pacientes portadores de diabetes para que no período de realização da Campanha de Detecção de Casos Suspeitos de Hipertensão Arterial, sejam acompanhados na rede básica.

**2.3** - Foi apresentada a proposta de um Cadastro Nacional de Portadores de Hipertensão e Diabetes, que vai subsidiar a Política e o Programa de Assistência Farmacêutica para estas doenças, o que está sendo articulado de forma tripartite.

**3 - Avaliação do Desempenho dos Estados na Execução do Projeto VIGISUS** - o Projeto visa a estruturação das Ações de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde em nível federal, estadual e municipal e está sendo realizado com recursos de um empréstimo do Banco Mundial da ordem de U\$ 600 milhões, que vem sendo efetivado a partir de 1999. Na Região Norte esses recursos estão sendo utilizados também para abordagem das questões da saúde indígena e no enfrentamento de algumas doenças prioritárias na Amazônia. Embora haja um grande esforço do Ministério da Saúde no aporte de recursos aos estados e municípios para a implementação do projeto, tem sido observada uma baixa execução na maioria dos estados. Foram firmados convênios em 1999, 2000 e 2001, e ainda hoje estão sendo firmados, com todos os estados, convênios relativos à primeira fase do projeto. Decorrido 02 anos dos primeiros contratos, a avaliação do desempenho dos estados até o dia 26 de agosto de 2000, mostrou um quadro preocupante, porque a maioria deles não conseguiu executar nem 40% dos recursos recebidos.

Os dados por região mostram:

▶ **Região Norte** - apenas o Estado de Tocantins conseguiu fazer uma execução regular;

▶ **Região Nordeste** - o Estado de Alagoas teve um bom desempenho e os estados da Bahia, Paraíba e Rio Grande do Norte fizeram uma execução regular;

▶ **Região Sudeste** - apenas o Estado do Espírito Santo conseguiu executar mais de 60% dos recursos recebidos;

▶ **Região Sul** - os estados do Rio Grande do Sul e Paraná tiveram desempenho regular;

▶ **Região Centro-Oeste** - só o Estado de Goiás conseguiu executar mais de 60% dos recursos liberados. Os demais estados e o Distrito Federal ficaram abaixo de 40%.

Foi discutida a questão das licitações com relação às regras do Banco Mundial e a Lei 8.666, o que está gerando problemas com os Tribunais de Contas dos Estados. Foi solicitado aos estados e municípios um esforço no sentido da

identificação dos problemas existentes, para que possam ser discutidos e resolvidos.

**4 – Apresentação do Sistema de Acompanhamento da PPI de Epidemiologia e Controle de Doenças-ECD** – a Fundação Nacional de Saúde fez a apresentação do Sistema SISPPI, que está configurado em 03 módulos: Cadastramento, Inclusão de Dados e Relatórios. A adesão é simples, constando apenas de um cadastramento de senha e de usuário.

O sistema vai permitir o acompanhamento da PPI nos três níveis de gestão, e será alimentado a partir de dados repassados pelos estados e municípios aos sistemas de informações oficiais.

**5 – Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças-ECD** - foram certificados 88 municípios, com vigência para 1º de outubro, sendo:

- ▶ 27 da Bahia
- ▶ 02 do Ceará
- ▶ 09 de Goiás
- ▶ 19 de Minas Gerais
- ▶ 19 da Paraíba
- ▶ 04 do Paraná
- ▶ 02 do Rio Grande do Norte
- ▶ 05 do Rio Grande do Sul
- ▶ 01 de São Paulo

**6 – Habilitação de Estados** – não foram apresentadas propostas

**7 – Informes:**

**7.1 – NOAS – Estágio Atual de Implantação** – embora uma certa diminuição do ritmo no andamento da NOAS nos últimos 30 dias tenha ocorrido, por conta, sobretudo de uma série de informações desencontradas, o processo está avançando.

No seminário que deverá se realizar nos dias 18 e 19 de outubro, se fará um balanço da NOAS, verificando-se o que já foi feito, as dificuldades, as questões do PDR e da PPI, com um aprofundamento da discussão sobre esses pontos. Será realizada, no mesmo período, uma Oficina de Trabalho para discussão da questão de contratação de serviços.

**7.2 – Prorrogação do Prazo para Entrega do PDR** – todos os estados solicitaram a prorrogação até 06 de outubro, de acordo com a Portaria/GM nº 976, de 04 de julho de 2001. A questão de nova prorrogação foi discutida e, em não havendo consenso, foi sugerido que até a data do seminário de avaliação da NOAS, ocasião em que será definido um encaminhamento definitivo, houvesse a publicação de nova portaria prorrogando o prazo.

**7.3 – PAB-A – Financiamento** – foi colocado que a discussão está centrada em 03 pontos: 1) fixação de prazo para definição do PAB-A e o mês de competência; 2)

definição de um incentivo adicional para o PACS e PSF; 3) plano de assistência farmacêutica para hipertensão e diabetes. Foi informado que haverá uma reunião com o CONASS e CONASEMS para o detalhamento da ampliação dos recursos para a Atenção Básica e, em cima disso, deverá ser feito um acordo que possibilitará o desencadeamento das habilitações. Foi informado também que em função de o Orçamento só ser disponibilizado a partir de fevereiro ou março, não se pode ainda definir os valores do PAB-A para o primeiro trimestre de 2002.

## **8 – Extra-Pauta**

### **8.1 – Informes CONASEMS**

▶ Foi feito o registro da atualização dos valores do PAB fixo, dos recursos para Assistência Farmacêutica e Vigilância Sanitária em agosto, com base na população projetada pelo IBGE.

▶ O CONASEMS solicitou providências quanto à criação da Comissão Corregedora prevista no Decreto de criação do Sistema Nacional de Auditoria, que foi objeto de um Ofício encaminhado ao Sr. Ministro da Saúde em julho de 2001.

▶ Durante reunião realizada em Manaus/AM nos dias 30 e 31 de agosto, que contou com a presença de representantes das SES e dos COSEMS da Região Norte, foi elaborado o Documento da Amazônia que trata do financiamento, da capacitação e das propostas de cobertura de programas diferenciados para a região.

▶ Foi solicitada a revogação da Portaria nº 1.606 que impede o uso de recursos transferidos do Ministério da Saúde para os municípios e estados no pagamento de serviços com preços diferenciados das Tabelas SIA e SIH/SUS. A solicitação não foi acatada.

### **8.2 – Informes CONASS**

▶ **Contratação de Pessoal para o PACS e PSF** – a questão foi levantada pelo CONASS e foi informado que o Ministério da Saúde está fazendo uma revisão do processo normativo geral do PSF, onde existem algumas questões com relação à carga horária dos profissionais, à dedicação exclusiva e outras, que devem ser esclarecidas. Há um grupo de especialistas estudando a questão das modalidades de contrato de médicos e enfermeiros. Com relação aos Agentes Comunitários, está sendo recomendada a contratação por meio de OCIPS e já existe minutado um termo de ajustamento ou protocolo de intenção entre o Ministério da Saúde, CONASS, CONASEMS e Ministério Público do Trabalho.