



Ministério da Saúde
Secretaria Executiva
Comissão Intergestores Tripartite
Secretaria Técnica

3ª Reunião
Ordinária 2002

ATA DA REUNIÃO

18.04.02

1. MEMBROS DA COMISSÃO

MINISTÉRIO DA SAÚDE			
Órgão	Representante	T/S	Frequência Acumulada
SE	Otávio Mercadante	Titular	02/03
		Suplente	
SAS	Renilson Rehem de Souza	Titular	02/03
	Maria Helena Brandão	Suplente	01/03
SPS	Cláudio Duarte da Fonseca	Titular	03/03
	Tânia Lago	Suplente	01/03
ANVS	Luís Carlos Wanderley Lima	Titular	
	José Agenor Alvares da Silva	Suplente	01/03
FUNASA	Mauro Ricardo Machado Costa	Titular	01/03
	Jarbas Barbosa da Silva Jr.		02/03

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS			
Região	Representante	T/S	Frequência Acumulada
N	Francisco Deodato Guimarães	Titular	02/03
	Grace Mônica Alvim	Suplente	
	Marta Oliveira Barreto	Titular	01/03
NE	Anastácio de Queiroz e Souza	Suplente	
SE	José da Silva Guedes	Titular	03/03
	João Felício Scárdua	Suplente	
S	João José Cândido da Silva	Titular	02/03
	Maria Luíza Jacger	Suplente	01/03
CO	Fernando Passos Cupertino	Titular	02/03
	Izaías Pereira da Costa	Suplente	

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE - CONASEMS			
Região	Representante	T/S	Frequência Acumulada
N	Eliana Pasini	Titular	03/03
	Márcia Helena C. P. Veloso	Suplente	
	Sílvio Mendes de Oliveira Filho	Titular	03/03
NE	Jorge José Pereira Solla	Suplente	02/03
SE	Valter Luís Lavinias	Titular	03/03
	José Ênio Sevilha Duarte	Suplente	03/03
S	Francisco Isaias	Titular	03/03
	Luciano Ducci	Suplente	
CO	Otaliba Libânio de Moraes Neto	Titular	02/03
	Beatriz Figueiredo Dobashi	Suplente	01/03

2 - ASSESSORES E CONVIDADOS

1.	DEILDES PRADO	CIT/ST/SE
2.	MARIA ELANE DE S. ARAÚJO	CIT/ST/SE
3.	MARIA DE LOURDES V. DE ARAÚJO	CIT/ST/SE
4.	ZENILDA BORGES DOS SANTOS	CIT/ST/SE
5.	KARDSLEY	CIT/ST/SE
6.	SANDRA MOREIRA DA SILVA	SMS/BA
7.	MIRIAN MIRANDA	ENSO/FIOCRUZ
8.	JEOLINEIRA JOSUÉ RODRIGUES	
9.	MARIA ESTHER JANSSEN	CONASS
10.	ADELIANA DAL PONT	CONASEMS
11.	JUSSIMAR ALMEIDA	SUB SECRET. SAÚDE E.S
12.	ALBANO PEREIRA	DGA/SAS/MS
13.	MARIA HELENA BRANDÃO	DGA/SAS/MS
14.	LUCI A F. N. QUEIROZ	DGA/SAS/MS
15.	CAIRO A FREITAS	CAMARA FEDERAL
16.	MARISA DOS SANTOS P. ARAÚJO	PREFEITA DE URUAÇU
17.	VESCILEI DOS SANTOS	MÉDICO
18.	JORGE SOLLA	CONASEMS
19.	EDSON JOSÉ ADRIANO	SEC. MUNICIPAL DE SAÚDE
20.	FERNANDO CORREA LIMA	SEC. ESTADUAL DE SAÚDE
21.	JORGE DE SOUSA VILLAS BOAS	SES/AL
22.	NELSON CAETANO	SPS/MS/SAUDE DA MULHER
23.	REGINA VIOLA	SPS/MS
24.	ALBANO MACHADO	
25.	MARCUS VINICIUS QUITO	DAB/SPS/MS
26.	MARIA JOSÉ EVANGELISTA	DAB/SPS/MS
27.	MARIA CRISTINA M. CARVALHO	GQU/MA
28.	HELOISA MACHADO	DAB/SPS/MS
29.	MARIA JOSE	SES/SP
30.	RENÉ J. M. SANTOS	SES/PR/CONASS
31.	FERNANDO MARTINS	SES/RS
32.	MARIA APARECIDA	DAB/SPS/MS
33.	MARY JANE	GQV/MA
34.	JULIANA AVELAR	SES/BA
35.	ADNEI PEREIRA	SPS/MS
36.	DEILTON ARAUJO DE OLIVEIRA	SPS/MS
37.	FLÁVIA REGINA DE MORAES	SPS/MS
38.	PATRICIA TAVARES RIBEIRO	ENPS/FIOCRUZ
39.	ROGÉRIO CARVALHO	COSEMS/SE/SMS
40.		
41.		
42.		

3. PAUTA

1. **Apresentação do Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina-PROMED – SPS/MS**
2. **Mortalidade Materna – Situação Atual e Propostas – SPS/MS**
3. **Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças - ECD – FUNASA/MS**
 - 3.1- **Certificação de Municípios**
4. **Qualificação de Estados (NOAS 01/2002) – SAS/MS**
5. **Habilitação de Municípios (NOAS 01/2002) – SAS/MS**
 - 5.1 - **Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada**
 - 5.2 - **Gestão Plena do Sistema Municipal**

INFORMES:

1. **Redução de Acidentes de Trânsito e Promoção da Saúde em Aglomerados Urbanos – SPS/MS**
2. **Plano de Combate à Tuberculose e Hanseníase – SPS/MS**

4 - Desenvolvimento da Reunião - o Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite - CIT, **Dr. Otávio Mercadante**, conduziu a 3ª Reunião Ordinária da CIT, realizada em 18 de abril de 2002. **1 - Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças - ECD** - foram certificados, com vigência de 1º/5/2002, 05 municípios do Estado da Bahia; 34 de Minas Gerais; 06 do Pará e 12 de Pernambuco. **Dr. Mercadante** - informou que já foram certificados 4.341 municípios. **Dr. Jarbas** - disse que há ainda muitos municípios grandes não certificados e que a intenção da FUNASA é de fazer um trabalho mais qualitativo assessorando as SES e os COSEMS, para que esses grandes municípios possam se certificar nesse ano de 2002. **2 - Qualificação de Estados - NOAS 01/2002** – A Diretora do Departamento de Descentralização **Mª Helena Brandão** - informou que em função da transferência da data limite para 29 de abril, não haverá qualificação de estados nesta reunião da CIT, porém a maioria dos estados está muito mobilizada e a expectativa é de se ter pelo menos 8 estados para serem qualificados na próxima Tripartite: são estados que estão em vias de fechar a PPI, que é a maior dificuldade para a implantação da NOAS nessa fase. Hoje está sendo publicado no Diário Oficial a qualificação dos estados do Ceará e de Alagoas, com a habilitação dos municípios em plena nesses estados. Os Estados de Sergipe e Goiás deram entrada na CIT ainda na NOAS/01, porém está faltando documentação e a SAS está trabalhando com eles no sentido de completá-la. A qualificação do estado não implica na habilitação automática dos municípios em Plena do Sistema para Plena de Sistema na NOAS, e isso está dependendo da avaliação feita pela SAS/SPS junto com os estados em relação a esses municípios. O processo já está desencadeado e em andamento, e cada estado vai estar mandando o processo de habilitação de seus municípios junto ou em separado com a proposta de qualificação, não havendo até o momento nenhum pedido de qualificação de microrregião. Todo o processo vivido até agora é um planejamento para a qualificação de microrregião: o estado faz o PDR, a PPI, o PDI, avalia as plenas que vão ser sede de módulos e aí começa o que está sendo chamado de fase de implantação, a qual tem 02 questões importantes do ponto de vista do processo: a qualificação de microrregião e a arrancada no processo de regulação e controle e avaliação do que foi acordado. Nesse sentido

o MS já sinalizou para apoiar 8 estados que estão com a PPI quase fechada, e os 8 primeiros estados a fazerem os planos de regulação, controle e avaliação, foram convidados e vieram a uma reunião no MS na semana passada onde foram discutidas e já estão sendo acordadas as diretrizes básicas desses planos, que vão dar sustentabilidade à implantação da NOAS. O estado que está fechando o acordo e é qualificado entra imediatamente no processo de implantação da NOAS e, portanto, no da implantação sistêmica que controla a referência, contra-referência, etc. Então está sendo feito um trabalho paralelo, ao mesmo tempo que está se dando o acompanhamento em relação ao PDR, PPI e PDI, um outro grupo já está trabalhando controle e regulação. A fase da regulação tem um complicador porque é ela que vai unificar os sistemas, ela tem que considerar o cartão, os mecanismos de controle e o cadastro, então está sendo feita a compatibilização do SISREG com o sistema cartão e com o sistema cadastro. Assim quem optar pelo sistema SISREG não vai ter problema porque este sistema interage com SISPPPI, o cartão e o cadastro, portanto, os 04 sistemas vão estar integrados na implantação da regulação. O Representante do CONASEMS para a Região Nordeste **Dr. Sílvio Mendes** - indagou como vai ser o comportamento dos municípios quanto à habilitação, nos estados onde o PDR não está concluído. **Dra. M^a Helena** - explicou que de acordo com a NOAS/2001 se o estado não cumprisse em 180 dias o município poderia se habilitar de acordo com a NOB/96. Isso foi retirado da NOAS/02 por um acordo na CIT e o mecanismo que existe hoje para os municípios que se sentirem prejudicados em estados que não avançaram é de que eles entrem com um recurso pedindo a explicitação de um cronograma na CIB. Se após 30 dias esse recurso não for atendido ou se a resposta não for satisfatória, esse recurso vem para CIT e esta vai designar uma Comissão Tripartite que vai negociar com o estado um cronograma mais acelerado. Esse é ponto preocupante e que talvez deva ser rediscutido. **Dr. Sílvio** - sugeriu que se fizesse uma reunião específica para tratar dessas questões de cadastro, cartão, etc. porque há problemas no país interino e não se pode ter regulação sem ter os instrumentos. **Dra. M^a Helena** - disse que o prazo para a conclusão do Cadastro de Estabelecimentos já venceu, que os 2 sistemas vão ser rodados juntos esse mês para teste, e a partir de julho vale o cadastro novo, então os estados que não completaram vão ter problemas. O

Assessor Técnico do CONASEMS **Dr. Solla** - disse que o primeiro recurso já deu entrada na Secretaria Técnica da CIT em 16/4, no qual o município de Itaberaba/BA solicita que a CIT faça gestão para assegurar a sua habilitação em gestão plena do sistema, já que o processo está parado há 1 ano em função da NOAS. Propôs que a CIT já aprovasse a formação de uma Comissão Tripartite para examinar a questão. Falou ainda que na discussão sobre a PPI realizada pela comissão composta pelo CONASS, CONASEMS e MS, chegou-se a um acordo acerca da necessidade de um Termo de Compromisso de Referência entre estados e municípios quando o estado for gestor da referência de média e alta complexidade para aquele conjunto de municípios. Posteriormente esse acordo foi desfeito e ficou estabelecido que se o CONASEMS mantivesse a posição favorável ao estabelecimento desse termo, que o encaminhasse à CIT, então disse estar encaminhando oficialmente o pleito em nome do CONASEMS. Ressaltou que na versão da NOAS/01 não havia essa alternativa uma vez que o município teria de estar em gestão plena, e quando isso foi alterado na versão 2002, não foi feita a incorporação de um mecanismo que assegurasse a referência em sendo o estado gestor. **Dra. M^a Helena** - disse que caso houvesse consenso na CIT com relação a essa proposta do CONASEMS, seria constituída uma comissão tripartite para a elaboração de uma norma sobre a garantia de acesso nos módulos sobre gestão estadual. A proposta foi aprovada. **Dra. M^a Helena** - informou ainda que a PRT da PPI está pronta e será encaminhada para publicação e que ela traz o detalhamento dos tetos financeiros por município. Em seguida colocou que teria de se decidir o que fazer em relação ao recurso do município de Itaberaba. **Dr. Mercadante** - disse que deveriam ser tomadas providências imediatas, com a formação de uma comissão tripartite para ir à Bahia negociar o cronograma junto à CIB. O encaminhamento foi acatado. O Assessor Técnico do CONASS **Dr. Scoti** - colocou que apesar de não estar explícito na NOAS, a progressão do PAB fixo para o PAB ampliado ou de nada para o PABA não interfere na lógica do modelo de reorganização, e sugeriu que as habilitações no PABA não fossem condicionados à conclusão de processos na NOAS. **Dra. M^a Helena** - informou que a mudança do PAB não está condicionado a NOAS/01 nem na NOAS/02, e sim à avaliação que os estados fazem dos municípios e encaminham para o Ministério da Saúde, e isso pode ser trabalhado

em paralelo com a NOAS. **Dr. Scoti** - disse que isso está gerando muitas dúvidas em estados que estão aguardando a conclusão do processo para fazer esses encaminhamentos. **Dr. Cláudio** - disse que precisa ficar mais claro que, definido o valor do PAB, e se os municípios estivessem preparados, haveria condições de habilitar os 5 mil municípios, independente do processo da construção de um sistema integral com rede hierarquizada. A idéia é de que a qualificação em ações mais ampliadas de atenção básica é um impulso para a organização regional do sistema. Sugeriu que seja encaminhado um Ofício Circular para todos os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde e para as CIB com orientações e fluxos em relação ao processo de habilitação no PABA. **Dra. M^a Helena** - disse que não está previsto na NOAS a desagregação da avaliação do PAB no município em plena, e a sua avaliação deve ser conjunta, então quando o município tem problema por exemplo no comando único, ele não é habilitado à NOAS mas as vezes ele tem atenção básica equacionada e fica impedido de ter seu PABA. Sugeriu que fosse incluído na PRT da PPI que já está em andamento, um parágrafo dispondo que o município possa ter o seu PABA quando pertinente, mesmo que as outras questões estejam pendentes. **Dr. Cláudio** - falou que isto deveria ser debatido porque os municípios em plena de certa maneira tem condições mais vantajosas de garantir a integralidade da sua rede hierarquizada, em tese. O que foi colocado é importante para não travar, mas disse achar os municípios em plena têm de ser considerados como sistemas integrais de atenção à saúde, e que é preciso avaliar se isso é bom para fortalecer o instrumento que é a plena do sistema ou se estamos começando a fatiar a plena numa coisa que a gente inclusive critica de certa maneira, que é a questão da capacidade de garantir se não no mesmo território, mas pelo menos nas referências a integralidade da rede hierarquizada. **Dra. M^a Helena** - sugeriu que a questão seja ponto da pauta da próxima reunião da CIT. O Secretário de Políticas de Saúde **Dr. Cláudio Duarte** - propôs a prorrogação da PRT 728 de 11/4/02, dando o prazo de até 29 de maio para a habilitação a fim de que pudesse ser feito um grande esforço para equalizar o maior número de estados possível para se habilitarem na NOAS. **Dra. M^a Helena** - disse que o prazo é exclusivamente para os estados em plena, os outros estados não têm prazo, podem fazer o processo de acordo com a sua capacidade, desde que não prejudiquem os municípios. Os

grupos técnicos do MS estão dando um apoio diferenciado aos 8 estados que estão em plena e a expectativa é de que se possa cumprir o prazo e dessa forma, a proposta é de que o prazo seja mantido. **Dr. Mercadante** - disse que o prazo é um problema do Ministério que está tendo o desafio de dar uma assessoria competente para que os estados em plena concluam o processo dentro do prazo. Em algum momento será necessário parar para ver como está cada estado com relação ao processo em termos de PPI, PDR, PDI, etc. e tentar juntar isso com os instrumentos gerenciais: cartão SUS e os sistemas informatizados. O Representante do CONASS para a Região Sul **Dr. Cândido** - fez uma proposta intermediária de que os estados que não conseguirem cumprir o prazo apresentem uma justificativa à CIT e que está lhes dê mais uma ou duas semanas de prazo. **Dra. M^a Helena** - falou que é muito provável que dia 29 alguns estados estejam adiantados, mas que não tenham conseguido finalizar o processo, então caso haja acordo, as documentações poderiam ser recebidas nesse intervalo de tempo entre o dia 29/4 e 16 de maio dia da reunião da CIT, não na semana da reunião, porque a documentação deverá ser avaliada. Isso não se aplicaria a todos os estados evidentemente. **Dr. Sílvio** - propôs que a SAS seja autorizada a receber as propostas até o prazo em que seja possível fazer a análise e o prazo final será a reunião da CIT. **Dra. M^a Helena** - propôs então que os estados entrem com a documentação que estiver completa na data de 29 e encaminhem o que estiver pendente até o dia 13 de maio, porque assim haverá tempo para fazer a análise. **3 - Habilitação de Municípios - Dr. Mercadante** - informou que não há propostas de habilitação, mas há 2 recursos que foram encaminhados à CIT pelos Municípios de Uruaçu/GO e Itaberaba/BA. **4 - Recurso do Município de Uruaçu/GO à CIT - Dra. M^a Helena** relatou a CIB/GO pediu a desabilitação do Município de Uruaçu na reunião anterior da CIT e que o processo veio fundamentado, cumprindo todos os quesitos que a CIB tem de cumprir, inclusive com uma análise feita no município por uma Comissão Bipartite. Foi pedida a suspensão do município, mas a modalidade de suspensão prevista na NOAS não seria adequada porque ela é um ato unilateral do Ministério, que o adota quando são constatadas incorreções e não há tempo para esperar a reunião da CIT. Nesse caso, como foi uma solicitação da CIB, era um caso de desabilitação, que foi aprovada pela CIT, sendo o processo encaminhado e a

desabilitação publicada. Nesta semana o município encaminhou um Ofício ao Ministro da Saúde pedindo que esta posição fosse revista, mas a questão já havia sido decidida e o município entrou com um recurso muito bem fundamentado, do qual constam questões que dependem de verificação "in loco". O município encontra-se desabilitado por decisão da CIT e não tem como voltar atrás nessa decisão porque seria um desrespeito com a CIB/GO, que pediu e fundamentou esse processo. Propôs que a SAS faça uma verificação 'in loco' e traga na próxima reunião da CIT uma análise fundamentada na verificação no município e na discussão na CIB/GO sobre o problema, caso haja alguma novidade, porque o município pode inclusive ter superado questões que estavam pendentes e o próprio processo de desabilitação prevê que em 120 dias o município seria reavaliado e se tivesse superado os problemas poderia ser reabilitado. Sugeriu que se antecipasse esse prazo proposto pela CIB, que se faça uma avaliação do município, e caso os problemas tenham sido superados ou mesmo caso eles não existam daquela forma como alega o município se possa propor em negociação com a CIB/GO a sua reabilitação. A **Prefeita Municipal de Uruaçu, Marisa P. Araújo** - colocou que o Município de Uruaçu tem 33.415 hab. e tinha 5 hospitais, sendo que um deles se transformou em hotel, portanto existem 4 atualmente. Havia apenas 4 Postos de Saúde que nem vacina faziam quando do início de sua gestão e o município já estava habilitado em Gestão Plena do Sistema. Disse que implantou o PSF e tudo que era relativo à Gestão Plena lhe foi cobrado: a criação dos núcleos de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária, organograma, auditoria, regimento interno, etc. e essas coisas foram sendo cumpridas para que o município continuasse na gestão plena. Disse que não existe nada contra prestador de serviço, que está se buscando fazer a promoção da saúde e não apenas cuidar da doença, e que as ações que estão sendo feitas estão sendo referendadas pelo Conselho Municipal de Saúde. Foi estruturado o Fundo Municipal de Saúde que existia só no papel etc. Solicitou que antes da homologação da desabilitação do município seja feito um estudo sobre a situação, já que não se pode pagar procedimentos sobre os quais pairam dúvidas, e seria necessário ter mais tempo para esclarecimentos do que é ou não devido, para ter transparência no processo. **Dr. Mercadante** - colocou que a decisão da CIT foi fundamentada na CIB, e que a prática no SUS e aqui na CIT, é de que em

nenhum momento se pode desrespeitar as decisões da CIB. Assim a decisão anterior da CIT não pode ser alterada, mas a proposta da Dra. M^a Helena, que nós endossamos, é que se faça uma análise da situação "in loco" que dê subsídios ao MS para fazer uma interação com a CIB/GO e trazer uma posição para CIT. **Dr. Sílvio** - colocou que o CONASEMS tem outro encaminhamento e que quando se discute em colegiado é preciso que se respeite as opiniões contrárias. Disse que o CONASEMS recebeu a Prefeita e o Secretário Municipal de Saúde de Uruaçu e o que foi colocado é diferente do que foi apresentado para avaliação da CIT. Não vamos descer na discussão, mas o nosso encaminhamento é de que já que foi decisão da CIT, que também a CIT se responsabilize em voltar atrás se for o caso, ou manter a decisão. Assim gostaríamos que uma Comissão Tripartite fosse ao município e fizesse uma avaliação com a brevidade possível. **Dra. M^a Helena** - disse não ter nada contra. **Dr. Sílvio** - disse que essas coisas vão acontecer com mais frequência com a NOAS e é preciso que sejam exemplos para que não se repita a apresentação desse tipo de problema aqui no colegiado da CIT, senão vamos ficar discutindo conflitos dos municípios e deixamos de tratar de questões macro. Nesse sentido o CONASEMS encaminha novamente a solicitação de que se coloque em funcionamento a Câmara Técnica da CIT ,porque se ela estivesse instalada esses conflitos poderiam ser amortecidos e até evitados. **Dr. Mercadante** - informou que haveria um item de informe específico sobre a Câmara Técnica. O Representante do CONASEMS para a Região Centro-Oeste **Dr. Otaliba Libânio** - informou ser membro da CIB/GO e que a decisão sobre a desabilitação do Município de Uruaçu não foi unânime e que a decisão foi de se fazer uma suspensão por um prazo de 60 dias. **Dra. M^a Helena** - disse que o que veio foi de 180 dias e que é isso que a comissão deve verificar. Falou que a documentação está assinada pelos membros da CIB, não sabendo se por todos porque a CIB tem que decidir por consenso e se ela não o fez é uma questão do seu funcionamento e isso só vai ser possível verificar ouvindo as duas partes. Então não tendo hoje aqui na CIT representante da SES/GO não tem como ser feito encaminhamento. Foi aceita a proposta do CONASEMS. **Dr. Mercadante** - disse que está sendo firmada uma jurisprudência progressiva nesses casos e disse à Prefeita de Uruaçu que ela poderia ter entrado com recurso antes. A **Prefeita de Uruaçu** -

informou que a reunião da CIB foi realizada no dia anterior à reunião da CIT, tendo sido inclusive antecipada para que o assunto fosse trazido à CIT, não havendo tempo para se fazer qualquer coisa. **5 - Pacto de Indicadores da Atenção Básica - Dr. Cláudio** - falou que o processo vem sendo desenvolvido há cerca de 3 anos e visa qualificar a organização da atenção básica a partir de uma sistemática de avaliação e de pactuação em torno de indicadores e metas. A Diretora do Departamento de Atenção Básica **Dra. Heloísa Machado** - disse que a partir de uma discussão realizada no ano passado aqui na CIT, foi feita e acatada uma proposta de que se teria uma metodologia diferente para a definição dos indicadores esse ano, considerando que a avaliação é de que o processo amadureceu e agora chegou-se ao ponto de qualificar a escolha do indicador e de constatar que o pacto da atenção básica tem sido de fato um elemento indutor da avaliação mesmo com as limitações que ele ainda tem, tanto na questão da abrangência dos indicadores, quanto da consistência dos bancos de dados. A idéia é de poder melhorar no futuro a consistência do banco e a questão da escolha e da abrangência dos indicadores, porém nesse momento eles tem de refletir minimamente as áreas estratégicas que estão definidas na NOAS para a atenção básica, e as áreas que estão inseridas na Agenda de Prioridades Nacional, de modo que o processo de pactuação possa contemplar prioridades regionais ou estaduais. Começo-se a trabalhar nessa lógica no final do ano passado e nesse ano foi feito um primeiro movimento com um grupo de especialistas apoiados pelo Instituto de Saúde Coletiva da Bahia e pela Professora Zulmira Harts da FIOCRUZ, especialista em avaliação. Esse grupo fez uma análise do processo de pactuação e dos indicadores que estavam sendo utilizados, e produziu um documento básico que foi remetido a um grupo de pessoas onde se inseria as representações do CONASS e do CONASEMS. Em março foi realizada uma oficina de trabalho com a participação do CONASS, CONASEMS e esses técnicos, sendo elaborada uma proposta de consenso, que será apresentada agora. Colocou que o pacto não é por si só um instrumento de controle, e que apesar de ano passado ter ficado muito evidente para os estados e municípios a sua importância como gerador de informações e de posicionamento em relação à condição dos municípios, já que dois indicadores do pacto foram usados como critério de avaliação dos municípios para habilitação na

NOAS. A sua função prioritária é de ser um elemento indutor da institucionalização da avaliação apesar de ser ainda muito incipiente a percepção da avaliação de impacto de processo, para que se tenha idéia de como os serviços estão funcionando, se estão de fato atendendo as necessidades e impactando na saúde da população. Continua sendo prioridade que o pacto seja de fato um elemento indutor da avaliação, e não somente visto ou utilizado como um processo de controle. Apesar da amplitude e da pluralidade das ações da Atenção Básica, inclusive com muitas delas sendo impossíveis de serem medidas e traduzidas em indicadores, o entendimento é de que esses indicadores do pacto deveriam minimamente refletir as 07 áreas estratégicas da NOAS. É importante que isso fique claro, para que se possa acompanhar os estados, os próprios municípios se auto avaliando, e acompanhar como está sendo o desempenho dessas ações ao longo dos anos. O outro movimento foi tentar fazer com que o pacto tivesse um identidade com outros processos de avaliação das diversas áreas técnicas na questão da construção da Agenda e alguns indicadores são cópias, repetição e reafirmação de alguns indicadores da PPI da Epidemiologia. Apesar de muitas vezes os momentos não estarem coincidindo ainda, o movimento teve a intencionalidade de unificar alguns indicadores, onde isso era possível. A outra questão era garantir a pluralidade no processo de pactuação de acordo com os diversos estados, regiões e municípios, e também conforme o tempo. O que está sendo proposto é que para esse pacto, os municípios e estados selecionem alguns indicadores de acordo com a sua situação de saúde. Para alguns estados pactuar só a Taxa de Mortalidade Infantil não é suficiente, faz-se necessário também utilizar a Taxa de Mortalidade Neonatal, por isso está sendo deixada alguma flexibilidade no pacto, e essa é a grande novidade desse ano, para que os estados e municípios possam discutir essa variação que existe no país. O sistema do pacto vai permitir a inclusão de indicadores que não estão previstos na "lista básica", ou seja, o sistema vai permitir que os estados entrem com indicadores importantes para aquela região, mas que não estão contemplados no pacto nacional, o que vai dar visibilidade desse processo. Neste ano foi feito um trabalho tentando potencializar o uso do indicador aumentando o seu poder descritivo, utilizando 02 estratégias: 1 - tentar construir séries históricas, já que o pacto ao longo do tempo vem mudando muito, e apenas um

indicador permaneceu igual ao longo desses 03 anos; 2 - realizar uma avaliação de indicadores inter-relacionados, porque muitas vezes um indicador isolado tem pouco significado, mas quando somado a outros passa a representar de fato o que acontece. Daí que a postura foi mais conservadora em relação aos indicadores dos anos anteriores, corrigindo os que apresentavam problemas de cálculo, organizando grupos de indicadores que tivessem uma visão de processo e também de resultados. Para os indicadores de processo seria feita uma análise mais curta e o estabelecimento de metas numéricas, e para os de resultados, os estados e municípios pactuariam tendências e não necessariamente números ou metas numéricas. Esses indicadores de processo dariam uma visão de mais curto prazo da organização ou reorganização dos sistemas, sendo possível dessa forma prever a seleção de indicadores a partir de necessidades e características regionais. Outro ponto importante que embasou a discussão foi que avaliação do pacto teria que se dar no ano seguinte de uma forma diferente, que pudesse realmente detectar movimento, melhorias de mudanças nos municípios e nos estados, e não somente se foi alcançada uma meta. A idéia é de que o processo de avaliação possa utilizar o conjunto de indicadores para tentar detectar uma melhoria na performance dos municípios e dos estados, através do estabelecimento de pesos para esses indicadores, fazendo uma análise global de uma forma mais geral e não tão linear com vem sendo feito. Com isso vai se tentar definir intervalos aceitáveis ou não, já que se sabe que a utilização de apenas 01 ou 03 indicadores pode limitar muito a análise, como aconteceu com a que está sendo feita para a NOAS. Apesar de todos os problemas o pacto vem sendo aceito pelos municípios, e o grau de adesão em 2001 foi muito grande, daí a necessidade de qualificar e avançar no processo. Dentro do raciocínio de selecionar indicadores estratégicos, segundo a NOAS, foram selecionados indicadores principais e complementares. Os principais são os que devem ser pactuados por estados e municípios, e os complementares são os que podem ser utilizados conforme a realidade regional. Alguns indicadores são utilizados por municípios com menos de 80.00 habitantes, outros por municípios com mais de 80.000 e outros somente para estados. Na área da **saúde da criança**, como indicadores principais ficaram: o Número Absoluto de Óbitos Infantis ou Taxa de Mortalidade Infantil, dependendo do porte do município; a proporção de óbitos

infantis por causas evitáveis e a proporção de óbitos infantis por causas mal definidas, já que muitas vezes a taxa de mortalidade cai, mas a proporção por causas evitáveis permanece muito alta, o que o torna um indicador muito importante. A Taxa de Internação por IRA em menores de 05 anos e a cobertura vacinal por DTP em menores de 1 ano e para os estados a homogeneidade da cobertura vacinal, já que foi possível detectar que muitas vezes o estado alcança um indicador bom de cobertura vacinal, mas que isso não é homogêneo, já que ocorre às expensas dos municípios de maior porte, estando muitos de pequeno e médio porte sem alcançar a cobertura recomendada. Como indicadores complementares o número absoluto ou a Taxa de Mortalidade Infantil Neo Natal e a proporção de crianças com baixo peso ao nascer. Em relação à **saúde da mulher**, como indicadores principais ficou a Taxa de Mortalidade Materna, Número de Casos Confirmados de Tétano Neonatal, Proporção de Recém-nascidos de Mães com 04 ou mais consultas de pré-natal, Proporção de Óbitos de Mulheres em Idade Fértil e Cobertura de Exames de Colpocitologia em Mulheres em Idade Fértil. Nos indicadores complementares entraram 02 Taxas de Mortalidade por Câncer: de colo de útero e de mama, o Número de Casos Confirmados de sífilis congênita e a Proporção de recém-nascidos de mães com 07 ou mais consultas de pré-natal. Em relação ao **Controle da Hipertensão e Controle do Diabetes**, houve um incremento dos indicadores Taxa de mortalidade por doenças cérebros-vasculares (principal), que ao longo do tempo tende a mostrar o impacto da reorganização dos serviços médicos no controle dessas patologias, e a Taxa de internação por insuficiência cardíaca congestiva (complementar), já que o único contemplado era a Taxa de internação por acidente vascular cerebral na população. No controle do Diabetes foi colocado com principal a Taxa de internação por cetoacidose/coma diabético e como complementar a Taxa de internação por Diabetes. É importante registrar que se procurou utilizar indicadores para os quais existem bases de dados possível de serem fonte para o seu cálculo. Em relação à **Tuberculose** ficaram como principais o Percentual de Cura nos Casos Novos e o Percentual de Abandono do Tratamento, e como complementares a Taxa de Tuberculose Pulmonar Bacilífera e a Taxa de Mortalidade por tuberculose. Para a eliminação da **Hanseníase** ficaram como principais o Percentual de Abandono do Tratamento e a Taxa de

Detecção de Casos, e como complementares o Percentual de Cura dos Casos Novos e diagnosticados, a Taxa de Prevalência da Doença e o Grau de Incapacidade Física na 1ª Consulta. Em relação à **Saúde Bucal** o indicador polêmico que era a Concentração de Procedimentos Odontológicos foi modificado, ficando como complementar. Como principal ficou a Taxa de Cobertura de Primeira Consulta Odontológica e como complementar a Cobertura de Procedimentos Odontológicos Coletivos na população de 0 a 14 anos e a proporção de Exodontias em relação às Ações Odontológicas Básicas Individuais. Os **indicadores gerais** são os diretos, que vão dizer da reestruturação e reorganização dos sistemas, como principais temos: Proporção da População coberta pelo PSF, Proporção de casos de Sarampo investigados em 48 horas após a notificação, que identifica a agilidade da implantação do Sistema de Vigilância Epidemiológica; Cobertura Vacinal contra Influenza em Idosos e Consultas Médicas nas especialidades Básicas/ano e como complementares Visita Domiciliar por família/mês, a cobertura e a alimentação do SIM, a cobertura e a alimentação do SINASC, a cobertura e a alimentação do SINAN. O limitador do uso da Taxa de Mortalidade que deixou os municípios muito confusos no ano passado foi a falta de implantação dos sistemas em alguns casos. Com a implantação do SIM no município haveria uma tendência de aumentar a taxa de mortalidade infantil e usar isso como um indicador complementar do indicador taxa de mortalidade vai qualificar e dar uma visão do que de fato está acontecendo. Em conclusão, a perspectiva é a de ter aprovação dos indicadores na CIT, realizar as oficinas com as SES em maio, e até 29 de maio os municípios estariam enviando os seus pactos, e até 29 de junho o prazo para as SES enviarem ao Ministério Saúde. Está em desenvolvimento um sistema que vai agilizar essa pactuação de forma diferente em relação ao ano passado, estando em fase de conclusão. O **Secretário Estadual de Saúde de Alagoas - Dr. Álvaro**, falou sobre a questão da flexibilidade dos indicadores, e sugeriu a inclusão do indicador Consultas Básicas de Urgência dentro dos indicadores gerais. Disse acreditar que a Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados deveria ser pactuado em municípios com mais de 80.000 habitantes. **Dr. Sílvio Mendes** considerou a lista dos indicadores extensa, e sugeriu concentrar quantitativamente indicadores que pudessem agilizar a avaliação e o

acompanhamento de forma dinâmica e não concentrado num só período (final do ano). **Dr. Cláudio Duarte** - colocou que a sugestão feita pelo Dr. Álvaro Machado será estudada, porém relacionando numa proporção com consulta básica por população, criando um indicador composto para medir se o processo de atenção está se dando no pronto atendimento ou na rede básica. **Dr. Álvaro Machado** - falou que a sua proposta é identificar dentro da atenção básica o que é de resolução própria da atenção básica, realizar pronto-atendimento básico, e/ou referenciar. O **Secretário Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, Dr. Solla** - colocou 02 pontos: o primeiro é sobre os indicadores da saúde bucal, para os quais pode passar a idéia de uma certa priorização da consulta odontológica individual em relação aos procedimentos coletivos, e para os quais sugere que, não seja feita a separação entre indicadores principais e complementares, para que não haja interpretação equivocada; o segundo ponto, é o reforço da questão ligada à proporção de óbitos em mulheres em idade fértil, estendendo aos municípios, e dentro da mesma lógica incorporar a proporção de óbitos em menores de 1 ano, com vista à investigação da mortalidade materno-infantil do país. O **Dr. Mercadante**, condensando o assunto, colocou que a idéia é recolher essas informações, levar para o grupo de trabalho fazer a análise técnica das propostas feitas. **Dr. Cláudio** indagou se o cronograma de pactuação ascendente ficava mantido, ao que foi aprovado. Continuou, falando da importância desse pacto para a construção da NOAS, que ele se daria também com uma avaliação qualitativa, e por mais problema que o instrumento possa ter, ele é o que está testado e baliza a avaliação das responsabilidades da atenção básica, segundo a NOAS. **6) Mortalidade Materna – Situação e Propostas** – Iniciou o **Dr. Cláudio** falando sobre as macrorregionais realizadas em todo país, com a participação das SES, COSEMS, Ministério da Saúde, e a apresentação ilustra aspectos ligados à pactuação e ações que estão sendo realizadas nesse campo. A **Dra. Tânia Lago** falou: 1) a mortalidade materna é uma prioridade, e até o momento não há indicativo de que ela venha se reduzindo. Por conta disso, no início do ano foi iniciado um processo de discussão sobre que estratégias poderiam ser propostas e implementadas, de modo a de fato começar haver redução da mortalidade materna. O relatório das macrorregionais está sendo editado e será enviado para todos os participantes das reuniões, e informou que

para a apresentação está trazendo uma síntese das macroestratégias identificadas em todas as regiões e, além disso, discorrer sobre as informações atualmente disponíveis sobre a mortalidade materna. Iniciou a apresentação do material áudio-visual falando sobre a curva de mortalidade materna de 1980 a 1999, a influência dos registros sobre a mesma. Dado que o SIM só possui dados até o ano de 1999, informou que o monitoramento da mortalidade materna tem sido realizado com base na taxa de letalidade materna hospitalar no SUS, seja a total ou a no parto, a única captada no SIM. Em seguida falou sobre os estados que apresentaram elevação da Taxa de Letalidade Materna Hospitalar no SUS em 1998, em número de 10. Com relação à evolução de 1995 a 2001, o que se percebe é que no total do Brasil a letalidade vem caindo, e apenas 08 estados apresentam declínio constante – BA, PR, PB, MA, RS, CE, RO e AC. Com relação ao componente hospitalar para a assistência materna e possibilidades de redução da mortalidade conclui que apesar dos investimentos feitos (financiamento e recursos logísticos), só há resultados naqueles estados que já tinham altas taxas de mortalidade. Em relação ao pré-natal mostrou os municípios que aderiram PHPPN, que até abril de 2002 são 3.000, os municípios com adesão ao programa, existem estados com baixa adesão (AM, PA, RS e alguns do Nordeste). De todos os municípios que aderiram ao programa, mostrou a produção de 1.200, que estão concentrados no Estado do Paraná, onde 92% dos municípios aderiram e apresentam produção, Demonstrou ainda que no estado de São Paulo, do Ceará e nos demais estados, menos de 50% dos municípios aderidos apresentam produção, o que em razão da pequena quantidade de informação gerada, não há como se fazer uma avaliação. Com relação à síntese das propostas das macrorregionais foram identificados os seguintes pontos com imprescindíveis para a redução da mortalidade materna no Brasil: a) ampliação do acesso ao planejamento familiar, até muitas mortes maternas se dão em mulheres com contra-indicação para engravidar; b) captação precoce da gestante, como única forma de trazer a mulher para ser assistida, identificar o risco gestacional e proceder às condutas adequadas; c) vínculo entre a assistência pré-natal e as emergências obstétricas e o parto, que ainda não está acontecendo; d) vigilância do óbito materno, já que não existem parâmetros para avaliar se as estratégias utilizadas nos estados e municípios tem surtido resultado; e) controle

e participação social, não é somente uma retórica, já que a população feminina menos conhece é o fato de que as mulheres, em 2002, estão submetidas aos mesmos riscos de morrer que as mulheres do início dos anos 80, daí é fundamental que isso seja divulgado, e que se estimule formas locais de controle social para monitorar essas ações; f) capacitação e sensibilização de profissionais, desde o PSF, para o qual se fala em capacitação, e para os demais profissionais em sensibilização para o problema. **Dr. Cláudio Duarte** colocou que quando se analisa as causas dessas mortes maternas elas são as mesmas de 15 anos atrás, o que indica que se tem problemas também na questão do risco, como as causas relacionadas a hipertensão, sangramento e infecção. No que respeita a mortalidade infantil o padrão mudou, entende que é necessária uma avaliação das mudanças que ocorreram no sistema de saúde, influenciando na alteração do perfil do adoecimento e morte das mulheres. Está em curso um estudo dos óbitos, em todas as capitais, qual o diagnóstico, a causa do óbito, em relação às variáveis (assistência, acesso, condições de pobreza, etc). Aberta a discussão, o **Dr. Guedes** colocou que o que tem para investigar na mortalidade materna é muito menos que na mortalidade infantil, e que não se consegue o mesmo resultado. Onde os Comitês de Mortalidade materna atuam os resultados são de aumento, até por conta do refinamento da busca. **O Dr. Otaliba Libânio** colocou que para conhecer a mortalidade materna é preciso melhorar a investigação, já que de regra o município pesquisa os óbitos de mulheres em idade fértil e a partir desses é que chega à mortalidade materna. Como esses números são pequenos não se chega com clareza às causas determinantes. Defendeu a associação da investigação dos óbitos neonatais com os óbitos maternos, nos aspectos ligados às causas, que muitas vezes são comuns, o que permite a identificação nos dois casos. Falou da necessidade de integrar o SIM ao SIH, no sentido de acoplar os óbitos não notificados como óbito materno na declaração de óbito, porque apesar de haver os campos específicos no atestado de óbito, as vezes na internação hospitalar ele já existe lá, então deve haver um jeito de vincular até do ponto de vista de faturamento da AIH que haja uma concomitância nas informações dos diversos documentos. **Dra Tânia** falou que as colocações dos Drs Guedes e Otaliba são interessantes para a história da investigação e que a idéia de um incentivo já foi pensada. Além disso, mesmo

aonde está havendo a investigação, o uso dessas informações para mudar a situação concreta que gera a morte também não tem acontecido. Disse achar que há uma ação a ser feita que só pode ser local que é a de envergonhar o profissional que deixou essas mulheres morrerem. Assim, será realizada uma reunião em parceria com a SAS, e com a participação dos estados e municípios para aprofundar essa avaliação dos indicadores. Será feito o mesmo que é feito em todos os dias 28: enfrentar a imprensa e explicar que a mortalidade não ainda não caiu. A SPS e a SAS continuam à disposição para apoiar qualquer município ou estado que queira desenvolver um plano de ação local para redução da mortalidade materna. **7 - Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – PROMED – Dr. Cláudio** – informou que no dia 23 de março o programa foi lançado pelos Ministros da Saúde e da Educação em reunião que contou com a presença de representação do CONASS e do CONASEMS, e trata-se de uma estratégia no sentido de valorizar uma ação voltada para a formação e graduação, no qual estão sendo colocados 8 milhões de reais o que se constitui numa coisa inédita na história recente do SUS. O programa está baseado na experiência do Projeto UNI, e visa desenvolver a implementação das novas diretrizes curriculares no curso médico e nos cursos da área da saúde, aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação. Ressaltou a importância do projeto na perspectiva da construção dos sistemas regionais de saúde, particularmente no que diz respeito à implementação do PSF e dos seus pólos de capacitação. Uma grande queixa dos gestores é de que as Universidades estão afastadas do processo de construção das políticas de saúde, e esse projeto pressupõe um acordo da faculdade de medicina com o gestor local e regional, para que a partir disso, essa cooperação possa ser valorizada. Esse montante de 8 milhões está destinado a financiar 20 projetos nessa primeira etapa, os quais serão analisados por uma comissão de “experts” que vão considerar além da implementação das diretrizes curriculares, a relação com o gestor local, a mudança nas práticas de ensino, metodologias e conteúdos dos currículos médicos. Está sendo desenvolvida uma estratégia semelhante com formato diferente em relação aos cursos de enfermagem, para os quais foi estabelecida uma parceria com a ABEN para apoiar ações e medidas que visem o estímulo às escolas de enfermagem, no sentido de promoverem mudanças

curriculares. O material relativo ao programa está disponível nas pastas, e até o dia 26 de abril estarão sendo recebidas pré-propostas de qualificação, e após análise serão selecionados cerca de 40 projetos para uma avaliação mais aprofundada, inclusive in loco, e que selecionará 20 projetos. Nessa primeira etapa estão sendo colocados esses 8 milhões, mais já está sendo discutidos recursos adicionais do MS, oriundos do projeto de cooperação com o Banco Mundial, e talvez já no 2º semestre desse ano se possa avançar no financiamento de outros projetos. Esse projeto está sendo feito com assessoria técnica da OPAS, com o Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira, CONASS e CONASEMS, Associação Brasileira de Ensino Médico, ABEN, e a Rede Unida que está atuando como um pólo dinamizador no processo de implementação. Após o dia 26 de abril estarão sendo realizados seminários regionais para discutir a questão, com a participação de todas as entidades interessadas. **Dr. Ênio** - parabenizou o Ministério da Saúde pelo projeto, e disse que neste caso ele veio substituir a Kellogs, já que quando começou o projeto de Marília em 1993, ficou muito incomodado, quando aquela multinacional veio dizer que a Faculdade tinha que se integrar com os serviços e ter a participação da comunidade que tem 3 eixos fortes: a academia, a comunidade e os serviços. Então o fato do Ministério da Saúde estar entrando nesse projeto, assumindo o seu papel, melhora a área de serviços, a academia e é também importante para qualificar a participação da comunidade. **Dra. Beatriz** - colocou que em Campo Grande está sendo executado já há 3 anos um projeto semelhante com uma faculdade de medicina particular porque a federal não aceitou a parceria, e todo o currículo está estruturado à partir das ações dos AGCS e do PSF. Os alunos vão evoluindo com as atribuições do sistema municipal, passando pela atenção básica e depois pelos procedimentos especializados, e os resultados tem sido muito bons. O **Secretário Estadual de Saúde do Piauí, Dr. Fernando Correia Lima** - disse endossar os parabéns dirigidos ao Ministério da Saúde pela iniciativa, e lembrou que há pelo menos 20 anos fala-se em formar médicos generalistas, sem sucesso. De fato, formar médico para a verdadeira realidade social não funcionaria sem o mercado que é o regulador básico de toda essa formação. Como agora se tem o PSF que é um mercado aberto, isso vai vingar, e disse que fará esforços para que a universidade no Piauí possa participar. **Dr. Mercadante** -

disse que o momento da assinatura da PRT foi um momento histórico, porque quem imaginaria que em algum momento os Ministros da Saúde e da Educação, o CONASS, o CONASEMS o Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira e a ABEM todos falando a mesma coisa sobre a mudança do currículo médico? O discurso do Ministro da Educação surpreendeu uma vez que ele se colocou de acordo com a mudança de currículo na graduação em medicina, na linha de formação do médico de família em todas as universidades federais. Foi um momento político muito forte e vamos colher os frutos disso nos próximos anos. Não se trata de movimento da medicina comunitária, da social, da preventiva, mas alguma coisa que atinge o coração da escola médica, os catedráticos, os especialistas e terá que ter o envolvimento dos gestores. **8 -**

Redução de Acidentes de Trânsito e Promoção da Saúde em Aglomerados Urbanos

Dr. Cláudio – informou que foram captados 15 milhões de reais oriundos do DPVAT, que serão destinados ao financiamento do Projeto de Promoção da Saúde nos Aglomerados Urbanos de todo país, a partir de estudos de óbitos por acidentes de transportes. O assunto já foi discutido com o CONASS e CONASEMS em oficinas e já está em fase de implementação. Informou que a maior parte destes recursos serão usados para promoção da saúde, em ações intersetoriais, de melhorias de bancos de dados, capacitação e sensibilização dos vários gestores envolvidos na mobilização de sociedades civis e profissionais da área de transporte. Outra parte do recurso será destinada às secretárias estaduais para coordenarem outros órgãos envolvidos, como DETRAN, secretárias de transportes e educação, nas políticas públicas voltadas para enfrentar essa questão. Aproveitando a experiência desse projeto, o DENATRAN e o CONTRAN já sinalizaram com a possibilidade dele se tornar permanente, considerando que os recursos do DPVAT são constantes a cada ano. O Ministro da Saúde nos autorizou a discutir com o CONASS e CONASEMS a transformação desse projeto em projeto permanente, e a possibilidade de criar um fator de incentivo para a promoção da saúde nessa questão. Está sendo enviado à estados e municípios documentação contendo um Plano de Trabalho Padrão que servira de base para as secretárias, lembrando que o prazo para assinatura de convênios com estados e municípios vai até junho, e que os recursos estão depositados no Fundo Nacional de Saúde. **Dr. Mercadante** comentou que a

utilização desse recurso se constitui num desafio porque ele foi mal utilizado até agora em campanhas de trânsito na mídia, sem impacto, sem um perfil de política pública adequada, e vai ser um desafio porque ninguém acredita que seremos capazes de aplicar 15 milhões em curto espaço de tempo e com impacto nos indicadores de mortalidade. **Dr. Cláudio** chamou a atenção para o fato de que o Fundo Nacional de Saúde precisa prestar contas desses recursos ao CONTRAN, e sugeriu que se começasse a trabalhar os planos de trabalho e viabilizar o repasse para que se tenha nesse primeiro momento uma certa tecnologia de prestação de contas. O critério de seleção dos municípios foi baseado em: aglomerados urbanos e riscos, tendo sido montada uma fórmula que trabalhou números de óbitos, mortalidade proporcional e coeficiente de óbito absoluto, e foi trabalhado com assessoria da UNB. A distribuição de recursos foi feita com base num per capita de 12 mil reais por 100 mil habitantes, para que se trabalhe num primeiro momento um mínimo de ações. **Dr. Álvaro** – parabenizou o MS pela iniciativa, frisando que devem ser concentrados esforços para combater a violência, já que aumentam a cada dia as mortes devidas a causas externas, que já supera a mortalidade decorrente de doenças infecciosas. Disse que no Estado de Alagoas são cerca de 5 óbitos por dia decorrentes de acidentes de trânsito e homicídios, e que em função disso foi feita uma discussão a respeito do assunto, cujos resultados estão sendo publicados pela imprensa nesse final de semana. Perguntou sobre a forma de repasse dos recursos, e o **Dr. Cláudio** respondeu que nesse primeiro momento em função de alguns prazos eleitorais para o repasse, poderia se tentar trabalhar na modalidade de convênio, e que o Ministro da Saúde pediu que fosse trabalhada uma proposta no sentido de garantir que esses recursos sejam permanentes na modalidade de uma transferência automática fundo a fundo a partir de alguma regra ou fator de incentivo que se possa criar. Isso será feito junto com o CONASS e CONASEMS. **9 - Informe - Cadastramento Único e Cartão Nacional de Saúde – Dr. Gabriel Ferrato** – disse que o processo de cadastramento tem se acelerado, tendo havido uma expansão da ordem de 3 milhões cadastros nos últimos meses. Nesse mês de abril, até o dia 18, isso aumentou para 4 milhões e o total até agora chega a quase 20 milhões, dos quais 5 milhões e trezentos mil foram feitos nos municípios piloto, Ontem houve uma reunião com a Caixa Econômica Federal, e com

relação à dúvida que está havendo com relação ao cadastramento e Cartão SUS e a sobreposição com o CADÚNICO, o intuito é de cumprir a PRT Interministerial de 29/11/2001 assinada pelos ministros José Serra e Pedro Parente, que diz entre outras coisas: “à Caixa Econômica Federal, conforme estabelece o art. 2º do Decreto 38.877 de 24/7/2001 que instituiu o Cadastramento Único cabe o processamento dos dados e informações relativos aos beneficiários dos programas sociais, visando garantir a unicidade e a integração dos cadastros, bem como a racionalização do processo de cadastramento” Quando se fala em unicidade e integração dos cadastros está se referindo também ao Cartão SUS. O art. 1º dessa PRT diz que “todas as famílias cadastradas no cadastro único dos programas sociais do Governo Federal serão automaticamente cadastradas no Cadastro do SUS, evitando a duplicação de esforços. ” O parágrafo único dispõe que “ a CEF e o MS/DATASUS serão responsáveis pela transmissão de dados entre cadastros para esse fim, não requerendo procedimentos adicionais do município”. A discussão com a Caixa foi sobre aspectos operacionais desses cadastramentos e ficou claro que há possibilidade técnica de fazer tanto a exportação quanto a importação dos cadastros, de tal forma que os municípios não tenham que duplicar esforços. O entendimento é que obedecendo a PRT, todo o cadastramento relacionado ao Cadastro Único, que se transforma automaticamente em cadastro do Cartão SUS, ele está sendo aceito e a remuneração dos gestores poderá ser feita também pela importação dos dados do CAD ÚNICO para o Cartão SUS. Isso depende de uma PRT que está sendo minutada. Da mesma maneira, a base de dados do Cartão SUS poderá ser usada e complementada com as informações necessárias para a geração do Cadastro Único, a critério do gestor municipal, o que está absolutamente resolvido do ponto de vista técnico, e não há nenhum impasse, o que há é falta de informação em alguns casos. Colocou-se a disposição para esclarecimentos e discussão do assunto. **Dr. Solla** – colocou que há algumas questões em relação ao assunto, e que no art. 5º da PRT está colocado que a CEF vai disponibilizar um aplicativo que possibilite a captação de dados para o cartão SUS e a transferência para o CAD ÚNICO, na outra PRT Interministerial colocava-se essa possibilidade que não se concretizou, e as informações que estavam sendo disseminadas pelos municípios é de que isso não seria mais possível, só poderia ser feita a

transferência do CAD ÚNICO para o CAD SUS. Em relação ao Bolsa Alimentação, pela PRT, a decisão de quem são os beneficiários seria do Conselho Municipal de Saúde, porém quando se faz a captação de possíveis beneficiários a partir da base de dados do CAD ÚNICO originária da Bolsa Escola, mesmo colocando para o gestor municipal a aprovação desse levantamento anterior, é uma situação delicada porque uma coisa é dizer quem são os beneficiários e outra é dizer que aqueles potenciais beneficiários não vão ser aprovados pelo município. No processo anterior o Conselho Municipal de Saúde define os beneficiários usando também outros critérios que não somente o de renda podendo incorporar outros critérios. Cabe lembrar que o número de bolsas não é suficiente para ser estendido a toda a população que preenche o critério de renda na maior parte dos casos. Então quando esta lista é submetida ao gestor municipal, ele fica numa situação delicada, porque ele fica com 2 decisões possíveis: acatar, e nesse caso ele fica sem a possibilidade de incorporar outros critérios, ou não acatar, e aí assumir o ônus de estar excluindo do benefício aqueles potenciais beneficiários. **Dr. Cláudio** – disse concordar com o Dr. Solla com relação a situação dos gestores, mais disse que é importante deixar claro que o MS não está selecionando os beneficiários a partir de um banco de dados da Caixa Econômica, e que quem define beneficiários é o gestor local e o Conselho Municipal de Saúde. **Dra. Denise** – disse que a idéia original do Programa Bolsa Alimentação foi de montar o cadastro encima do cadastro do SUS, quando houve o advento do Cadastro Único dos programas do governo federal e a decisão de que o Bolsa Alimentação deveria utilizar esse cadastro. Foram então tentadas adaptações para tornar isso viável mantendo as características do programa e respeitando a PRT. A primeira providência foi solicitar a inclusão de uma pergunta, a 271, que diz “o beneficiário é prioritário para o Programa da Bolsa Alimentação?”, com o objetivo de fazer o primeiro comando da ação local de pré-seleção das crianças ou das famílias especificamente para o programa da saúde. E as crianças devem ser identificadas através da vigilância nutricional local, pelos AGCS etc. O processo de cadastramento local é muitas vezes integrado entre as várias secretarias, e há hoje 3200 municípios aderidos ao Programa. Quando são recebidos os cadastros em nível federal é feita uma pré-seleção dessa pergunta e é feita a

disponibilização dessa lista para o gestor municipal pela internet, e-mail ou por fax, porém essa lista não é completa: é feita a pré-seleção baseada na pergunta 271 e a segunda seleção é feita considerando o teto de bolsas destinado ao município. Então não é disponibilizado um numero maior de nomes do que o teto de bolsas do município, justamente para evitar problemas para o município, e esta lista é feita baseada nos critérios já apresentados: todas aquelas características sócio-econômicas daquelas famílias que são contempladas no cadastro do SUS e a renda. Essa lista é encaminhada ao gestor municipal e ele tem a possibilidade de discuti-la com o Conselho Municipal, fazer os seus procedimentos locais e ainda poderá fazer o gerenciamento local de exclusão de beneficiários, caso eles não sejam aprovados no Conselho em caso de uma decisão local de que esse beneficiário não deva ser contemplado. Quando entramos num lote de beneficiários no que se chama de prévia, é enviada uma carta ao Secretário Municipal de Saúde, e ele terá toda a informação de datas, a página aonde ele deve entrar, uma senha para acesso exclusivo do município, e os coordenadores estaduais também são informados por carta sobre os municípios que entraram naquele momento. Na prévia de abril por ex, havia 916 municípios para os quais foram encaminhadas essas cartas, e 54 desses fizeram o cancelamento total dos beneficiários alegando que aquela não era de fato a lista que a saúde requeria. Além disso 334 municípios fizeram cancelamentos parciais, e 78 outros municípios que não tiveram tempo de fazer todo esse processo e solicitaram mais um tempo, então essas prévias foram desconsideradas para abril e jogadas para maio. **Dr. Guedes** – colocou que o Ministério Público estará promovendo no dia 6 de maio uma audiência governamental para a qual serão chamados os Ministérios da Educação e da Saúde e os demais ministérios envolvidos para discutir a problemática dos cartões e dos cadastros. Na realidade, o Cartão SUS nasceu primeiro e o financiamento da sua segunda etapa preocupa, porque quando foi levantada a hipótese de que o FURST permitiria implantar rapidamente as outras etapas do cartão, todos ficaram contentes. Nesse momento na medida em que aparece o estímulo ao uso de telefone para a população mais pobre para onde irá o dinheiro do FURST? Talvez seja mais pratico para os operadores do sistema telefônico dar preferência para esse tipo de gasto, e a perspectiva de implantação do Cartão SUS fica questionada com relação ao prazo. Disse que a seu ver o

Cartão SUS é o único que pode existir no país e o CAD ÚNICO de benefícios sociais é uma concepção errada porque os benefícios não são universalmente colocados, e só a saúde é que é universalmente colocada no país e os outros deveriam ser agregados nesse processo. Se Cartão SUS tem pouca velocidade de implantação e não dá para contemplar todos os programas, deve ser estudada uma forma de agilizar a sua implantação. **Dr. Ênio** – colocou que o art. 2º da PRT Ministerial deixou os gestores tranquilos porque estavam cadastrando para o Cartão SUS e a idéia era de complementar com algumas informações e isso migraria para o CAD ÚNICO. Na prática isso não aconteceu talvez porque para a CEF o forte seja o CAD ÚNICO, e não foi possível fazer a migração e chegou-se a conclusão que tem de fazer os dois, o que é complicado nesse momento. Sugeriu que se pegasse um município que já tenha feito o Cartão SUS e outro que tenha feito o CAD ÚNICO, se tente fazer a migração, e caso isso seja possível a questão estará resolvida. **Dr. Solla** – sugeriu que para operacionalizar inclusive o que está colocado na PRT, tem de haver: 1 - a possibilidade de se dispor de programas para fazer a exportação nas duas vias, 2 – tem de ter 2 tipos de formulários, tem um formulário do CAD ÚNICO mais precisa ter um formulário de complementação do CADSUS como havia antes para o Bolsa Alimentação, 3 – deve ser feita uma consulta ao município antes de colocar a lista de possíveis beneficiários a partir do CAD ÚNICO feita por outra secretaria do município na Internet. **Dra. Denise** – disse que a lista é sigilosa, e só o Secretário de Saúde tem acesso a ela. **Dr. Solla** – disse que o gestor ao receber essa lista ele no mínimo tem de apresentá-la ao Conselho Municipal de Saúde e aí vai ser criado um problema para o gestor municipal de saúde já que este tem representante dos trabalhadores da saúde, da sociedade civil e dos gestores. Então cabe fazer uma consulta ao gestor se ele concorda que essa lista seja pré-feita e caso ele não concorde que a lista não seja feita, e que só sejam cadastrados aqueles que preencherem pelo CAD ÚNICO o campo 271 ou aqueles que fizerem a complementação à partir do CADSUS. **Dra. Denise** – respondeu que o campo 271 dá esse aval prévio do município já que a lista é enviada para o gestor. E esta foi a maneira considerada mais viável para utilizar o CAD ÚNICO dentro do contexto da Bolsa Alimentação, já que ele foi composto encima de uma base do CADSUS e houve modificações, e está sendo feito um esforço para acertar e

utilizar em harmonia com os gestores municipais. **Dr. Cláudio** – sugeriu que as observações do Dr, Solla sejam consideradas e que seja realizada uma análise do teor do documento que está sendo encaminhado aos secretários municipais, e disse considerar que o princípio está correto: quem define os beneficiários é a SMS à partir das informações disponíveis e o papel do gestor federal é facilitar esse processo. **Dr. Alvaro** - perguntou se os municípios que fizeram o cadastramento único em função de outros programas que não o Bolsa Alimentação tem toda essa base de dados no municípios? **Dra. Denise** respondeu afirmativamente, e o **Dr Alvaro** disse que nesse caso o MS poderia sugerir que o município consultasse essa base de dados para abreviar o tempo que levaria para cadastrar em função do Bolsa Alimentação. Disse que a preocupação do Dr. Solla é pertinente, e que como em alguns casos o número de bolsas é aquém do numero de pessoas que preenchem os critérios do programa, então se esse número já for preenchido com os beneficiários do Bolsa Escola por. ex. fica complicado para o Secretário Municipal de Saúde dizer que vai sair alguém do Bolsa Escola para colocar um do Bolsa Alimentação. **Dr. Sívio** - colocou a sua preocupação em relação a explicação a ser dada para a clientela que vai ser atendida, porque a lógica do Bolsa Escola é a mesma do Bolsa Alimentação, então como se poderá dizer que essas 2 populações são diferentes? Qual o grau de confiabilidade que se terá do levantamento dessa renda familiar? A preocupação é de que estamos vendo passar o tempo e não está havendo agilidade para fazer chegar esse benefício à população, o que é a essência do problema. Indagou se não seria possível apenas complementar com a informação da renda familiar nos casos em que houve avanço no cadastramento para o cartão? **Dr. Gabriel** - disse que os Drs Ênio e Solla colocaram uma questão técnica que tem de ser resolvida, porque a CEF assegura que a migração dos dados é possível. Em relação a prioridades, um programa de transferência de renda é mais visível e mais concreto para a população do que o Cartão SUS, então o Prefeito Municipal deverá estar mais interessado em viabilizar esses programas do que o Cartão SUS. Se o Prefeito decidir priorizar os projetos de transferência de renda ao invés do Cartão, não temos como alterar esse quadro, mais automaticamente ele estará gerando as informações para o cartão SUS. **Dr. Cândido** - disse que o CONASS tem discutido o assunto e que a

questão de fundo se coloca na questão ética de que a universalidade do SUS não pode ser quebrada, e em todos os programas sociais há cortes de renda e se decide encima de pessoas que mais necessitam, e o Cartão SUS é universal. Então com relação ao CADSUS fomos compelidos a fazer uma pactuação para termos esse cartão para melhor universalizar os recursos e os acessos a eles, tem que ser estabelecido de forma muito clara com a CEF de que a base deve ser o CADSUS nos locais aonde ele já está completo e nesse caso deve ser aplicado apenas o formulário complementar da CEF para os programas sociais. **Dr. Cláudio** - disse que não se pode substituir uma discussão operacional por uma discussão mais global de concepção de política pública, nós estamos discutindo que as políticas públicas tem que ser universais e tem que ser focalizadas de maneira combinada para combater as iniquidades e as desigualdades. O Congresso Nacional aprovou o Fundo de Pobreza que é uma coisa inédita em termos de política pública na América Latina, que disponibiliza um montante de 6 bilhões por ano até 2010, e todos os partidos são favoráveis. Então não podemos contrapor um processo operacional a uma discussão biológica, ninguém tem duvida de que o Cartão SUS é universal para o SUS, não é universal para o cidadão brasileiro, porque senão vamos ter acabar com todos os outros sistemas que cadastram pessoas. No futuro vai ser colocada a questão do número de identificação social do cidadão como tem o governo americano, e aí a base do Cartão SUS vai estr incluída. Temos uma questão concreta com relação ao CADUNICO que é a falta de regra de confiabilidade de dados e que está sendo providenciada. A questão do CADUNICO não é política, é operacional, e não podemos parar o cadastramento de pessoas que precisam de recursos, para discutir questões operacionais. Cabe ao MS providenciar todas as medidas no sentido de : 1 - garantir os 2 processos; 2 - garantir a facilidade desses processos e 3 - garantir que eles se somem, não se excluam. **Dr. Guedes** - disse achar que se for decidido que esses programas serão operados pelos municípios devem ser dadas condições para que eles o façam com mais agilidade. **O Subsecretário Estadual de Saúde/RS, Dr. Nelson** - disse que para que o encaminhamento fique adequado devem ser agregadas algumas informações, e já foi tranquilizador o fato de que haja o compromisso de integrar, facilitar e de não duplicar esforços e de manter um protocolo ético mínimo próprio da área da saúde. Foi pactuado há

2 anos uma prioridade importante para o SUS e para área da saúde, e não para o conjunto das políticas, de que se deva estar implementando o cadastro do cartão SUS, e isso foi inclusive objeto das 2 últimas Conferências Nacionais de Saúde. Sugeriu que se possa criar uma comissão ou encaminhar que a mesma discussão que se fez em relação ao cadastro do cartão possa ser feita em relação a essa complementaridade, preservando a pactuação ética. Deve então ser destacado que além de ter o CAD UNICO e o CADSUS, se possa estar pactuando fluxos, instrumentos e garantias para que haja essa migração, garantindo uma pactuação que é nossa, de que o CADSUS será prioritário. **Dr. Mercadante** - sugeriu que fosse feita uma reunião a tarde para a discussão do assunto. **Dr. Otaliba** - colocou que há 2 problemas do ponto de vista operacional: 1 - solução de informática: a importação e exportação dos bancos de dados entre si e 2 - a realidade dos estágios em que se encontram os municípios: há municípios que já fizeram todo o cadastramento do Cartão SUS ou já estão em fase adiantada, e não começaram o cadastro único. Outros começaram o cadastro único e não fizeram o Cartão SUS , então deverá haver estratégias diferentes para cada situação de modo a evitar duplo cadastramento e 3 - é que o município deve ter autonomia na decisão da lista dos seu beneficiários. **Dr. Mercadante** - fez o registro do falecimento do Secretário de Saúde da Bahia, Dr. Zezito, pessoa extraordinária como figura humana, como pessoa da área da saúde, e como médico. Sugeriu que conste da ata da reunião manifestação de condolências da Tripartite à família do Dr. Zezito, apesar de atrasado, como forma de homenagem do CONASS, CONASEMS e do Ministério da Saúde. Finalmente Dr. Mercadante agradeceu a todos e deu por encerrada a reunião.

Visto:

Ministério da Saúde

CONASS

CONASEMS



Ministério da Saúde
Secretaria Executiva
Comissão Intergestores Tripartite
Secretaria Técnica

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT
REUNIÃO ORDINÁRIA DE 18/04/2002
RESUMO EXECUTIVO

O Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, Dr. Otávio Mercadante, conduziu a 3ª Reunião Ordinária, realizada em 18 de abril de 2002.

Pontos da Pauta:

1 – Programa de Incentivos a Mudanças Curriculares–PROMED - lançado no dia 23.3.02 pelos Ministérios da Saúde e da Educação, com a participação de representantes do CONASS e do CONASEMS, e aprovado pelo Conselho Nacional de Educação, o programa visa o desenvolvimento e a implantação de novas diretrizes curriculares para os cursos de medicina. Reveste-se de grande importância na perspectiva da construção dos sistemas regionais de saúde, particularmente no que diz respeito à implementação do Programa de Saúde da Família e dos pólos de capacitação. O projeto tem contado com a assessoria da OPAS, Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira, CONASS, CONASEMS, Associação Brasileira de Ensino Médico, Associação Brasileira de Enfermagem e da Rede Unida, que está atuando como pólo dinamizador no processo de implantação. Um montante de 08 milhões de reais está sendo colocado para a execução da primeira fase do projeto. O Ministério da Saúde estará recebendo propostas de qualificação até o dia 26 de abril, e após

análise das mesmas serão selecionados 20 projetos para implantação do programa.

2. Mortalidade Materna–Situação Atual e Propostas - foi apresentado um panorama geral do que vem ocorrendo no país no período de 1980 a 1999, e apesar das ações implementadas no enfrentamento da questão, não há indicativo de que a mortalidade materna esteja em vias de redução. Em função disso foram realizadas reuniões macrorregionais para discussão do assunto, resultando desses eventos a elaboração de propostas para a redução da mortalidade materna, com base nos seguintes aspectos:

- a) Ampliação do acesso ao planejamento familiar;
- b) Captação precoce da gestante, identificação do risco gestacional e a adoção de condutas adequadas;
- c) Vinculação da assistência pré-natal às emergências obstétricas e ao parto;
- d) Vigilância do óbito materno;
- e) Controle e participação social;
- f) Capacitação e sensibilização de profissionais.

3 - Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças–ECD – foram certificados 52 municípios com vigência de 01.5.2002, sendo 05 municípios do Estado da Bahia, 34 de Minas Gerais, 06 do Pará e 12 de Pernambuco.

4 - Qualificação de Estados (NOAS 01/2002) – não foi apresentada nenhuma proposta de qualificação de estados na NOAS. Foram discutidos: **a)** aspectos relacionados à habilitação dos municípios em estados que não concluíram o PDR, sendo orientado que nesses casos o município deverá entrar com recurso na CIB solicitando a explicitação de um cronograma. Caso o recurso não seja atendido em 30 dias ou se a resposta não for satisfatória, o recurso será

encaminhado à CIT e esta designará uma comissão tripartite para negociar com o estado um cronograma mais acelerado; **b)** garantia de acesso nos módulos sobre gestão estadual, sendo informado que há acordo das instâncias tripartite com relação à necessidade de um Termo de Compromisso de Referência entre estados e municípios quando o estado for gestor para um conjunto de média e alta complexidade para um conjunto de municípios, sendo aprovada a formação de uma comissão tripartite para a elaboração de uma norma; **c)** prorrogação do prazo para habilitação dos estados, para a qual foi acordado que os estados poderão entrar com a documentação que estiver completa no dia 29 de abril, encaminhando o que ficou pendente até o dia 13 de maio, para que haja tempo hábil para a análise das propostas e apresentação das mesmas na reunião da CIT do dia 16.5.02.

5 - Habilitação de Municípios (NOAS 01/2002) - não foram apresentadas propostas.

INFORMES:

1 - Redução de Acidentes de Trânsito e Promoção da Saúde em Aglomerados Urbanos - trata-se de projeto elaborado a partir do estudo de óbitos por acidentes de trânsito e que conta com recursos de 15 milhões de reais, oriundos do DPVAT. O critério de relação dos municípios que entrarão no programa foi baseado em fórmula que trabalhou número de óbitos, mortalidade proporcional e coeficiente de óbito absoluto, sob a assessoria da UNB, no estabelecimento da situação de risco. A distribuição de recursos será feita com base em per capita de 12 mil reais por 100.000 habitantes, que serão repassados mediante convênio, nesse primeiro momento, e posteriormente fundo a fundo. O Plano de Trabalho Padrão está sendo encaminhado às Secretarias

de Saúde dos estados e municípios, e o prazo para assinatura dos convênios vai até o mês de junho.

2 - Plano de Combate à Tuberculose e Hanseníase – o tema não foi apresentado.

EXTRA PAUTA:

1 - Pacto de Indicadores da Atenção Básica - foi informado que o processo vem sendo desenvolvido há cerca de 03 anos e visa qualificar a organização da Atenção Básica a partir de uma sistemática de avaliação e pactuação em torno de indicadores e metas. No ano passado foi acordado na CIT que se teria uma metodologia diferente na definição de indicadores esse ano, para que eles possam refletir minimamente as áreas estratégicas definidas na NOAS para a Atenção Básica e as áreas inseridas na Agenda de Prioridades Nacional, de modo que o processo de pactuação possa contemplar prioridades regionais e/ou estaduais. Os indicadores selecionados foram classificados em principais, que devem ser pactuados por estados e municípios, e complementares, que podem ser utilizados conforme a realidade regional, e refletem as áreas estratégicas da NOAS, quais sejam:

-) Saúde da Criança;
-) Saúde da Mulher;
-) Controle da Hipertensão;
-) Controle do Diabetes;
-) Controle da Tuberculose;
-) Eliminação da Hanseníase;
-) Saúde Bucal;
-) Indicadores Gerais.

A proposta foi aprovada juntamente com o seguinte cronograma de pactuação: serão realizadas oficinas com as Secretarias Estaduais de Saúde em maio, os

municípios devem enviar seus pactos às Secretarias Estaduais até o dia 29 de maio e essas encaminham os pactos ao Ministério da Saúde até a data limite de 29 de junho.

2 - Organização da Câmara Técnica da CIT - o CONASEMS encaminhou ao Coordenador da CIT solicitação de que seja colocada em funcionamento a Câmara Técnica da CIT, conforme especifica a legislação vigente.

3 - Recurso do Município de Uruaçu/GO – o município encaminhou ofício ao Sr. Ministro da Saúde pedindo que fosse revista a sua desabilitação da condição de Gestão Plena do Sistema Municipal. Foi acordada a formação de uma comissão tripartite para proceder a uma avaliação in loco da situação da situação do município, com a maior brevidade possível, com vista à apresentação da questão na próxima reunião da CIT.

4 - Recurso do Município de Itaberaba – o município solicitou que a CIT faça gestões para assegurar a sua habilitação em Gestão Plena do Sistema Municipal, já que o processo está parado há 01 ano. Foi aprovada a formação de uma comissão tripartite para ir ao Estado da Bahia negociar com a CIB um cronograma de realização das ações a cargo do estado, com vista a adequação do mesmo à NOAS.

5 - Cartão Nacional de Saúde e Cadastramento Único – foram discutidos aspectos ligados aos 02 sistemas de cadastramento, e no que diz respeito à seleção dos beneficiários do Programa Bolsa Alimentação, foi sugerido a adoção de medidas para a resolução dos problemas operacionais, na forma de: **1)** uma solução relacionada à informática que permita a importação e exportação dos bancos de dados entre si; **2)** estratégias diferentes para cada situação, na dependência do estágio em que se encontram os municípios, de modo a evitar duplo

cadastramento; **3)** esclarecimento de que o município tem autonomia na decisão da lista dos seus beneficiários.

Foi aprovada uma moção de condolências a família do Secretário Estadual de Saúde da Bahia, recém falecido.