



Ministério da Saúde
Secretaria Executiva
Comissão Intergestores Tripartite
Secretaria Técnica

5ª Reunião
Ordinária 2002

ATA DA REUNIÃO

20.06.02

1. MEMBROS DA COMISSÃO

MINISTÉRIO DA SAÚDE			
Órgão	Representante	T/S	Frequência Acumulada
SE	Otávio Mercadante	Titular	03/05
		Suplente	
SAS	Renilson Rehem de Souza	Titular	04/05
	Maria Helena Brandão	Suplente	02/05
SPS	Cláudio Duarte da Fonseca	Titular	04/05
	Tânia Lago	Suplente	03/05
ANVS	Luís Carlos Wanderley Lima	Titular	
	José Agenor Alvares da Silva	Suplente	02/05
FUNASA	Mauro Ricardo Machado Costa	Titular	01/05
	Jarbas Barbosa da Silva Jr.		04/05

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS			
Região	Representante	T/S	Frequência Acumulada
N	Francisco Deodato Guimarães	Titular	03/05
	Grace Mônica Alvim	Suplente	
	Marta Oliveira Barreto	Titular	02/05
NE	Anastácio de Queiroz e Souza	Suplente	
	José da Silva Guedes	Titular	05/05
SE	João Felício Scárdua	Suplente	
S	João José Cândido da Silva	Titular	03/05
	Maria Luíza Jacger	Suplente	01/05
CO	Fernando Passos Cupertino	Titular	04/05
	Izaías Pereira da Costa	Suplente	

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE - CONASEMS			
Região	Representante	T/S	Frequência Acumulada
N	Eliana Pasini	Titular	04/05
	Márcia Helena C. P. Veloso	Suplente	01/05
	Sílvio Mendes de Oliveira Filho	Titular	05/05
NE	Jorge José Pereira Solla	Suplente	04/05
	Valter Luís Lavinás	Titular	05/05
SE	José Ênio Sevilha Duarte	Suplente	04/05
	Francisco Isaias	Titular	05/05
S	Luciano Ducci	Suplente	
	Otaliba Libânio de Moraes Neto	Titular	04/05
CO	Beatriz Figueiredo Dobashi	Suplente	02/05

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.	FERNANDO ACOSTA	SES/RO
7.	FERNANDO CORREIA LIMA	SES/PI
8.	GERALDO MAGELA MIRANDA	SES/PI
9.	RAISSA OLIVEIRA AZEVEDO	BH/PROESF
10.	MARCONI ROCHA	DDGA/SAS/MS
11.	ROSANE DE M. GOMES	DDGA/SAS/MS
12.	LÚCIA DE PAIVA	DDGA/SAS/MS
13.	JOSÉ CLÁUDIO POMPEU	DDGA/SAS/MS
14.	FRANCISCO C. CARDOSO	DDGA/SAS/MS
15.	HELOISA MACHADO	DGB/SPS/MS
16.	ADELIANA DAL PONT	CONASEMS
17.	M ^a GORETTI F. DA CUNHA	SES/RN
18.	AILTON A. OLIVEIRA	SPS/MS
19.	ANDERSON A. ARAÚJO	SAS/MS
20.	MARIA REGINA DE MORAES	SES/AC
21.	MARIZE B.	DDGA/SAS/MS
22.	TERESINHA FERREIRA	SES/DF
23.	ALIOMAR CARNEIRO	SES/RO
24.	EMILIO FILHO	SES/ES
25.	PAULO CESAR BARROS FERREIRA	SES/ES
26.	SILVANA MARIA	SES/PE
27.	LÚCIA B. CARVALHO	SES/PE
28.	CLAÚDIA ZIRPOLI	SES/PE
29.	ADNEI	SPS/MS
30.	MIRIAN MIRANDA COHEN	FIOCRUZ/ENPS
31.	MARIA ESTHER JANSSEN	CONASS/ST
32.	AMAURY A. GONZAGA	SES/MT
33.	PAULO ORSINI	SES/SC
34.	HAORTA REJANE M. BATISTA	SES/PB
35.	SERAFIM BARBOSA S. FILHO	DAB/SPS/MS
36.	VERA NUNES FIGUEIREDO	DAB/SPS/MS
37.	NEWTON SÉRGIO LEMOS	DAB/SPS/MS
38.	MARIA HURTENSE MOREIRA	DAB/SPS/MS
39.	PATRICIA RALLP MACHADO LEAL	DAB/SPS/MS
40.	CLÉCIO ESPEZIM	SES/SC
41.	SÔNIA REGINA ASIS DE MOURA	SES/BA
42.	JOSUÉ RODRIGUES OLIVEIRA	DENASUS/MS
43.	EDUARDO MACHADO	SESAN
44.	MARCOS E. DE OLIVEIRA	SESAN
45.	MARTA BARRETO	
46.	EURIDES R. CARVALHO BARRETO	
47.	JOCÉLIO VOLTALINI	SES/SC
48.	SOANE ALMEIDA	DDGA/SAS/MS
49.	MIRIAN VIEIRA	DDGA/SAS/MS

50.	FLÁVIO OLIVEIRA	DDGA/SAS/MS
51.	MARIA DE FÁTIMA NAVES	DAB/SPS/MS-PROESF
52.	EZAÚ PONTES	DAB/SPS/MS-PROESF
53.	TERESINHA GOMES	SESPA/PA
54.	GISELE BAHIA	DDGA/SAS/MS
55.	SILVANA PEREIRA	DDGA/SAS/MS
56.	MARCUS VINICIUS	DAB/SPS/MS
57.	JORGE VILLAS BOAS	SES/AL
58.	VERA MARIA S. RESENDE	SES/SE
59.	FERNANDO ANTONIO MARTINS	SES/PA
60.	ALTAMIR RIBEIRO LAGO	SES/RR
61.	LUIS FERNANDO SAMPAIO	DAB/SPS/MS
62.	CARLOS A . DE MATOS	DDGA/SAS/MS
63.	ANA CATARINA DE LUCENA	DDGA/SAS/MS
64.	PATRICIA TAVARES R. LUCHESSE	ENPS/FIOCRUZ
65.	LAZARO R. F. LEME	SES/GO
66.	GILDANE ANGELO DA SILVA	COSEMS/MA
67.	LUZIA SALOMÃO BUTO	SES/MA
68.	FERNANDO MARTINS JR.	SES/RS
69.	MARIA VELOSO	CONASEMS
70.	MARCELO CORREIA	SIS/MS
71.	ROGÉRIO CARNEIRO	SMS/AJU/COSEMS/SE

3- PAUTA

1. Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças – ECD – FUNASA/MS
 - 1.1 – Certificação de Municípios
2. Qualificação de Estados (NOAS 01/2002) – SAS/MS
3. Habilitação de Municípios (NOAS 01/2002) – SAS/MS
 - 3.1– Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada
 - 3.2– Gestão Plena do Sistema Municipal
4. – Avaliação do Processo de Implantação da NOAS nos Estados – CONASS
- 5 – Projeto de Apoio a Expansão do Programa de Saúde da Família – SPS/MS

4 - Desenvolvimento da Reunião - o Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite-CIT, Dr. Otávio Mercadante conduziu a 5ª Reunião Ordinária da CIT que contou com a presença do Excelentíssimo Sr. Ministro da Saúde Dr. Barjas Negri, que cumprimentou e agradeceu aos membros da CIT pelo êxito alcançado nas ações contra Dengue, seja na redução do número de casos e ou na redução do ritmo de crescimento naqueles municípios onde houve aumento do número de casos notificados. Cumprimentou a todos pelas ações nas campanhas de vacinação, dizendo do êxito alcançado com a campanha de vacinação dos idosos onde se conseguiu ultrapassar a meta, pela boa adesão na campanha de combate ao câncer cérvico-uterino, e também pelo trabalho de cadastramento e de exames das pessoas portadoras de hipertensão e diabetes. Disse que apesar das dificuldades existentes, o Ministério tem conseguido distribuir os medicamentos, que as ações continuam, e que espera ter contato com todos, periodicamente, através dos Presidentes do CONASS e CONASEMS, para que possa participar das reuniões, estabelecer algumas ações conjuntas, trocar críticas e sugestões. Fez um apelo para que se esteja alerta na vigilância do combate a dengue, porque se for feito um trabalho bem articulado com a FUNASA muitos problemas como os que ocorreram, serão evitados. Serão anunciadas e muito provavelmente na próxima semana, ações importantes para auxiliar estados e municípios numa força tarefa até o final do ano. A FUNASA formatou um levantamento de alguns investimentos que serão feitos na compra de veículos, máquinas e aparelhos, e haverá uma elevação do teto destinado exclusivamente para auxiliar os municípios na contratação de pessoal, numa articulação com os estados. A FUNASA já concluiu os estudos relativos a existência de demanda reprimida em áreas onde é necessária a contratação de agentes. As portarias estarão sendo divulgadas em no máximo 10 dias, para que os estados e municípios possam se articular. A idéia é de que em se fazendo uma ação já a partir do mês de agosto, se terá uma situação mais tranqüila em janeiro, fevereiro e março. Falou que está sendo concluída uma quantidade enorme de investimentos nos estados e municípios através do Projeto REFORSUS, que se encontra em fase final de execução e isso tem trazido dificuldades em relação ao teto dos estados, e que o Dr. Renilson Rehem tem discutido com os secretários estaduais o dimensionamento dessa demanda, sobretudo em relação às várias unidades que tiveram seus investimentos concluídos, foram inauguradas e estão entrando em funcionamento, para as quais estão sendo elevados os teto, para começarem a funcionar com pelo menos com 30 a 60% de sua capacidade. Como ainda existem projetos em andamento, no 2º semestre é importante que os secretários municipais se articulem com os secretários estaduais, e que a Secretaria Estadual se articule com a SAS, para que não aconteça que uma unidade inaugurada fique sem funcionar por falta de teto. Disse ainda que é responsabilidade do MS auxiliar no investimento e também de equacionar a entrada dessas unidades de saúde no sistema. Finalizou desejando a todos um bom trabalho nessa reunião e nas próximas. **1 - Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças-ECD** - foram certificados com

vigência de 1º de julho de 2002, um total de 49 municípios, sendo: 01 do estado da Bahia, 03 de Goiás, 10 do Maranhão, 13 da Paraíba, 06 do Piauí, 01 do Rio Grande do Norte, 14 do Rio Grande do Sul, 01 de São Paulo. **Dr. Jarbas Barbosa** colocou que não foi possível trazer hoje o relatório conclusivo sobre o pleito do município de Rio Branco, e que o mesmo será apresentado na próxima reunião. **2 - Qualificação dos Estados (NOAS 01/2002)** - foram qualificados em Gestão Plena do Sistema Estadual pela NOAS 01/2002, os estados do Pará, Santa Catarina e Sergipe. O estado do Amapá foi qualificado em Gestão Avançada do Sistema Estadual. A Secretária Estadual de Saúde de Sergipe, Dra Marta Barreto, parabenizou os técnicos da Secretarias Estadual e Municipal de Saúde de Aracajú pela forma como foi trabalhada a pactuação, o que representou um grande salto de qualidade. O Secretário Estadual de Saúde de Santa Catarina, **Dr José Cândido**, agradeceu aos técnicos da SAS pelo assessoramento contínuo em varias reuniões da CIB e outras reuniões técnicas realizadas em todo o estado. Disse que houve uma reaproximação entre a SES/SC e o COSEMS, sendo as relações retomadas, agora em novas bases. Agradeceu aos técnicos da SES e à Diretoria de Planejamento, que se mobilizaram no sentido de estabelecer uma PPI, onde as responsabilidades de cada gestor estão bem definidas, e ao Ministério da Saúde, COSEMS e técnicos da SES/SC. **Dr. Mercadante** informou que a SES/SC disponibiliza publicação muito interessante sobre a regionalização do estado. A Secretária Estadual de Saúde do Pará, **Dra. Márcia Helena** agradeceu o empenho dos técnicos da SES/PA e dos técnicos do COSEMS em relação ao processo de qualificação do Estado do Pará, principalmente no que diz respeito a consolidação da PPI da assistência, e registrou o apoio dado pelo Ministério da Saúde através de seus técnicos. O Secretário de Estado da Saúde do Amapá, **Ronaldo Santos Melo**, comentou que o estado do Amapá vem apresentar seu pleito com atraso e que as dificuldades enfrentadas, fruto de uma fragilidade e capacidade gerencial em nível de municípios e da própria SES foram superadas, com um esforço muito grande dos seus técnicos, das secretarias municipais e com o apoio dado pelo Ministério da Saúde através da SAS, pelo que agradeceu. **3 - Habilitação de Municípios (NOAS 01/2002)** – em Gestão Plena do Sistema foram habilitados, com vigência de 01 de julho de 2002, 08 municípios do Ceará: Brejo Santo, Capistrano, Crato, Icapuí, Marco, Maracanaú, Quixadá e Sobral, e em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada foram habilitados 04 municípios do Estado de Santa Catarina: Abelardo Luz, Florianópolis, Itaiópolis e Santa Rosa de Lima, os primeiros a serem habilitados nessa condição, com vigência de 01 de julho de 2002. A Diretora do Departamento de Descentralização **Maria Helena Brandão** informou que com as habilitações de hoje o Ceará perfaz um total de 20 municípios habilitados, ultrapassando 50% de municípios habilitados em Gestão Plena pela NOAS. **Dr. Mercadante** colocou que a chegada dos pleitos para análise técnica a apenas 03 (três) dias antes da reunião é um tempo muito curto, reiterando acordo anterior para que tais pleitos sejam encaminhados pelo menos dez dias corridos antes da reunião. Foi proposto pelo Dr. Cláudio Duarte que a questão seja aprovada como resolução ® da CIT, e o Dr. Renilson ressalvou que

qualquer recurso deveria obedecer esse prazo, não só de habilitação, mas também de recursos e pleitos submetidos a CIT. Mediante o aprova da plenária, o Dr. Mercadante enfatizou que fica estabelecido que as propostas, pleitos, recursos e outros afetos à apreciação/homologação da CIT, darão entrada na Secretaria Técnica no máximo 10 dias antes da reunião do mês, para que entrem na pauta da reunião, e que a entrada posterior a este prazo, condiciona a colocação da questão como ponto de pauta, para a reunião do mês seguinte. **4 - Avaliação do Processo de Implantação da NOAS nos Estados** - Maria Helena colocou que ficou acordado que a apresentação seria feita pelo CONASS na questão das disposições transitórias que trata dos municípios em plena e dos estados que não avançaram no processo de habilitação pela NOAS. Cita também que foi feito um diagnóstico do momento atual, disponibilizado nos sites do CONASS e CONASEMES, para que cada estado acompanhe o estágio em que se encontra. Enfocou que hoje existem 09 estados qualificados, 08 em gestão plena e 01 em gestão avançada, segundo a NOAS, ficando para a próxima CIT os estados de Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Paraíba. Dos 10 ainda sem perspectiva de avaliação pela SAS, 02 estados encaminharam cronograma - Bahia e Pernambuco. O Presidente do CONASS, **Dr. Fernando Cupertino** colocou que o CONASS em 23 de maio encaminhou o ofício nº 57/2002 a 10 estados (Maranhão, Piauí, Acre, Rondônia, Roraima, Amazonas, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Bahia e Espírito Santo), e que outro ofício encaminhado em 07 de junho aos estados convida todos os titulares das secretarias a estarem presentes para colocarem a situação em que se encontram e suas dificuldades, e que os que se fazem presentes poderão fazer uso da palavra para exporem suas questões para a implantação, ressaltando que muitos estados se beneficiaram com o apoio da SAS e do próprio CONASS. O Secretário Estadual de saúde de Pernambuco **Dr. Guilherme Robalinho** colocou que a ação do Ministério como um todo é absolutamente representativa, importante e fundamental, e que embora a discussão esteja centrada apenas na descentralização, o fato talvez mais alvissareiro e que muda completamente o perfil epidemiológico das regiões, principalmente a do nordeste e do estado de Pernambuco particularmente, está relacionado ao repasse de recursos novos para saneamento básico efetuado pelo Ministério da Saúde, via Projeto Alvorada. Disse que desde que assumiu a SES/PE tem enfatizado em reuniões específicas do CONASS e também aqui na CIT, que essa era, a seu ver, a ação mais prioritária, mais importante do que qualquer outra discussão. Com relação à situação do estado de Pernambuco, disse ter declarado seu apoio irrestrito à descentralização proposta pelo Ministério da Saúde, mas que cada unidade federativa tem suas peculiaridades, e que neste momento estão presentes 02 atuais Secretários do Ministério que exerceram a função de Secretário e Secretário Adjunto da Saúde no estado de Pernambuco, ocasião em que ele, Dr. Robalinho, era o Secretário Municipal na Capital, e que a proposta de Pernambuco, de fortalecimento de seus hospitais regionais e de manter sob o comando do estado as principais estruturas, não é uma decisão recente, é uma decisão tomada em anos passados e consolidada pelas gestões que se

seguiram, porque esse foi o caminho traçado para um estado que tem problemas outros a resolver. O processo está avançando. Após as 02 avaliações dos 19 municípios em gestão plena, foi encontrado municípios com dificuldades até para a execução da Atenção Básica, o que os colocava em dificuldades para preencher os requisitos para a regionalização, segundo a NOAS. O processo de descentralização de Pernambuco representado pelo Projeto Saúde da Gente visitou todos os municípios do Estado, discutindo e caracterizando aqueles que poderiam ser microrregiões, ou seja, os municípios onde existem hospitais regionais e mais 3 ou 4 municípios que não os possuem, mas que por suas características, podem ser sede de microrregiões. Finalizou colocando que as coisas em Pernambuco estão avançando, que há um bom entendimento entre a Secretaria e o COSEMS, os prazos estão encaminhados e que em breve o processo estará pronto, e terá a característica do estado. O Secretário de Estado da Saúde de Roraima, **Dr Altamir Ribeiro Lago**, colocou que o estado já tem etapas cumpridas, um desenho preliminar aprovado pela CIB e CES, uma agenda de saúde estadual e as agendas municipais. Está sendo feita a PPI dos municípios e 04 dos 07 municípios indicados como sede de módulos, estão avaliando a real situação dos municípios para dar início ao processo de regionalização de forma gradual. Temos pendências com o processo de descentralização, os municípios são muito carentes, principalmente de recursos humanos, e alguns deles não se sentem em condições de assumir nem a assistência básica. Temos características importantes a considerar, tais como: alguns municípios de fronteira atendem parcelas da população de países vizinhos, temos áreas indígenas de difícil acesso e carência de recursos humanos em todas as áreas técnicas especializadas. Para agilizar a implementação da NOAS estamos contando com a colaboração dos técnicos do MS e nesta semana foi montado o cronograma para dar continuidade ao PDR. Dr Mercadante disse que o importante é que seja definido um cronograma, que isso é uma exigência mínima para que se possa fazer o acompanhamento, e ele depende em grande parte do suporte do MS, que se encontra a disposição para ajudar os estados. **O Secretário de Estado da Saúde do Piauí, Dr. Fernando Correia Lima**, colocou que no estado o processo está incipiente devido a uma série de obstáculos, inclusive de natureza política, já que o Piauí teve nos últimos 6 meses 2 governadores e 3 Secretários de Saúde. Já existe uma base formatada que vai permitir o desenvolvimento do processo, representado por um Plano Diretor de Regionalização já elaborado e dependo de um programa de pactuação integrada que será implementado a partir de agora. Falou que a SES/PI, o seu Secretário e os técnicos que estão elaborando esse processo estão em consonância com as diretrizes do MS, que está à frente da Secretaria a pouco mais de um mês e que é importante que se dê um crédito de confiança ao Piauí, pois é necessário algum tempo para o desenvolvimento desse processo de descentralização. A representante do **Secretário de Estado da Saúde do Rio Grande do Norte, Dra Gorete**, informou que o processo no estado teve início em abril, já tendo sido realizados seminários para prefeitos e secretários municipais, avaliação do Pacto da Atenção Básica/2000,

elaboração do Pacto 2001, e está sendo feito o de 2002. A Agenda Estadual já foi elaborada e aprovada no Conselho desde setembro/2001, foi criado o núcleo SIOPS, que já se encontra em funcionamento. O PDR foi elaborado e estava concluído em novembro/2001, porém só foi aprovado na 3ª reunião da CIB de 2002. Com relação a avaliação da SAS que coloca o estado numa situação incipiente, o estado discorda, uma vez que o PDR e a PDI encontram-se concluídos, e está sendo feita o processo de avaliação da PPI nos municípios em gestão plena, esperando que esse cronograma esteja no MS já na próxima semana. Disse que o estado gostaria de solicitar um apoio maior a partir desse momento, já que foram superadas as dificuldades iniciais desse ano. O **Secretário Adjunto de Estado da Saúde do Espírito Santo, Dr. Paulo Barros**, disse que já está pronto o esboço do PDR e que o processo está sendo trabalhado de forma bipartite pela SES e o COSEMS, e que acredita que nos próximos 02 meses a proposta já possa ser colocada. Falou que o estado vem sendo assessorado pelos técnicos do Ministério, e que a partir de agora o vai precisar ainda mais dessa participação. Com relação à situação colocada pela avaliação, disse que o seu estado não se enquadra em nenhum dos 03 itens colocados, porque está havendo uma articulação e participação do COSEMS, e que o mesmo está estruturado e mobilizado para conseguir finalizar o processo. A representante do **Secretário de Estado da Saúde da Bahia, Dra. Sônia Regina de Moura**, falou que não concordava com a colocação de que o estado está entre os estados sem previsão, pois o mesmo já apresentou o cronograma aprovado na CIB. Disse que está havendo dificuldades técnicas com a relação à operacionalização do SISPPi, e pediu ajuda ao CONASS no sentido de enviar os técnicos da Paraíba para ajudá-los. A representante da **Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, Maria Auxiliadora**, disse que a consolidação do PDR de Minas Gerais foi difícil em função do grande número de municípios do estado, porém foi feito o PDR de 2001 e 2002, e foi aprovado pela CIB para até 2004, e que além de trabalhar com o que está previsto na NOAS, Minas elegeu 07 macrorregiões de saúde. Em seguida apresentou um mapa das macrorregiões e teceu comentários sobre o fluxo de pacientes dentro das macrorregiões e sobre o PDR de Minas, dizendo que os 853 municípios foram divididos em 7 macrorregiões de saúde e 21 regiões assistenciais. Foram identificadas 95 microrregiões e 265 módulos. O PDR foi desenvolvido com todo critério, aprovado na CIB, e as comissões foram criadas com participação municipal e estadual além dos conselhos que estiveram presentes em todo o processo de discussão. Disse que o estado está trabalhando a PPI, que se espera fechar em junho e esse é o processo mais complicado em função da pactuação de recursos. O PDI, que foi iniciado em 2001, a alocação de recursos privilegiou os municípios em PABA e até EPM1 para formatar esse plano diretor que fora desenhado. Num segundo momento, que seria agora em 2002/2003, se estaria investindo em média e alta complexidade, e revendo algum município em PABA que estivesse pendente. Concluiu dizendo que o estado está a beira da qualificação, com todos os processos encaminhados, inclusive aqueles instrumentos de apoio que dizem respeito ao SIOPS, Cartão Nacional, que conta com a adesão de

todos os municípios, o Cadastro de Estabelecimentos de Saúde está um pouco complicado, mais está sendo trabalhado. O representante do **COSEMS/MA, Dr. Gildásio**, falou que o processo do Maranhão deu uma parada em função da mudança do comando da Gerência de Qualidade de Vida, e a previsão é de que seja agora retomado. Existem ainda pontos divergentes do que propõe o COSEMS em cima da proposta do estado, um dos quais é a coincidência das microrregiões com as regiões administrativas do Estado. Não foi ainda aberta a discussão com relação a PPI, e a tendência é de se utilizar o software fornecido pelo MS. Com relação ao PDI, ele está sendo discutido, já que a proposta apresentada pelo estado não contempla as aspirações dos municípios segundo a ótica do COSEMS. Dr. Mercadante indagou se estava havendo a presença da SAS auxiliando o estado e o Dr. Gildásio disse que sim. Dr. Cupertino falou que além dos estados que se manifestaram, estão presentes representantes dos estados de Alagoas, Amapá, Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Pará, Paraná, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo, Sergipe e Tocantins, e consideradas as dificuldades deste ano, no cômputo geral dos 27 estados, tem-se 19 estados em movimento, em relação a NOAS, e isto é um fato para se comemorar. O **Subsecretário de Planejamento de Saúde do Rio de Janeiro, Dr. Henrique Antunes**, informou que acabara de protocolar e entregar a documentação relativa ao pleito de qualificação do seu estado em Gestão Plena do Sistema, aprovado pela BIPARTITE e Conselho Estadual de Saúde em maio. A avaliação dos municípios que se encontram em gestão plena foi concluída, e estabeleceu-se uma comissão composta pela BIPARTITE, Conselho Estadual e a SES/RJ, que fará o acompanhamento dos municípios em gestão plena. A PPI foi finalizada e aprovada na CIB em junho, e resta apenas a aprovação dos parâmetros assistenciais do estado no Conselho Estadual. Com relação aos entraves identificados pela SAS na implementação da NOAS, disse concordar no que se refere à desestruturação da SES, e como o processo é muito novo, a inserção dos estados na descentralização ficou um pouco indefinida por conta da polarização entre Ministério e municípios quanto à descentralização da saúde. Com relação às discordâncias dos conceitos propostos pela NOAS, o processo de discussão da regionalização do estado do Rio com os municípios foi muito rico, com o uso de uma metodologia de planejamento participativo, com oficinas regionais, e a grande questão levantada foi com a relação à definição da forma de financiamento, por temor dos municípios de que dependendo da forma de se fazer para o cumprimento do PDI, poderia haver uma tendência a centralização dos serviços e recursos financeiros para os municípios mais bem estruturados. O representante da **Superintendência de Saúde do Mato Grosso, Dr. Amauri Gonzaga**, falou que o estado estará apresentando seu pleito de qualificação em gestão avançada do sistema, apesar de haver ainda algumas pendências como a questão do Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde. A PPI já está consolidada e aprovada, assim como o processo da microrregionalização, inclusive com planos microrregionais de saúde, e agora está sendo concluída a avaliação dos Planos Municipais de Saúde. Dr. Renilson Rehen, disse que a sua avaliação é de que se trata de um

processo extremamente rico e que os resultados são muito bons, já que temos hoje 1/3 dos estados habilitados pela NOAS e isso é um avanço muito significativo, e disse acreditar que até o final entrarão outros 9 estados, e é possível chegar-se a 2/3. Disse que é preciso que se encontre uma forma de continuar esse acompanhamento de modo que se possa ter um informe nas áreas da SAS e da SPS, e que os estados apresentem o grau de dificuldade ou o andamento do processo nas reuniões da TRIPARTITE, nesse segundo semestre, como uma rotina. Informou que foi feito um trabalho, que será disponibilizado agora, que consiste numa avaliação dos municípios em plena em todos os estados em relação à evolução do teto, à invasão e evasão de pacientes e internações, quantas vezes o teto foi alterado, o valor que foi alterado, a produção e o gasto. Disse que existe uma significativa desigualdade entre os municípios em plena, conseqüentemente entre os brasileiros que residem em municípios diferentes desses. Tem município que está gastando aproximadamente 10 a 20% do que recebe, e aqui estamos tratando de recursos para gasto na assistência de alta e média complexidade, e tem município que está gastando 110, 115, 130%, e a expectativa é de que a Bipartite acompanhe isso tornando a PPI uma coisa mais viva. Dra, Maria Helena disse que está sendo preparado um ofício que será enviado a cada Secretário Municipal em plena, encaminhando os dados relativos ao seu município. O Presidente do CONASEMS, **Dr. Sílvio Mendes**, colocou que os depoimentos feitos pelos representantes dos estados, mais detalhado pelo Dr. Robalinho de Pernambuco, é a reafirmação que existe problemas. A fala do Dr. Renilson também foi muito objetiva e clara, mas deixa angustias na medida em que se configura a possibilidade de construir O2 SUS no Brasil: foi feito um grande esforço no sentido de construir e pactuar uma Norma Operacional, que a seu ver é um dos maiores avanços depois do próprio processo de descentralização de gestão e se 1/3 conseguiu superar suas dificuldades, entende-se que o processo é mais difícil, que se agudiza por conta de um processo eleitoral que existe e é real em alguns estados, mas é preciso que o SUS não seja prejudicado por interesses menores, sejam individuais ou mesmo político-partidários. É preciso que cada um tenha responsabilidade de não prejudicar um processo rico para construção de um SUS único, inclusive como mecanismo de transformação social e redução das desigualdades. Assim, existe o problema e o CONASEMS com a responsabilidade que tem, porque a porta de entrada do usuário é o município, entende que é preciso que estas coisas se modifiquem, e fez o seguinte encaminhamento: o problema precisa ser resolvido, e isso fortalece uma deliberação TRIPARTITE para tal, até porque existe também embate na área política local, regional e estadual, e a proposta é de que se estabeleça prazo para que esses estados superem essas dificuldades e que os mesmos sejam cumpridos, porque senão o processo vai se arrastar indefinidamente, acentuando as diferenças regionais. O encaminhamento que o CONASEMS faz nesse momento é de que se faça uma resolução ® TRIPARTITE estabelecendo um prazo de no máximo 30 dias para que os estados apresentem o PDR aprovado pela CIB, e a partir desse momento os municípios encaminham seu processo de habilitação

dentro das regras de prazo estabelecidas na NOAS, sem a necessidade do estabelecimento de novos prazos. Caso esse PDR não seja aprovado na CIB, que seja encaminhado à TRIPARTITE. Sugeriu que caso haja dificuldade com essa proposta, que seja dado um prazo de 96 meses para os valores históricos. Dr. Renilson disse que tem sempre discordado desse tipo de proposta de encaminhamento, porque a seu ver ou se consegue um nível de compromisso e articulação de Secretaria Estadual e municípios na construção do SUS nos estados ou não se constrói o SUS. Em função de problemas concretos e reais existentes do ponto de vista da condução por parte das Secretarias Estaduais, habilitar municípios na gestão plena assim não avança e não constrói o SUS. Resolve apenas aparentemente a ansiedade do Secretário Municipal de Saúde, que vai sucumbir em curto prazo, pois o sistema não está organizado. Acha que não se deve ter uma posição passiva, que um prazo deve ser estabelecido com a participação do CONASS, CONASEMS e Ministério da Saúde, para que se consiga em um menor tempo possível ter cronogramas de todas as Unidades da Federação. Há que se fazer um esforço nos três níveis para que em trinta, sessenta ou noventa dias, se ter o cronograma de todas as unidades da federação aprovado. Em havendo uma recusa explícita, submete-se a CIT. Dr. Silvio Mendes referiu que há um encaminhamento feito a SPS pelo CONASEMS, solicitando explicação sobre aplicabilidade da portaria de habilitação dos municípios no PABA, ao que a SPS respondeu propondo a CIT para que a mesma ultrapasse as dificuldades existentes, para que pelo menos a habilitação no PABA ocorra, pois já há orçamentação. Colocou como proposta do CONASEMES, com a concordância da SPS, a constituição da comissão para trabalhar esses obstáculos e dê encaminhamento para as habilitações ®. Dr. Claudio referiu que em termos práticos, o que o CONASEMS colocou para a SPS através de ofício é uma indagação do processo de entendimento em relação ao que estabelece de regra a NOAS, para que os municípios possam habilitar no PABA, seja os que estão no PAB ou na plena, pela NOBS. Considera que a NOAS é bem clara quanto a esta questão e que os municípios tem processos bem definidos para que possa solicitar o cumprimento das responsabilidades da NOAS em relação a atenção básica, fazendo valer o direito que a NOAS prevê o aumento no valor dos recursos do PAB em 0,50 (cinquenta) centavos por ano. Colocou ainda que por parte dos secretários estaduais e municipais houve uma certa expectativa, dúvidas ou pouca compreensão de como proceder, quanto ao PAB-A, pois até agora só foram apresentadas as propostas hoje aqui chegadas, diferente em relação à implantação da NOB 96, quando se criou um movimento de adesão muito forte, o que fez com que na primeira reunião da CIT vários municípios se habilitaram. Então dúvidas existem, em especial em relação ao que define a regra no que diz respeito aos critérios de avaliação da atual situação técnica/administrativa e técnica/ operacionais. Principalmente no que tange ao banco de dados, no que respeita aos critérios definidos para avaliar a atual situação de desenvolvimento dos municípios, no que respeita às 06 atribuições, existem dificuldades em auferir. As condições de ofertas das atividades decididas minimamente como um pacto político

da atenção básica na ponta, são melhores do que as que estão sendo reveladas pelo sistema de informação, seja para cobertura vacinal, concentração de consultas, pré-natal etc. Nesse sentido está se propondo a formação de uma comissão com a participação da SPS, SAS, CONASS e CONASEMS, para trabalhar a demanda do CONASEMS, já que o assunto envolve um debate da NOAS como um todo, quando se fará um balanço das dificuldades e dos critérios de avaliação que foram definidos ®, e também para aferir e renovar o compromisso na CIT, em relação a seis áreas prioritárias. Foi realizado um levantamento, em relação ao PAB-A e outros incentivos criados a partir de 02 (dois) anos para cá, no que tange aos recursos para as áreas prioritárias, tais como hipertensão, diabetes, pré natal e parto, combate a desnutrição e alimentação saudável, enfrentamento da tuberculose, e a estimativa é de que até o final do ano, se não for habilitado o conjunto dos municípios para que haja as transferências adicionais de recursos para essas áreas, deixará de ser transferido cerca de R\$ 423 milhões de reais, fundo a fundo, o que representa cerca de 24% do total de recursos gastos no PAB e no incentivo do PACS e do PSF. Essa discussão colocará o CONASEMS e o CONASS a par do que está acontecendo com o processo de habilitação no PABA, as barreiras existentes no processo de ampliação da habilitação nessa condição de gestão, no cadastramento, Bolsa Alimentação, decidindo-se assim ou a transferência desses recursos ou deixar de ampliar o financiamento da atenção básica, não só os R\$ 0,50 (cinquenta centavos) por pessoa, mas também o conjunto dos outros recursos que estão disponíveis. Dr. Silvio Mendes disse concordar e propôs a criação da comissão tripartite, que por ser decidida pela CIT®, discutiria as questões e traria, como informe, apenas aquilo que já foi negociado, como forma de se ganhar tempo. **Dr. Fernando Cupertino**, fez um adendo no quesito prazo e cronogramas, sobre os quais se faria uma discussão na semana a seguir e em havendo entendimento das três partes, e já tendo delegação da CIT, referendam, como forma de tocar o processo adiante, não necessitando portanto, de uma vinda ao plenário, para referendo. **A Secretária de Saúde de Vitória do Santo Antão em Pernambuco e presidente do COSEMS Dra. Cristina** solicitou fala por achar necessário demarcar algumas questões que envolvem a pactuação e a proposta de cronograma assinada conjuntamente pela presidência do COSEMS e a SES/PE, e encaminhada a SAS para dar ciência à CIT, destacando o impasse que se viveu no seu Estado em relação ao comando único. Por conta disso o processo se arrastou do ano passado até maio de 2002, e foi feita uma reunião em que foi colocada a proposta de pactuação que discute alternativas para o impasse que se tem e que continua no Estado, em relação a essa questão, dando ciência a SAS e por esta à CIT, e que reafirma o comando único. Foi feita ainda uma proposta de cronograma, no dia 1º de junho, quando a assembléia do COSEMS, reunida na cidade de Gravata/PE resolveu fazer uma consulta a CIT para esclarecer se as propostas de alternativas são passíveis de serem efetivadas tecnicamente, colocando que concorda com a fala do Secretário de Saúde de Pernambuco, quanto à qualidade da discussão que tem sido interessante, mas isso não significa que as divergências não estejam sendo mantidas.

Maria Helena Brandão disse que com relação ao Estado de Pernambuco, o documento enviado fala da gerência compartilhada, porém da forma que foi remetido a SAS não se tem como analisar, pois não deu para saber com exatidão do que se tratava, não tendo, portanto, como a SAS se posicionar. Colocou que seria importante a ida de técnicos ou uma complementação documental, para que se tenha mais elementos e conseqüentemente a CIT se posicione melhor quanto ao tema em questão, até porque o Dr. Robalinho falou sobre o avanço da gerência e colocou que está se trabalhando juridicamente os documentos, que em breve serão encaminhados. Dr. Renilson comentou que não tinha elementos suficientes, que a proposta é interessante, pois o comando único proposto é uma co-gestão entre estado e município. Dr. Mercadante colocou que, pelo que se percebeu das várias intervenções, já existem então alguns elementos para encaminhamentos. Em relação ao prazo falou da situação dos estados com pendências, ressaltando a ausência de manifestação dos Estados de Acre, Amazonas e Rondônia, que todos os outros estados apresentaram compromisso político de encaminhamento, lamentando a ausência das experiências do Estado de Minas Gerais e de São Paulo. Colocou ainda que o importante é que se criou um compromisso político dos Secretários Estaduais com o andamento do processo de implantação da NOAS, e que nos próximos sessenta dias se tem a expectativa de um avanço muito grande, alterando assim substancialmente o mapa de acompanhamento e avaliação, com a perspectiva de habilitação em gestão plena de vários estados. **Maria Helena** disse que três estados contestaram a avaliação, que a mesma é absolutamente dinâmica e que a avaliação apresentada na última CIT mostrou que, naquele momento, o parâmetro mais importante foi não ter o PDR aprovado e quem não tem o PDR aprovado, não tem como iniciar a PPI, já que o PDR é a base dos fluxos para quantificar as demandas. Tendo como parâmetro aquela data disse que não tem nenhum estado em que nada esteja acontecendo, mesmo nos três que não se manifestaram. O que não conseguiram ainda foi ter a aprovação da primeira fase. Disse ainda que a dificuldade de aprovação na BIPARTITE de uma PPI é bem maior e que não resta dúvidas que a NOAS mudou completamente o ritmo das Secretarias em planejar recursos da assistência, na sua integralidade. Dr. Mercadante colocou que na próxima reunião, a CIT estará acompanhando este compromisso político, e entende que a elaboração do PDR será cumprida nos próximos dois meses. Fez um registro da apresentação da SES/ MG, que apresentou um PDR mais dinâmico, incluindo nele o redesenho regional. **Dr. Renilson** falou que nessa linha, pretende realizar, em menor tempo possível, um seminário ® com os estados que foram habilitados, para apresentação das experiências desses 09 estados, para que os mesmos demonstrem as estratégias adotadas para alcançar os seus objetivos. Em relação ao PAB-A, o **Dr. Mercadante** afirmou que a atenção básica é parte do processo e que recuperando a fala do Dr. Cláudio Duarte, disse que é conclusão da reunião a realização de um trabalho conjunto ® para analisar a questão do PABA e suas implicações dentro da questão dos incentivos não implementados pelos municípios, pois são oportunidades de transferências

que os municípios não tem aproveitado, não somente as do PAB ampliado, mas todo um conjunto de transferências. **Maria Helena** questionou sobre quais atribuições e delegações a comissão estaria investida, pois dois assuntos foram citados: um em relação aos critérios da PAB para habilitação na atenção básica e o outro relacionado aos municípios em plena, ao que colocou o Dr. Mercadante que a tripartite delega a essa comissão o estudo e a proposta de encaminhamento dentro do que foi colocado. O representante do CONASEMS para a Região Sul, Dr. Francisco Isaias falou ter dúvidas sobre a avaliação dos estados que não tem PRD aprovado ainda, e perguntou sobre a situação no Estado do Rio Grande do Sul em relação ao PDR, pois esse processo não tem sido pactuado na CIB. Maria Helena Brandão respondeu que o Rio Grande do Sul está fazendo um processo de acordo com o proposto pela SAS, apesar de não estar inteiramente aprovado. A SAS está acompanhando o Estado do Rio Grande do Sul, fazendo uma visita com o objetivo de treinar os técnicos da Secretaria para elaboração da PPI em 02 etapas: uma de negociação e outra de treinamento. Disse que a Secretaria tem de se apropriar do SISPPPI e que para conduzir o processo foram capacitadas as equipes da SES e as das diretorias regionais, para que no prazo de 60 a 90 dias se tenha um produto. Dr. Mercadante agradece as intervenções, que segundo ele foram bastante construtivas para o processo, e coloca haver uma brevíssima intervenção explicativa por parte do DATASSUS, por conta de uma demanda do Secretário de Saúde de Minas Gerais a respeito da base populacional que tem sido utilizada como referência para os cálculos dos vários indicadores de transferência de recursos, consulta essa encaminhada ao DATASSUS. Este fez um texto explicativo bastante completo, distribuído aos membros da CIT. Dr. Sérgio Cotia cita que o DATASSUS trabalha com estimativas do IBGE e que essas estimativas são alteradas, até mesmo em anos de censo, nos sistemas centralizados que trabalham com a INTERNET, que sempre acompanham as alterações. Já em relação às informações em saúde gravadas em CD ROM, não há como alterar esses dados frente às novas publicações do IBGE sobre população, até porque já estão nas mãos dos usuários. Outros sistemas, pelas suas características de concepção, como é o caso do SIOPS, por exemplo, já saíram com a população estimada pelo IBGE e depois de três meses foi refeita a estimativa. O DATASSUS trabalha de forma unificada no atendimento a essas estimativas feitas pelo IBGE, que faz estimativas da população na sua totalidade, cabendo ao DATASSUS a divisão por sexo ou por localização, ou seja, capital, zona urbana ou zona rural. Para efeito legal e para distribuição de recursos governamentais, o IBGE tem uma obrigação de enviar para o TCU, até o dia 31 de agosto, a população de todos os municípios brasileiros, e é com esses dados que serve de base para o efeito do cálculo da distribuição de renda. Dr. Mercadante sugere que os Secretários, de posse do relatório do DATASSUS, leve às suas áreas técnicas para verificar se o texto e os encaminhamentos correspondem às demandas de cada estado. Em havendo dúvidas, na próxima reunião as mesmas serão esclarecidas pelo palestrante. **Dr. Fernando Cupertino** falou que não querendo polemizar, que o CONASS apresenta questão inerente ao texto da NOAS, pedindo

deliberação no sentido de alterar o texto da NOAS, notadamente os requisitos "D", do item 54 e 57, ou onde necessário for, a respeito da obrigatoriedade da comprovação do cumprimento da Emenda Constitucional nº 29, deixando, como na Instrução Normativa, apenas a obrigatoriedade da alimentação do SIOPS, já que há controvérsia jurídica, há uma questão em discussão. Perguntou se a Emenda passou a vigorar em 2000, mas o orçamento já estava sendo executado, vai valer para 2001? Disse que são respostas ainda não obtidas pelo Ministério, Estados e Municípios. A Instrução Normativa fala da exigência de alimentação do SIOPS. **Dr. Silvio Mendes** complementando a fala cita que as informações do SIOPS não são confiáveis, e que as mesmas sejam desconsideradas como pré-requisito. Para isso está sendo formalizado ofício ao Ministério, CONASS e CONASEMS, para que o SIOPS seja adotado como pré-requisito somente na medida que o mesmo venha a ser confiável. **Dr. Renilson** disse que entende que o Dr Silvio concorda com o que colocou o Dr. Cupertino, não podendo contudo, simplesmente desconsiderar, o que vai requerer uma alteração da NOAS. Disse ainda que concorda com o encaminhamento do CONASS e do CONASEMS no sentido de se fazer a alteração em relação ao ano base específico. Dr. Mercadante sugere que o encaminhamento seja nos seguintes termos: a câmara técnica proporá uma nova redação sobre forma de disposição transitória, e a apresentará na próxima reunião da CIT ®. Dr. Renilson propôs que se aprovasse a formulação de portaria ministerial, que fosse publicada o mais rápido possível, e que na próxima reunião da CIT fosse dado conhecimento sobre a mesma, ficando fora da propôs a exigência de seu cumprimento para fins de qualificação. O técnico do SIOPS, **Marcelo** colocou que a fala do Dr. Renilson não deixa claro se o assunto se refere ao ano de 2000 ou 2001, ao que foi explicado pelo Dr. Renilson que para 2000 existe uma polêmica se a EC já é válida ou não para aquele ano, 2001 tinha o orçamento em vigência, por isso acha razoável citar o termo 2000 e 2001, atendendo ao que exige a emenda para o exercício de 2002, e não para quando for regulamentado. Dr. Silvio Mendes solicita do técnico do SIOPS informação sobre quais os problemas que terão que ser superados para que se disponha de tais dados como pré-requisito para habilitação, conforme consta na Lei. Marcelo afirma que fará a checagem das informações, pois o SIOPS vem com base consistente tanto para o ano de 2000 quanto para o ano de 2001, as informações alimentadas pelos estados são oriundas dos balanços publicados pelos Governos Estaduais, e no caso dos municípios as informações são de cunho declaratórias e conferidas com base nos dados de transferências do Tesouro Nacional e do FPM, ITR e Lei Kandir, e com base, no caso das ligadas à saúde, no PAB, convênios, etc. Concluiu dizendo que as bases de dados do SIOPS são consistentes com as informações contábeis publicadas por estados e municípios e que a discussão em questão relaciona-se ao conceito de ações de serviços públicos em saúde e que o SIOPS se baseia em documentos obtidos em seminários realizados pelo Ministério, em conjunto com as demais instâncias como CONASS, CONASEMS, Conselho Nacional de Saúde. Em relação à confiabilidade dos dados do SIOPS o técnico confirma a mesma, citando a título de

exemplo o Tribunal de Contas do Município de São Paulo e do Ceará que estão utilizando o SIOPS para fiscalização, atestando a qualidade dos dados fornecidos pelo mesmo, afirmando a veracidade das informações fornecidas. A Secretaria do Tesouro Nacional faz o mesmo. Informou que a Consultoria Jurídica do Ministério se manifestou no sentido de que estados e municípios não poderiam ser penalizados pela não aplicabilidade e o descumprimento da emenda no ano de 2000, isto porque a emenda constitucional foi aprovada em setembro, quando o orçamento estava pronto e em execução, por isso a não penalização para tal fato. Para os anos seguintes não houve uma consulta à Consultoria, e o que sugere é que isso seja feito, para embasar uma tomada de decisão pela CIT. ® O assessor técnico do CONASS, Ricardo Scotti disse discordar do último ponto e mantém a proposta 2000/2001, pelo seguinte: se para 2000 não está claro, 2001, pelo parecer, passa a ser o primeiro ano que vai valer. Aí então surge uma outra dúvida que é se vale o percentual de 7% ou de 8%. Disse ainda que o não cumprimento do SIOPS não caracteriza o descumprimento da emenda constitucional. Essa decide que são os Tribunais de Contas que vão aferir, e que com os critérios estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde pode se ter a situação de não se atingir o percentual do SIOPS e o Tribunal de Contas atestar o cumprimento, o que iria exigir a adequação do processo. Atestou a confiabilidade no grupo que opera o SIOPS, dizendo que o mesmo opera com rigor e diálogo com vista a facilitar o processo, e o que não há é uma normalização intra SUS para que se possa considerar que o valor acima possa ser aceito como cumprimento ou descumprimento. Atrelando a questão do SIOPS ao cumprimento da Emenda, pode não ser cumprido o SIOPS e ser cumprida a Emenda, de acordo com que o Tribunal de Contas estabelece. Ainda há tempo para estabelecer na CIT e no Conselho quais os critérios a serem utilizados, já que os mesmos foram consenso no Conselho, contudo não saiu nenhuma resolução. O cumprimento da emenda é uma Lei que não pode ser alterada por uma resolução interna. Pode se alterar para efeito de habilitação. A questão de cumprir normas, cumprir a emenda e cumprir o SIOPS tem que ser melhor atrelada, pois não está claro nem quanto aos critérios preliminares, nem quanto aos indicadores que se vai usar, sendo necessário o tempo para consolidar a proposta. Dr. Silvio Mendes sugere que a decisão fique em suspenso, pois não se pode deliberar sem um embasamento jurídico, propondo que o assunto fique em suspenso na dependência de parecer da CJ/MS. Afirmou ainda que não está propondo a suspensão da emenda, o que propõe é que não seja exigido o cumprimento do SIOPS para efeito de qualificação na NOAS, que é um processo interno, afirmando ainda que a CIT tem total poder para tal. Dr. Cupertino disse que não está em questionamento a legalidade, o que se coloca é a pertinência da exigência quanto ao requisito de qualificação, e isso é uma atribuição da CIT. **Maria Helena Brandão** disse que do ponto de vista formal a dificuldade se centraliza na aprovação de contas por parte dos Tribunais de Contas dos estados, em que este aprova as contas, o cumprimento da Emenda, mas segundo as regras do SIOPS, aquela ainda não está cumprida. Dr. **Silvio Mendes** argumentou que a matéria é constitucional,

não sendo portanto, de competência de Tribunais Estaduais e sim do Tribunal de Contas da União, não podendo ser atropelada por parte do Tribunais de Contas dos Estados. Dr. **Renilson Rehem** discordou da colocação anterior, entendendo que a matéria é de competência do Tribunal de Contas dos Estados, já que os mesmo tem por incumbência a aprovação de contas dos Estados, e que se chegou a um consenso de que 2000 está resolvido e que para 2001 primeiro teria que se comprovar a alimentação do SIOPS e comprovar o cumprimento da Emenda 29, seja pela aprovação das contas pelo tribunal correspondente ou pela análise do SIOPS, havendo o CONASEMS concordado com a proposta, aguardando tão somente o parecer da CJ/MS. Maria Helena disse que em se tomando a decisão na forma argumentada, o estado que não cumpriu a Emenda no ano passado fica impossibilitado de se habilitar na NOAS, em 2002, ficando somente para o próximo ano a sua reavaliação. Dr. Silvio Mendes colocou que o Procurador da República, na presença do Ministro da Saúde colocou que o estado que não tiver cumprindo a Emenda Constitucional 29 torna o governador inelegível pelo não cumprimento da Emenda. Dr. **Renilson** acrescentou que se a posição quanto a EC 29 for assim caracterizada e assumida formalmente pela CIT, não interfere somente no processo de habilitação, isso impede qualquer celebração de convênio, p.ex. **Ricardo Scotti** indaga ao técnico do SIOPS sobre o prazo que os tribunais dão para que o estado tenha a sua disposição esse informe em relação ao exercício de 2001 e pergunta ao plenário, se com base no parecer jurídico quem não tiver tais dados e for avaliado pelo SIOPS em qual percentual se situa - 7%, 8% ou 8.25%. Em resposta, o técnico do SIOPS disse que o que está no texto constitucional é que em 2000, no mínimo 7%, mas a CJ/MS diz não ter como exigir isso, pois a emenda foi aprovada em setembro, não tendo como penalizar o ente por que o mesmo não atingiu os 7%, cabendo uma indagação específica sobre qual a escala de percentuais a serem aplicados até 2004, já que os documentos discutidos nos encontros têm apontado que é 7% em 2000, daí a diferença de 1/5 ao ano, até 2004. A partir das várias informações que já têm os Tribunais de Contas em relação ao ano de 2001, pode-se tomar uma decisão. Dr **Renilson Rehem** detalhando um pouco mais o que foi dito pelo técnico do SIOPS, citou a título de esclarecimento: se um determinado estado apresenta o pleito no mês de julho e já existe o parecer do TC do Estado, o Ministério têm condição de avaliar. Se não tem esse parecer, será avaliado mediante os critérios do SIOPS. Se não cumpre esses critérios, o processo não vai adiante. Quando em agosto, setembro ou outubro ele tiver o parecer de aprovação das contas pelo TC do Estado, a proposta volta para ser analisado e aprovado. Dr. **Cláudio Duarte** colocou que se a Emenda diz que até o final de 2004 o valor tem de chegar a 15, e se em 2000 é 7%, a lei é clara: 2001 é $7 + 1/5$, não necessitando de interpretação jurídica, se não, até o final de 2004 não chega a tal patamar. Conseqüentemente, não cumprindo a EC 29, a interpretação de que haverá penalidade é válida, havendo a esse respeito um parecer da Consultoria sobre o assunto, já que a Lei é clara no que respeita os prazos a cumprir em relação aos 15% e 12%. **Ricardo Scotti** concordou com a fala, dizendo, porém que teria que ser melhor

explicitado. Em isso sendo verdade, o intervalo de classe é de 1.25, sendo então para o ano de 2001 o percentual de 8.25, quando o acordo aprovado é de 8%, percentual colocado como parâmetro consensual aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, estando neste ponto a dúvida - é 8 ou de 8.25? **Dr. Renilson Rehem** falou que até que se esclareça, os Estados cumpriram com base em 8%, e não 8.25. Propôs a aceitação dos 8%, já que aplicando-se esse valor, já se fará uma verdadeira revolução. **Dr. Mercadante** propôs a necessidade de uma consulta a CJ/MS, sendo mantido o consenso de alteração da NOAS, que seria já publicada pelo Ministro **Dr. Maria Helena** acrescentou que por conta do não cumprimento da Emenda, segundo os critérios do SIOPS, 06 seis municípios não vieram para habilitação. **Dr. Mercadante** colocou em discussão o último item da pauta que versa sobre o projeto de expansão do PSF. **Dr. Silvio Mendes** fez um apelo ao Conselho e à CIT sobre a abertura de negociação no sentido de discutir uma política de recursos humanos para o setor saúde, não podendo mais se ignorado o problema em questão, e que na agenda de discussão não tem se dado a importância devida. O CONASEMES preocupado oficializou o assunto, não obtendo resposta para tal. Considera importante a criação da câmara técnica da CIT, por haver conflitos e questões a serem discutidas previamente à reunião, numa preparação para decisões, muitas vezes de foro político, e outras cuja discussão não são da alçada da CIT, e sim das CIB, pelo menos inicialmente, submetendo-os às câmaras técnicas setoriais e à câmara técnica da CIT. Considerando-se as relações pessoais construídas ao longo da convivências entre todos as entidades do Ministério, tal momento é adequado e favorável no sentido de se resolver o problema. **Dr. Cláudio Duarte** apresentou o PROEPSF, informando que o programa é desenvolvido em parceria com o Banco Mundial, objetivando o apoio ao processo de sustentabilidade do PSF no Brasil, em conforme com o objetivo da Presidência da República – o alcance de cobertura de 50 milhões de pessoas pelo PSF. Esta meta têm sido ampliada nos últimos anos, e mais recentemente em decorrência do esforço importante dos municípios em especial aqueles com população acima de 100.000 hab., os de médio e grande porte, as capitais e municípios de grandes centros urbanos. Face às dificuldades em consolidar o programa nos municípios de pequeno porte, esse é o grande desafio. Em atingindo os grandes centros urbanos, objetiva o programa, a inversão do modelo, enfrentando os problemas epidemiológicos que estão relacionados aos serviços de saúde, mas muito mais voltado para os determinantes sociais, tais como mortes violentas, colocando a saúde dentro da discussão no intuito de coibir tais eventos. Um dos componentes fundamentais do projeto é a promoção de que nos grandes centros haja conversão dos modelos de atenção básica à moda antiga, para o modelo de estratégia do PSF. O projeto já foi aprovado pelo Senado Federal, pela área orçamentária, iniciando assim a sua execução ainda nesse ano, com a primeira parcela do Banco, somada aos recursos do MS destinados ao programa, juntamente com os recursos colocados pelos os municípios. A Diretora do Departamento de Atenção Básica **Dra. Heloísa Machado** lembra que a discussão do projeto iniciou-se ainda em 1999, contando com a

colaboração do Dr. Renilson, quando o PSF ainda se encontrava na SAS, sendo o mesmo fruto de um longo processo de debates, começado por uma reflexão, junto aos municípios, já que o PSF gerava, principalmente junto aos grandes municípios, custos de transição por haver uma grande incorporação de gastos por conta da inclusão de um grande número de pessoas, uma demanda que acarreta um aumento de gastos que se refletem em toda a rede. Trabalhando nos 02 componentes mais importantes do projeto, recursos humanos e avaliação, na próxima CIT já se pode trazer a proposta de fluxo e de critérios de aprovação. Será definido também um cronograma de execução, quando o processo estiver na fase final do detalhamento, organizando seminários, com caráter informativo do projeto e um processo de capacitação de técnicos nas SES, para os mesmos possam assessorar os municípios componentes do programa. Foram apresentadas as principais linhas do projeto que são: a) reorganizar e fortalecer a atenção básica à saúde, ampliando e consolidando o PSF; b) aumentar o acesso aos serviços, propiciando a melhoria da situação de saúde dos brasileiros. Possui uma vigência de 07 anos, dividido em três fases distintas de três anos. O recurso total de U\$550,0 milhões de dólares, sendo parte do banco mundial e parte do Governo Federal. Os 03 componentes do projeto são: **1)** apoio à conversão do modelo de Atenção Básica à Saúde; **2)** desenvolvimento de recursos humanos; **3)** monitoramento e avaliação da Atenção Básica. O primeiro componente é relativo à reorganização da rede de serviços e o público alvo desse componente são os municípios com mais de cem mil habitantes, onde a idéia é investir neles tomando a estratégia do Saúde da Família como eixo de estruturação do sistema, onde é previsto que os municípios que receberão recursos para promoverem esse modelo de Atenção Básica, estarão fazendo plano de conversão apresentado em quatro linhas básicas de investimentos que são: **1)** modernização institucional, que é um projeto de estudos e reformas administrativas e gerenciais das secretarias; **2)** adequação das redes de serviços; **3)** fortalecimento dos sistemas de avaliação; **4)** capacitação e acompanhamento das novas equipes criadas, um componente exclusivo para educação e capacitação continuada, voltada para implementação imediatas das novas equipes. O componente de desenvolvimento de recursos humanos, tem como linhas previstas a capacidade, a educação permanente dos profissionais envolvidos, a formação dos recursos humanos e apoio e acompanhamento em toda as atividades ligadas ao Saúde da Família. O componente monitoramento e avaliação da Atenção Básica trata da estruturação e implementação de metodologia de avaliação de processo e desempenho. A implantação e adequação do sistema inclui a integração e agilização do SIAP e dos pólos de capacitação, acreditação das unidades da Saúde da Família em instituições formadoras e o fundo de investigação, que tem como idéia disponibilizar recursos para desenvolvimento de pesquisas de temas que são identificados tanto no nível Federal, como nos Estaduais e Municípios. Para o seu desenvolvimento serão disponibilizadas bolsas de mestrados e doutorado, para realização dessas pesquisas de caráter acadêmico. Para se ter noção dos recursos ao longo de vigência do

processo, para essa 1º fase que vai do ano de 2000 a 2004 vamos contar com U\$136,0 milhões, sendo U\$168,0 do BID e R\$68,0 milhões do Ministério. No ano de 2005 a 2006, a 2º fase do projeto, são U\$242 milhões e na última fase de 2007 a 2008, serão U\$172 milhões. O grande peso do projeto está no componente 1 - conversão do modelo, sendo o 2º também um componente muito forte, que é o de capacitação de recursos humanos, o que totalizará, ao final dos 07 anos U\$550 milhões. Os recursos a transferir mensalmente aos municípios para o PAB fixo e variável e Saúde da Família, vão ser a contrapartida federal, já estando incluída no orçamento do Ministério a modalidade de transferência desses recursos para os municípios selecionados, que vai ser a mesma utilizada para o PAB, e respeitando as ações financiadas com recursos do empréstimo internacional, deverá ser criada uma linha adicional ao PAB variável chamado plano de conversão, que vai exigir uma prestação de contas dos recursos do Banco Mundial, sem a exigência de elaboração de convênio com os municípios. A transferência vai ser feita ao modo do PAB. Haverá avaliação de resultado e desempenho dos municípios, por meio de indicadores. Conseguiu-se com os bancos a flexibilidade nas regras de licitação, e será feita uma capacitação das Secretarias, que seguirão, também, a Lei 866 no que elas são obrigadas a executar. Para o componente 2 se conseguiu o financiamento direto com os recursos do empréstimo, a contratação direta das instituições que compõem os pólos de capacitação, hoje em número de 31 pólos, que logo serão contratados. A partir da assinatura do Projeto serão criados outros pólos, o que deverá ocorrer dentro de uns 15 dias. Assim, os componentes 2 e 3 deverão ser imediatamente executados. Para o 1º componente, que é a conversão, haverá um prazo para seleção de Municípios, por conta da insuficiência de recursos, já que hoje existem 226 municípios que estão acima de 100 mil habitantes. A seleção terá como base critérios discutidos na Comissão Técnica composta pela Secretaria de Política, CONASS e CONASEMS. Quanto ao prazo, a previsão é que em agosto os critérios estejam definidos, e esteja em elaboração os sistemas de avaliação, nos municípios, e os estados capacitados para assessorar seus municípios na elaboração dos seus instrumentos. Em setembro inicia a fase de pré-qualificação e de qualificação, que contará com critérios de preenchimento de instrumentos por via eletrônica, pelos municípios, que serão analisados. A partir dessa avaliação os estados e municípios qualificados vão ser preparados e capacitados para elaboração de planos de conversão. Até o final de janeiro se espera ter todos os municípios que vão receber os investimentos, selecionados. **Dr. Robalinho** parabenizou pelo projeto de ampliação do PSF, dizendo ser uma proposta absolutamente correta e uma estratégia que vai para o caminho certo, direcionando-a para os grandes municípios, onde a facilidade é maior em se implantar e conseguir profissionais. Colocou que na verdade o problema é maior em pequenos municípios das regiões desertas do centro-oeste e do nordeste, que não consegue fixar o profissional. Parabenizou também a posição de não utilizar os critérios do Banco Mundial para licitações, pois o País possui uma estrutura institucional fortemente montada para a fiscalização como Ministérios, Tribunais de

Contas. Questionou sobre a presença do Ministério da Educação, já que o Ministro ofereceu vantagens às Universidades que voltassem para a formação do novo profissional, pois a saúde faz pólos para formação de profissionais necessários à área, gastando com treinamento e capacitação, porque as universidades insistem em não formar o profissional adequado ao novo modelo. Nas Universidades Públicas financiadas com recursos federais ou estaduais há que se tornar obrigatória a adaptação dessa nova política do Brasil, dado que as universidades formam profissionais voltados somente as especialização e depois se gasta mais recursos para adaptação. Indagou sobre questões relacionadas a recursos humanos: manutenção destes nos municípios, aprimoramento, média salarial e fluxo de recursos usados para formação profissional, para que o profissional de fato se fixe no município e não seja captado de um município para outro. Tempo de fixação e financiamento para manter o profissional na área são questões práticas para que não haja migração dos mesmos. O Secretário de Saúde do estado do Paraná, **Dr. Sobânia** baseando-se no que foi dito pelo Dr. Robalinho, disse ser fundamental que as Secretarias Estaduais de Saúde envolvam as Universidades na Formação de Recursos Humanos do SUS. Comentou que é oriundo de Universidade, já foi Diretor de Hospital Universitário e que em relação aos Hospitais Universitários e as Universidades que atuam em cinco regiões, incluindo Escolas Estaduais de Medicina e Enfermagem, etc, sejam estruturas inseridas dentro do SUS. **Dr. Libânio** disse que já participou de algumas reuniões com a comissão do Departamento de Atenção Básica e reafirmou a fala do Dr. Silvio sobre a importância da manutenção e expansão do Saúde da Família, do ponto de vista do financiamento dos recursos humanos, das equipes, que hoje tem sido um peso que os municípios, que não conseguem suportar para expansão do programa. Parabenizou a SPS, sobretudo em relação aos componentes capacitação, avaliação e acompanhamento do programa. Nesse sentido informou sobre 2 discussões sobre os temas na diretoria do CONASEMS, colocando-os à disposição para aprofundar as discussões. Dr. **Cláudio Duarte** disse achar o componente de conversão bastante complexo, e que terá que ser feito um trabalho efetivo em cada realidade local. Ele tem um componente gerencial de inteligência e de gestão, e, como todo processo, terá um componente muito forte de requalificação profissional, com vista a utilização de todo potencial da atual rede básica, seja ele de recursos humanos, materiais ou físicos, convertidos para essa estratégia. Vários municípios já estão operando dessa forma, inclusive o de Boa Vista, que utilizou toda sua rede básica tradicional e convocou toda equipe de médicos e enfermeiros a serem requalificados para se tornarem médicos e enfermeiros do Saúde da Família. Belo Horizonte e Florianópolis também estão começando a operar dessa forma, inclusive no que diz respeito ao desenho da retaguarda especializada, onde vários cardiologistas, dermatologistas que estão sendo muitas vezes sub-aproveitados como clínicos gerais, poderão, nesse processo de reconversão, atuarem como especialistas vinculados ao PSF. Destacou a Saúde Mental nos grandes centro urbanos, com doenças consideradas como as do 3º Milênio (epilepsia, convulsão, depressão, etc.), que precisa ser agendada como

Atenção Primária a Saúde, tal como em países desenvolvidos, Inglaterra, Suécia, etc. Outro componente fundamental e inovador que o próprio Banco Mundial elogiou foi a parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Ciências e Tecnologia, induzindo transformações profundas no aparelho formador na área da saúde. Já foi dado início ao programa de incentivo às mudanças curriculares na área de medicina e enfermagem, por meio de programas tais como o PROMED e o PROENF. Outro enfrentamento importante é o de atuar no sentido de induzir a interiorização de profissionais. Uma crise pode ser gerada no PSF com a saída de médicos dos pequenos municípios, num processo reconcentração, invertendo um processo de descentralização, que com muito custo foi feito 3 a 4 anos atrás, com a implantação do PSF de maneira hegemônica nos municípios do país. Deverá ser pensada uma estratégia de sustentação do PIDS, para que não se fique à mercê da vontade dos médicos que queiram se inscrever no programa, onde são, mais uma vez, oferecidas mais de 450 vagas, somente 1.400 médicos se apresentaram e apenas 40% fizeram entrevista. Já foi discutido com o MEC a associação da estratégia, com a de residência médica, formando pediatras, clínicos médicos e obstetra concentrando nos grandes centros urbanos, mas que por não estão exercendo suas especialidades estão tentando novas residências, tendo grande chance de convocação. O grande desafio do PSF vai ser enfrentar de maneira estruturada, com base uma política nacional, com o Ministério da Saúde, Ministério da Educação e o Ministério de Ciências e Tecnologia a indução das pesquisas numa direção e o processo formação de recursos humanos em outra direção.

Dra. Heloísa Machado falou sobre a preocupação que o projeto vem tendo desde o início, em relação a sustentabilidade, onde varias experiência na América Latina, por conta de mudanças de modelos de atenção primária que foram extremamente limitados, pelo fato de serem financiados com recursos internacionais. Contudo, no nosso caso existe uma característica diferente, já que esse recurso do Banco vem como um reforço que vai se direcionar para municípios acima de 100 mil habitantes. Optou-se por não utilizar recursos para implementação salarial dos profissionais, devido a preocupação com a sustentabilidade, e sim para reforçar as estratégias que vão ser incorporadas na qualificação do projeto. **Dr. Sobane** falou sobre o documento dos 8 anos do Governo do Presidente Fernando Henrique, citando como documento importante para análise política do país, onde se verifica que o Brasil não gasta pouco com o combate a pobreza, e que a avaliação crítica é de que se gastou muito nas atividades meio e não chega na atividade fim. Qualquer projeto novo, os gestores públicos com responsabilidades política têm que realçar esse aspecto, com grande preocupação. Na época do Projeto Nordeste para a área da saúde, foi feita uma avaliação tremendamente negativa, o que não se pode dizer do Projeto REFORSUS, que ajudou a construir a Média e Alta complexidade na rede de saúde. **O Secretário de Saúde de Canoas/RS. Dr. José Acioli** disse achar extremamente importante essa visão de resolução na rede básica: como construir o PSF e como tornar realidade dentro dos municípios a contratação, a capacitação, garantindo a continuidade dos programas. **Dr. Sobane** reforçou essa

necessidade para alguns municípios brasileiros, dizendo que o estado do Paraná não foge a regra, que os médicos, nos locais mais distantes são temporários, por conta do isolamento e outros fatores, e tem que haver forma de incentivo. Colocou que o Chile coloca a garantia da residência médica de acordo com a localidade, ou seja, quanto mais longe ele for, menos tempo será a residência, e ela é garantida para os médicos. Como a maioria das residências do nosso país são públicas, essa estratégia pode ser usada. **Dr. Mercadante** colocou que considera que o tema está em discussão, e que o grupo está à disposição para esclarecimentos. **Dr. Scotti** chamou para reflexão um ponto que foi trabalhado hoje, e que a discussão sobre a EC 29, em relação ao ano de 2001, sobretudo, acabou paralisando o processo. Se for exigida a contribuição de 8%, decreta-se o congelamento da NOAS, se for analisar o estado um por um, o valor de contribuição e exigir os 8%. Que se faça uma análise concreta dos estados que puseram 3 % em 2000, não puseram 8 % em 2001. **Dr. Cláudio** comentou a respeito de um registro feito pela Câmara Federal que aprovou um projeto de lei criando a profissão do Agente Comunitário, definindo regras de contratação e a partir desse projeto de lei vai ser resolvido o problema da contratação dos agentes de saúde. **Dra. Heloísa** complementou dizendo que foi uma longa negociação e que após a aprovação desse projeto de lei, imediatamente se iniciasse um processo de pactuação Tripartite nas modalidades de contratação, na medida em que o projeto de lei obriga a moradia do agente no próprio local, na própria comunidade. Isso dá elementos para enfrentar todos os obstáculos colocados pelo Ministério Público, com isso na próxima Tripartite já tenha por um compromisso de fechar um acordo dentro das possibilidades de contratação.

Visto:

Ministério da Saúde
CONASEMS

CONASS



Ministério da Saúde
Secretaria Executiva
Comissão Intergestores Tripartite
Secretaria Técnica

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT

REUNIÃO ORDINÁRIA DE 20/06/2002

RESUMO EXECUTIVO

O Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite, Dr. Otávio **Mercadante**, conduziu a 5ª Reunião Ordinária, realizada em 20 de junho de 2002.

Pontos da Pauta:

1 - Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças-ECD - foram certificados com vigência de 1º de julho de 2002 um total de 49 municípios, sendo:

- 01 do Estado da Bahia
- 03 do estado de Goiás
- 10 do Estado do Maranhão
- 13 do estado da Paraíba
- 06 do estado do Piauí
- 01 do estado do Rio Grande do Norte
- 14 do estado do Rio Grande do Sul
- 01 do estado de São Paulo

2 - Qualificação dos Estados - foram qualificados:

Gestão Plena do Sistema Estadual:

- Pará
- Santa Catarina
- Sergipe

Gestão Avançada do Sistema Estadual:

- Amapá

3 - Habilitação de Municípios - foram habilitados com vigência de 1º de julho de 2002:

Gestão Plena do Sistema Municipal:

- Ceará: Brejo Santo, Capistrano, Crato, Icapuí, Marco, Maracanaú, Quixadá e Sobral.

Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada

- Santa Catarina: Abelardo Luz, Florianópolis, Itaiópolis e Santa Rosa de Lima.

Em relação ao processo de qualificação/habilitação de estados e municípios, recursos e outros pleitos a serem submetidos à CIT, ficou aprovado que os mesmos deverão dar entrada na Secretaria Técnica da CIT no máximo 10 (dez) dias corridos antes da reunião, sob pena de transferência para a reunião do mês seguinte, das propostas que derem entrada após este prazo.

4 - Avaliação do Processo de Implantação da NOAS nos Estados - foi informado pela área técnica competente do Ministério da Saúde a realização de um diagnóstico do estágio atual, disponibilizado aos representantes de cada estado e acessível nos sites do CONASS e CONASEMS. Informou ainda que existem 09 estados qualificados, sendo 08 em Gestão Plena e 01 em Gestão Avançada. Os representantes dos estados presentes à reunião fizeram uso da palavra, apresentando o andamento do processo, chegando-se à conclusão que somente 1/3 dos estados está habilitado pela NOAS. Foi encaminhada a elaboração de uma resolução para no máximo em 30 dias os estados que ainda não se habilitaram apresentem o PDR aprovado pela CIB, e a partir daí os municípios encaminhem seus processos de habilitação dentro das regras estabelecidas pela NOAS. Uma contra proposta foi de que se desse um prazo de 30 a 90 dias estar com os cronogramas de implantação aprovados. O não cumprimento dos prazos, a situação é avaliada na CIT. Quanto a habilitação na Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada, uma dificuldade colocada foi em relação aos critérios para o processo de avaliação dos

municípios no que respeita às 06 atribuições. As condições de ofertas das atividades decididas minimamente como um pacto político da atenção básica na ponta, são melhores do que as que estão sendo reveladas pelo sistema de informação, seja para cobertura vacinal, concentração de consultas, pré-natal etc. Nesse sentido está se propondo a formação de uma comissão com a participação da SPS, SAS, CONASS e CONASEMS, para trabalhar a demanda do CONASEMS, já que o assunto envolve um debate da NOAS como um todo, quando se fará um balanço das dificuldades e dos critérios de avaliação que foram definidos, e também para aferir e renovar o compromisso na CIT, em relação a seis áreas prioritárias. Foi realizado um levantamento, em relação ao PAB-A e outros incentivos criados a partir de 02 (dois) anos para cá, no que tange aos recursos para as áreas prioritárias, tais como hipertensão, diabetes, pré natal e parto, combate a desnutrição e alimentação saudável, enfrentamento da tuberculose, e a estimativa é de que até o final do ano, se não for habilitado o conjunto dos municípios para que haja as transferências adicionais de recursos para essas áreas, deixará de ser transferido cerca de R\$423 milhões de reais, fundo a fundo, o que representa cerca de 24% do total de recursos gastos no PAB e no incentivo do PACS e do PSF. Essa discussão colocará o CONASEMS e o CONASS ciente do que está acontecendo com o processo de habilitação no PAB-A, as barreiras existentes no processo de ampliação da habilitação nessa condição de gestão, no cadastramento, Bolsa Alimentação. Foi proposta a criação de uma comissão tripartite para estudar a questão, trazendo para a CIT o que foi negociado, para aprovação. Foi informado pela SAS/MS a realização de seminário com os 09 estados que foram habilitados, para apresentação de suas experiências, para que os mesmos demonstrem as estratégias adotadas para alcançar os seus objetivos. Ainda sobre a NOAS, foi solicitada deliberação no sentido de alterar o texto da mesma, notadamente

os requisitos "D", do item 54 e 57, ou onde necessário for, a respeito da obrigatoriedade da comprovação do cumprimento da Emenda Constitucional nº 29, deixando, como na Instrução Normativa, apenas a obrigatoriedade da alimentação do SIOPS, já que há controvérsia jurídica. Após discussão sobre o assunto ficou deliberado por uma consulta a área jurídica do Ministério sobre a questão dos critérios e instrumentos a serem utilizados para a aferição do cumprimento da EC 29 e pela alteração da NOAS, nos requisitos de habilitação de estados e municípios. Ao final da apresentação do tema o Presidente do CONASEMS fez um apelo ao Conselho Nacional de Saúde e a CIT sobre a abertura de negociação no sentido de discutir uma política de recursos humanos para o setor saúde, e também sobre a criação da câmara técnica da CIT e câmaras setoriais.

5 - **Informe do DATASUS** – motivado por uma consulta a respeito da base populacional que tem sido utilizada como referência para os cálculos dos vários indicadores de transferência de recursos, foi informado que o DATASUS trabalha com as estimativas populacionais publicadas pelo IBGE, e que são, a cada publicação, atualizadas nos sistema centralizados que trabalham com a Internet. No que respeita às informações gravadas em CD ROM e distribuídas, não há como alterar os dados frente às novas publicações do IBGE, sobre população, Material sobre o assunto foi distribuído para os membros da CIT.

6 - **Projeto de Expansão do PSF** – trata-se de um programa desenvolvido em parceria com o Banco Mundial, objetivando o apoio ao processo de sustentabilidade do PSF no Brasil, para o alcance de cobertura de 50 milhões de pessoas pelo Programa. Esta meta têm sido ampliada nos últimos anos, e mais recentemente em decorrência do esforço importante dos municípios, em especial aqueles com população acima de 100.000 hab., os

de médio e grande porte, as capitais e municípios de grandes centros urbanos. O grande desafio é consolidar o programa nos municípios de pequeno porte. O projeto já foi aprovado pelo Senado Federal, e as principais linhas do projeto são: **a)** reorganizar e fortalecer a atenção básica à saúde, ampliando e consolidando o PSF; **b)** aumentar o acesso aos serviços, propiciando a melhoria da situação de saúde dos brasileiros. Possui uma vigência de 07 anos, e é dividido em três fases distintas, para os três primeiros anos de implantação, que são: **1)** apoio à conversão do modelo de Atenção Básica à Saúde; **2)** desenvolvimento de recursos humanos; **3)** monitoramento e avaliação da Atenção Básica. O primeiro componente é relativo à reorganização da rede de serviços e o público alvo desse componente são os municípios com mais de cem mil habitantes, onde a idéia é investir neles tomando a estratégia do Saúde da Família como eixo de estruturação do sistema, onde é previsto que os municípios que receberão recursos para promoverem esse modelo de Atenção Básica, estarão fazendo plano de conversão apresentado em quatro linhas básicas de investimentos que são: **1)** modernização institucional, que é um projeto de estudos e reformas administrativas e gerenciais das secretarias; **2)** adequação das redes de serviços; **3)** fortalecimento dos sistemas de avaliação; **4)** capacitação e acompanhamento das novas equipes criadas, um componente exclusivo para educação e capacitação continuada, voltada para implementação imediatas das novas equipes. Quanto ao prazo, a previsão é que em agosto os critérios de seleção dos municípios estejam definidos, e esteja em elaboração os sistemas de avaliação, dos municípios, e os estados capacitados para assessorar seus municípios na elaboração dos seus instrumentos. Em setembro inicia a fase de pré-qualificação e de qualificação, com o preenchimento de instrumentos por via eletrônica, pelos municípios, para serem analisados. A partir dessa avaliação os estados e municípios qualificados vão ser preparados e

capacitados para elaboração de planos de conversão. Até o final de janeiro se espera ter todos os municípios que vão receber os investimentos, selecionados.

7 – Informe sobre a contratação de Agentes Comunitários – O Secretário de Políticas de Saúde/MS comentou a respeito da aprovação na Câmara Federal de um projeto de lei criando a profissão do Agente Comunitário, criando regras para a sua contratação, e que após a sua aprovação, imediatamente se iniciasse um processo de pactuação Tripartite dentro, tomando por base as modalidades de contratação.