



Ministério da Saúde
 Secretaria Executiva
 Comissão Intergestores Tripartite
 Secretaria Técnica

4ª Reunião
 Ordinária 2002

ATA DA REUNIÃO

16.05.02

1. MEMBROS DA COMISSÃO

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

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

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE - CONASEMS			
Região	Representante	T/S	Frequência Acumulada
N	Eliana Pasini	Titular	04/04
	Márcia helena C. P. Veloso	Suplente	
NE	Sílvio Mendes de Oliveira Filho	Titular	04/04
	Jorge José Pereira Solla	Suplente	03/04
SE	Valter Luís Lavinias	Titular	04/04
	José Ênio Sevilha Duarte	Suplente	04/04
S	Francisco Isaias	Titular	04/04
	Luciano Ducci	Suplente	
CO	Otaliba Libânio de Morais Neto	Titular	03/04
	Beatriz Figueiredo Dobashi	Suplente	02/04

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.	ÁLVARO CÉSAR NASCIMENTO	FIOCRUZ
7.	MIRIAN MIRANDA COHEN	ENSP/FIOCRUZ
8.	ADEMIR SANDOVAL	
9.	NEWTON LEMAS	DAB/SPS
10.	MAMA HURTENSE	DAB/SPS
11.	MARCUS VINICIOS QUITO	DAB/SPS
12.	MARCIA ARAUJO DA SILVA	DAB/SES
13.	OGLAE REGINA DA SILVA	
14.	ALVARO PEREIRA	DGA/SAS
15.	JANE ALMEIDA	DGA/SAS
16.	LUCIA DE F. QUEIROZ	DGA/SAS/MS
17.	MARTA OLIVEIRA BARRETO	SES/SE
18.	SIDNEY SALTZ	SAS/MS
19.	JOSÉ ANGELO	DGA/SAS/MS
20.	MARIA CRISTINA DRUMOND	DGA/SAS/MS
21.	MIRIAN VIEIRA	DGA/SAS/MS
22.	LUIZ CARLOS SOBANIA	SESA/CONASS/PR
23.	JOSE DA SILVA GUEDES	SES/SP
24.	SILVIA GIONGI	SES/SC
25.	JOCELLO VOLTOLINI	SES/SC
26.	DAISY K. DA SILVA	SES/SC
27.	JOHNSON ARAUJO	SAS/MS
28.	CARLOS MATOS	DGA/SAS/MS
29.	FABIANO PIMENTA	FUNASA
30.	MARIA ESTHER JANSSEN	ST/CONASS
31.	GERALDO MAGELA MIGUEL	SES/PI
32.	MIRIAN ARAUJO COELHO	COSEMS/MG
33.	ILARA HAMMERLI S. DE MORAIS	ST/CONASS
34.	MARIA CRISTINA CARVALHO	GQU/MA
35.	PATRICIA T. R. LUCHESE	ENPS/FIOCRUZ
36.	MARCUS VINICIUS	CONASEMS
37.	FLÁVIA REGINA DE MORAES	SPS/DAD
38.	JORGE SOLLA	CONASEMS
39.	MARTA REJANE BATISTA	SES/PB
40.	LOZANE R.F. LINE	CES/GO
41.		
42.		
43.		
44.		

3. PAUTA

- 1. Regulação, Controle e Avaliação na NOAS – SAS/MS**
- 2. Implantação da NOAS – Estágio Atual – SAS/MS**
- 3. Atualização do Cartão da Criança – SPS/MS**
- 4. Recursos dos Municípios de Uruaçu/GO e Itaberaba/BA – Encaminhamentos e Providências – SAS/MS.**
- 5. Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças - ECD – FUNASA/MS**
 - 5.1- Certificação de Municípios**
- 6. Qualificação de Estados (NOAS 01/2002) – SAS/MS**
- 7. Habilitação de Municípios (NOAS 01/2002) – SAS/MS**
 - 7.1 - Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada**
 - 7.2 - Gestão Plena do Sistema Municipal**

4 - DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO - O Secretário de Assistência à Saúde, **Dr. Renilson Rehem** conduziu a 4ª Reunião Ordinária da CIT, realizada no dia 16 de maio de 2002. **1 - Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças - ECD** - foram certificados, com vigência de 1º/6/2002, 01 município do Estado da Bahia; 06 do Ceará; 12 do Maranhão, 11 na Paraíba, 04 em Pernambuco, 01 no Rio Grande do Norte e 02 em São Paulo. **Dr. Fabiano Pimenta** informou que Município de Rio Branco/AC apresentou o processo para apreciação pela CIB há mais de 60 dias, obtendo assim o direito de apelar CIT, já que os encaminhamentos a cargo da CIB não foram realizados. Foi sugerida a formação pela FUNASA, de uma comissão tripartite para avaliar o município, no sentido de equacionar o problema, ao que colocou o representante do CONASS para a região Centro-Oeste **Dr. Fernando Cupertino** que se há conflito entre estado e município, não comporta uma comissão tripartite e sim a presença do Ministério como mediador, para resolver o conflito, e que para o futuro, a CIT possa colocar um grupo de trabalho para regulamentar as situações e/ou momentos da vinda de recursos para a CIT. **Dr. Renilson** colocou que esse detalhamento é importante, esclarecendo que sua proposta não é dar ao Ministério super poderes, o encaminhamento de questões à CIT deve estar claro, as negociações feitas tem que ser trazidas à Comissão, facilitando o processo de entendimento. O representante do CONASEMS para a Região Nordeste **Dr. Sílvio Mendes** concordou com a proposta e insistiu que se deve instrumentalizar a CIT, operacionalizando a sua Câmara Técnica, que vem sendo discutido há meses, que resolveria a maioria dos problemas que estão sendo trazidos para CIT. **Dr. Renilson** colocou que há um entendimento no MS, e que o Dr. Mercadante está conduzindo esse processo, e deve já na próxima reunião trazer uma proposta. Isso deve contribuir para acelerar soluções e superar dificuldades. A Diretora do Departamento de Descentralização da SAS **Maria Helena** disse haver normas com várias descrições sobre recursos a CIT, e entende que o que se deve avaliar é se o que já está escrito é insuficiente, se deve trazer todas as possibilidades de recursos para uma única norma e fazer uma coletânea do que já está normatizado para avaliação do plenário. **Dr. Renilson Rehem** colocou que deve haver clareza quanto aos prazos, e quanto aos processos para apreciação. Ficou indicado para compor a comissão pelo Ministério da Saúde Maria Helena Brandão,

pelo CONASS Ricardo Scotti e pelo CONASEMS Joellyngton Medeiros. **2 - Qualificação de Estados** – **Maria Helena Brandão** informou que as propostas relativas aos estados de Santa Catarina, Goiás, Pará, Distrito Federal e Paraná foram analisadas. Goiás e Distrito Federal estão perfeitamente adequados para a habilitação. O processo de planejamento correto serviu de base para implantação do trabalho, ressaltando que a situação do DF é interessante, porque como aqui não tem município, o planejamento está baseado nas Unidades de Saúde, as cidades satélites foram tratadas como “municípios” e a PPI foi realizada respeitando as cidades satélites como núcleos organizacionais, o que é uma evolução muito significativa. Do ponto de vista da portaria, o Paraná cumpriu os requisitos, mas tem a pendência do Cronograma de Implantação do PDR, a PPI não discrimina meta física na média complexidade criando problema para o Termo de Garantia de Acesso. Propôs a qualificação do Paraná porque ele cumpriu os requisitos da PRT. Por falta de detalhamento da meta física, uma falha da Portaria nos aspectos relacionados ao detalhamento das metas físicas e financeiras, que já foi corrigida, os municípios do Paraná não podem ser habilitados em Gestão Plena. Solicita ampliação dos prazos para o Pará e Santa Catarina, que não conseguiram fechar os pactos. Propôs que esses estados continuem habilitados em Gestão Plena, como estão hoje, e se dê mais 30 dias. Em Santa Catarina há dificuldade para assinatura do Termo de Garantia de Acesso, porque muitos municípios pagam complementação com recurso próprio e querem, para efeito da pactuação, acertar esse diferencial com os outros municípios. Foram então aprovadas as propostas de habilitação do Estado de Goiás, do Distrito Federal e do Paraná, que solucionaria as pendências existentes. A concessão do prazo de 30 dias, até a próxima reunião da CIT, para Santa Catarina e Pará foi aprovada. **O Secretário de Saúde do Paraná - Dr. Luiz Carlos Sobania** colocou que acompanhou desde sua posse, há 4 meses, o esforço de todos na Secretaria no sentido de que isso acontecesse. A grande dificuldade foi dividir os recursos, e que se teria uma meta financeira clara de cada município. **Dr. Renê** disse entender que o Paraná está sendo qualificado e fica a pendência do Cronograma de Implantação do PDR e do Termo de Garantia de Acesso dos municípios que constam do processo de habilitação. Em relação a meta física, já existe pactuação para mais de 75% dos itens. Já existe uma definição estabelecida

junto com o COSEMS/PR quanto a alguns procedimentos dos grupos MC II, MC III de que essa meta física vai ser construída junto com eles, a partir de um trabalho que vai definir principalmente o acesso e identificação da clientela. **Maria Helena Brandão** informou não haver proposta de municípios para habilitação em Gestão Plena, já que o Paraná possui algumas pendências, que estão sendo encaminhadas por ofício, Goiás não encaminhou os termos para habilitação dos municípios, dedicando-se à qualificação do estado, mas os municípios já estão avaliados. Em relação ao processo de habilitação em GPAB-A, os estados não estão encaminhando propostas de habilitação de municípios, considerando que não é pré-condição o estado estar qualificado, e que, portanto, desde que a NOAS foi publicada poder-se-ia estar habilitando municípios em Atenção Básica. O Assessor Técnico do CONASS **Ricardo Scotti** colocou que realmente existe esta confusão, e indagou como poderia ser esclarecida, concordando em seguida com o Dr. Sílvio Mendes quanto a necessidade de operacionalização da Câmara Técnica da CIT. **Dr. Renilson** reiterou que o assunto já foi discutido no 1º escalão, e que a única dúvida que existe é se a organização/funcionamento se daria por setor ou função. A partir de conversas com CONASS e CONASEMS, entende que por função seria mais interessante, embora mais concreto e produtivo seja por setor. O assessor técnico do CONASEMS **Dr. Ênio** colocou da possibilidade dos municípios em plena, estarem se habilitando na GPABA, sem prejudicar o processo de habilitação em plena, ao que disse o **Dr. Renilson** que vai levar para discussão na SPS, para que se possa dar algum encaminhamento. **3 - Informe - Dr. Renilson** informou que foi publicada uma minuta de portaria e anexos sobre a classificação hospitalar, para consulta pública. Um estabelece a **classificação dos hospitais** no SUS com base em portes; outro estabelece **estrutura mínima técnico-administrativa** para os hospitais; o 3ª define o que chamamos de **Unidades Mistas de Internações**, que seriam aquelas unidades com até 20 leitos, e por último um que define o **mecanismo de financiamento** dessas unidades. A proposta é que essas unidades classificadas tenham um sistema de financiamento diferenciado, e particularmente para as unidades municipais e filantrópicas únicas no município com cobertura do Saúde da Família. **4 - Atualização do Cartão da Criança – a Coordenadora da saúde da criança e aleitamento materno Dra. Ana Goretti Kalume** apresentou a minuta do

cartão da criança, colocando que é um documento extremamente útil para os serviços de saúde e principalmente para a família, que pode acompanhar o crescimento, saúde e a nutrição das suas crianças. As mudanças que ocorreram no instrumento, se deram face às demandas de algumas áreas do Ministério, como: a Imunização, dado que o PNI solicitou a ampliação dos dados do cartão, com a introdução de outros tipos de vacinas; o PACS que tem trabalhado com uma curva de peso muito baixo, e também a área de alimentação e nutrição, uma vez que se ampliou a faixa etária do programa. As principais modificações são a inclusão do número do Cartão SUS, que contém o número do Registro de Nascimento da criança; local para registro do Teste do Pezinho, obrigatório em todo território nacional, e por conta de solicitação do PACS e até da situação epidemiológica do país, que mudou em relação à desnutrição, introduz um percentil de 0,1% correspondente ao peso muito baixo; amplia a faixa etária de 5 para 7 anos incompletos, para estar de acordo com o Bolsa Alimentação, amplia a amamentação exclusiva até 6 meses, solicitada pelo governo brasileiro desde o ano passado, lembrando que antes, a orientação da OMS era de 4 a 6 meses. Não foi possível atender as solicitações de inclusão do vacinador com número do RG, lotes das vacinas, reações adversas, porque na verdade esse cartão não deve ser confundido com o prontuário da criança que fica na unidade de saúde, esse é um instrumento educativo para as famílias, onde a mãe vai acompanhar a saúde, o desenvolvimento e situação nutricional da criança. Foi trabalhada ainda a linguagem, no sentido de adequá-la melhor para o desenvolvimento infantil e a qualidade do cartão, com material mais econômico e durável. O cartão agora faz parte da atualização das normas de crescimento e desenvolvimento infantil, e será feito um trabalho de divulgação e sensibilização junto aos profissionais e as famílias, porque é um documento de extrema importância para a área da criança. As pesquisas têm mostrado que ele é quase na sua totalidade utilizado como cartão de vacinação, em menos de 15% das crianças menores de 5 anos, têm o registro do peso dos últimos dois meses. Os registros sobre o desenvolvimento infantil não chega a 1%. **Dr. Luiz Carlos Sobania** - parabenizou pela iniciativa, e disse que o cartão é um avanço importante que educa todos os níveis, e o **Dr. Sílvio Mendes** colocou ser uma ferramenta de gestão muito importante, porque existe uma dificuldade de avaliação

do atendimento à criança. Propôs a uniformização do Cartão da Gestante. **Dra. Tânia Lago** disse já existir o Cartão Nacional da Gestante, lançado em julho/2000, e que houve uma dificuldade na distribuição dos mesmos pelas secretarias estaduais de saúde para os municípios. Está sendo feita uma nova reprodução que será encaminhada diretamente aos municípios. Colocou ainda o **Dr. Sílvio Mendes** que sua proposta é em cima do trabalho realizado pelo **Dr. Odorico**, que fez uma cartilha muito interessante com informações à gestante sobre o pré-natal, parto e puerpério, que poderia ser uniformizada em nível nacional. **Dra. Tânia Lago** disse estar de acordo e sugeriu a criação de um pequeno grupo técnico, que fizesse uma proposta de uma cartilha/agenda. **Dr. Sílvio Mendes** indicou pelo CONASEMS o Dr. Odorico. **Dr. Cupertino** sugeriu importante colocar em destaque o nome do SUS, para que a população se convença de que tem um sistema. O representante do CONASEMS para a Região Centro-Oeste **Dr. Otaliba Libânio** solicitou a inclusão do número da declaração de nascidos vivos, ao que a Dra. Ana Goretti respondeu que vai tentar incluir, nesse momento de transição, o número do SINASC. **5 - Regulação, Controle e Avaliação na NOAS - Dr. Renilson** colocou que é fundamental a existência do Sistema de Regulação, Controle e Avaliação, que o SUS é o plano de saúde público e que os planos privados têm regulação, controle e avaliação numa outra lógica, até para restrição de acesso e potencializar ganhos. No caso do SUS, em não havendo controle, avaliação e regulação, não há como garantir acesso, e que o documento que será apresentado, já foi discutido com CONASS e CONASEMS, representando uma síntese do que foi acordado. **Maria Helena Brandão** disse que o tema será tratado dentro da estratégia de implantação da NOAS, assim como foram tratados o PDR, PDI, PPI e a avaliação das plenas. A regulação, controle e avaliação, é o primeiro grande esforço que está sendo feito no sentido de retomar o fluxograma usado quando da aprovação da NOAS, que continua atualizado. Provavelmente, durante a apresentação, todos os estados identificarão em que fase da implantação da NOAS se encontram, realçando que os processos de apoio à implantação da NOAS são vitais para sairmos da fase de planejamento para a de implantação efetiva. Nesses processos encontram-se o cartão SUS, o cadastro de estabelecimentos e de profissionais, a contratação de prestadores, o controle, regulação e avaliação e o SIOPS. O processo de avaliação dos municípios é

requisito para iniciar a qualificação dos estados, habilitar os municípios em plena e qualificar as microrregiões. Os estados que cumpriram o PDR, PDI, PPI e fizeram a avaliação das plenas, passarão para a fase de implantação daquilo que planejaram. O controle, regulação e avaliação estão sendo trabalhados dentro de um único projeto, onde cada estado terá agora que entrar na fase da elaboração. Contudo, a situação dessas áreas nas Secretarias está aquém do que efetivamente tem que ser, e a estratégia de se trabalhar de forma articulada vai exigir uma mudança interna nas Secretarias Estaduais de Saúde. Essas áreas de controle são os setores que ainda mantêm uma forma de trabalhar muito próxima do que antigamente era o INAMPS, já que as mesmas não conseguiram assimilar as mudanças, pois são as que menos acompanharam o processo de planejamento da NOAS. Na maioria das secretarias este problema ainda não foi resolvido, pois o planejamento trabalha com o PDR e PPI, e o controle limita-se praticamente a pagar prestadores. A Coordenadora do controle e avaliação da SAS **Dra. Aglaé** descreveu o processo do controle regulação e avaliação, com base em um trabalho de nove meses, retratado em um documento elaborado pelas câmaras técnicas do CONASS e CONASEMS. Constitucionalmente, as atribuições de controle, regulação e avaliação são competências das três esferas de governo, com atribuições comuns e específicas por nível de governo. Todas as funções acima citadas referem-se à gestão do sistema, e para que se atinja tais objetivos é necessário que haja integração das mesmas, inclusive com a auditoria, clareando-se os objetivos das esferas federal, estadual e municipal. Ao nível Federal compete controlar regular e avaliar o Sistema Nacional de Saúde, prestando cooperação técnica e financeira para que os demais gestores cumpram sua função, conforme preconiza a Lei. Ao nível Estadual compete controlar avaliar e regular o Sistema Estadual de Saúde, prestar cooperação técnica e financeira aos municípios. Ao Municipal, o grande executor das Funções de Saúde, compete a descentralização e comando único, efetivando o acompanhamento do Sistema Municipal de Saúde. O que se vê são as competências de controle, avaliação e regulação serem exercidas concomitantemente pelos três níveis de Governo, sem uma delimitação clara das atribuições de cada esfera, agora delimitadas, como resultado das reuniões entre a SAS, CONASS e CONASEMES. Chamou a atenção para o Cadastramento dos Serviços, frisando que somente um cadastro de estabelecimentos fidedigno, efetivo e

atualizado constantemente servirá de base para o controle e efetivação das demais ações, já que contém o cadastro dos profissionais de saúde e de usuários, servindo como base para o Sistema de Regulação, para o Cartão Nacional de Saúde, para a Média e Alta Complexidade e para a Atenção Básica. O processo autorizativo da Alta e Média Complexidade mereceu destaque, já que o mesmo necessita ser retomado com muita atenção por parte dos Gestores. Pela NOB 01/96, o processo autorizativo passou para a esfera municipal, mesmo que o município não esteja habilitado na gestão plena, e isso foi acordado na CIB, em muitos estados, incluindo a autorização para internações, e o controle e avaliação sobre as autorizações não está sendo feito pelos gestores das esferas estadual e municipal, quando é necessário um controle efetivo quanto ao pagamento dos prestadores de serviço, por exemplo. O acompanhamento da programação v.s. produção v.s. faturamento é um processo de controle e avaliação que faz parte da gestão e serve de base para programar e executar todo o processo saúde. No que respeita a avaliação, há que se começar a trabalhar a qualidade daquilo que é oferecido ao usuário, criar e pactuar indicadores, parâmetros. Estão em consulta pública os Parâmetros de Cobertura Assistenciais, resultantes da colaboração de vários setores, dos gestores, e aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde, e agora o que se precisa trabalhar são os parâmetros que afirmam a qualidade da assistência, até porque a satisfação dos usuários do sistema é um aspecto que está ligado à avaliação. Outro item importante é a pactuação de indicadores para avaliar resultado e medir impacto das ações de saúde sobre a situação epidemiológica da população. É necessária a atenção dos gestores estaduais e municipais para criação de uma estrutura própria de recursos humanos, com equipe multiprofissional e equipamentos para área de regulação, controle e avaliação. **Maria Helena Brandão** complementou dizendo que para quem está com a PPI, o PDR e o PDI prontos, começa a trabalhar com a regulação do acesso, e o que se está discutindo e trabalhando nos municípios e estados que implantaram a NOAS e estão com seus cronogramas de ajustes em andamento, é regulação para NOAS, e não regulação com comando dividido sobre os prestadores. Os municípios que têm atuam comando dividido, vão ter que pensar uma estratégia de regulação. As principais atribuições para regulação são: **a)** disponibilizar, em tempo oportuno, alternativa assistencial mais adequada a necessidade do cidadão; **b)** otimizar a

utilização de recursos assistenciais disponíveis; **c)** subsidiar a programação pactuada e integrada e, **d)** subsidiar o controle e avaliação. O trabalho está sendo feito com a migração dos dados da programação para o SISREG, integrando os dois sistemas, que foram concebidos separadamente, para que a base da regulação seja o que foi pactuado na PPI, separando o que é próprio do município, do que próprio das referências de outros municípios. Na regulação das referências intermunicipais, o estado tem uma visibilidade global do acesso intermunicipal e garante o acesso para os municípios não habilitados ou em gestão básica, e o município em gestão plena garante o que foi pactuado e acordado. A regulação dos prestadores de serviços têm que estar sob comando único – do município se for gestor pleno, do estado, se o município estiver em gestão básica ou não habilitado, podendo o estado pactuar uma co-gestão com o município. Como estratégia de implantação está sendo disponibilizado o SISREG, em fase de ajuste para o SISPPPI, mediante a distribuição de senhas para os estados que solicitarem. O SISREG está sendo implantado em 06 municípios piloto. Na maioria desses municípios a dificuldade é o comando dividido, porque o princípio da Central de Regulação é que ela seja única, e não uma do estado e outra do município, o que dificulta o estabelecimento de fluxos. Nos pilotos, nem tudo está implantado, em alguns apenas a regulação da tomografia. Está se investindo fortemente na questão da elaboração de planos estaduais de regulação, controle e avaliação, de modo que cada estado explicita qual seu plano, e estão sendo priorizados para elaboração do projeto tecnológico trabalhado pela UNIFESP, os estados que concluíram PDR e PPI, estando qualificados ou bem próximo disso. O SISREG pode ser disponibilizado para todos, contudo a estratégia de apoio do MS é de priorizar os pilotos e os estados que forem concluindo seus processos, desde que aprovados pela CIT. É necessário que o CONASS e CONASEMS se pronunciem o mais rápido possível sobre este documento, que servirá de base para regulação, controle e avaliação. **Dr. Renilson** disse que a idéia não é somente a de apoio, mas que se pode discutir uma forma de financiamento, uma transferência de recursos vinculadas às ações de programação, planejamento, regulação, avaliação e controle, para os estados que já têm programação, planejamento, PDR, PPI definidos. **Dr. Cupertino** disse que o documento em linhas gerais está dentro do que foi discutido com a comissão, mas que gostaria de um exame prévio à aprovação. Disse ainda

ser importante, neste momento, a inclusão da discussão dos Protocolos Clínicos, para evitar o grande número de ações do Ministério Público e Judiciário com liminares para compra de medicamentos e provimento de outros serviços, e que é necessário deixar bem claro as responsabilidades e normatizar, como subsídio para uma contraposição nos casos de ações impetradas pelo poder judiciário. **Dr. Luiz Carlos Sobania** disse que não basta garantir a consulta, há que se ter resolutividade e que se deve levar em conta a questão ambulatorial já que 80% dos usuários estão inseridos nesse sistema. Um outro problema a ser equacionado é o de recursos humanos e da emergência clínica. **Dr. Scotti** falou que nem todas as áreas de gestão do SUS evoluem com a mesma intensidade e que o movimento em questão traz a regulação, controle e avaliação, para o momento em que estamos vivendo, acrescentando que deve ficar bem clara a sua inter-relação com a auditoria, que também é um mecanismo de controle. **Dr. Sílvio Mendes** disse não conseguir entender como os gestores, nas três esferas, assumem os riscos da gestão sem dispor de instrumentos de gerenciamento. Frisou sobre a objetividade da apresentação, não concebendo um controle e avaliação ineficiente, que não se dinamiza em relação a prestação de serviços do SUS. Citou como exemplo o seu município, já que Teresina recebe o maior número de pacientes de fora (1/3 do número de internações hospitalares são de pacientes não residentes, o que implica em gasto de 47%, dos recursos financeiros uma vez que os custos de internação são mais caros). Por isso tornou-se fundamental a implantação de uma central de regulação. Colocou que dos nove estados nordestinos, cinco não cumprem o que preconiza a Emenda Constitucional 29, frisando que o Maranhão, no exercício de 2002, aplicou somente 1.52 na saúde. O estado do Piauí recebeu do Maranhão 46% dos pacientes atendidos em oncologia, 37% na Cirurgia Cardíaca, 39% na Neurocirurgia, complicando assim o planejamento do sistema de saúde local. **Dr. Luiz Carlos Sobania** pediu que fosse lembrada a discussão no CONASS sobre a regionalização inter-estadual. O representante do CONASEMS para a Região Sudeste **Dr. Walter Lavinis** disse que o Estado do RJ está avançado em relação à Central de Regulação, há mais de 1 ano em funcionamento. **Dr. Renilson** disse que a questão levantada sobre os protocolos na área dos medicamentos excepcionais é de uma lógica bastante adequada, que o trabalho é complexo e existe uma

expectativa de que até o final do ano saia uma publicação sobre o assunto. Informou que foi feito um acordo com a Associação Médica Brasileira para a construção conjunta de protocolos clínicos, diagnósticos e terapêuticos, com a possibilidade de se ter até o final do ano, 100 protocolos. Quanto ainda que quanto à colocação do Cupertino, vale a pena tentar uma audiência de governo com o MPF e também se fazer um Projeto de Lei que clareasse a diferença do que está colocado como universal na Lei 8080 e as questões para as quais existem limites, até do reconhecimento científico de determinadas práticas, dado que existem liminares que determinam a realização de determinados procedimentos que são reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina como experimentais, de práticas realizadas no exterior que não tem nenhum reconhecimento, e para tornar mais claro uma situação específica que é o caso do Transplante de Células Mioblásticas que é feito por um serviço em S. Paulo, que é de uma clínica americana, que paga para uma empresa em Hong Kong, para quem, por decisão judicial, teve que pagar 150 mil dólares na Polícia Federal. Os juízes estão mandando: internar, dar alta, fazer cirurgia, quimioterapia, prescrever, etc. Para a questão da auditoria levantada pelo Scotti, como não está no seu alcance de governabilidade, sugeriu discussão entre o CONASS e CONASEMS, não como uma condição de avançar no processo, mas como um processo complementar. Quanto ao que o Dr. Sílvio colocou disse que a prioridade é quem já fez PPI, e que inclusive já foi falado com o Ministro uma forma de apoio com financiamento, e que o assunto deva ser aprofundado, para que talvez possa ser discutido na próxima CIT uma proposta de apoio financeiro.

6 - Recursos dos Municípios de Uruaçu/GO e Itaberaba/BA - **Dr. Renilson** informou que a situação de Uruaçu já está resolvida, e que quanto a Itaberaba, como não foi resolvido, vai se continuar trabalhando de forma tripartite para se ver qual encaminhamento se deve dar. **M^a Helena Brandão** disse que quanto a questão da Bahia, a CIB/BA aprovou um cronograma que prevê as habilitações pela NOAS somente para o próximo ano, o que não atende a questão do Município de Itaberaba. Em seguida o **Dr. Otaliba Libânio** iniciou a leitura da minuta de um documento (não distribuído aos participantes), contendo a deliberação da diretoria do CONASEMS, ocorrida no dia 15 de maio, sobre questões variadas afetas à municipalização da saúde, incluindo a habilitação de municípios. Ao final da leitura o **Dr. Renilson** disse

não entender o que o documento lido tem a ver com o tema em discussão, e que lamentava que o CONASEMS tenha se utilizado de um subterfúgio para apresentar uma posição no momento que não considera adequado e que não foi negociada, colocando que os termos da conclusão do documento são de ameaça, concluindo que por conta disso, o documento conta com toda sua mais absoluta má vontade no que respeita a qualquer encaminhamento. **7 Implantação da NOAS - Estágio Atual**

- **Maria Helena Brandão** colocou que na reunião passada foi pedido que fossem apresentadas as razões dos avanços e os retardos identificados nos grupos de estados, em número de 03: 1) PR, SC, GO, AL, SE, CE, PA e DF, já apresentaram seus pleitos e estão, como o CE e AL, qualificados ou em fase de finalização para qualificação. À exceção de Sergipe, todos são estados habilitados em Gestão Plena. 2) AP, MT, MS, MG, PB, RJ, RS, SP e TO, têm a possibilidade de apresentarem as propostas de qualificação, ter PDR, PPI, etc. finalizada em junho e julho. 3) AM, RR, RO, AC, MA, PI, RN, PE e BA, não tem previsão. Após a análise de cada situação se dá o encaminhamento adequado para cada qual. Com a aprovação de hoje das propostas apresentadas, serão qualificados os Estados do CE, AL, GO, PR e DF. Dos estados qualificados, o Ceará qualificado em 21/02/2002, tem 27% dos municípios em Plena do Sistema pela NOAS. Iniciou oficinas regionais preparatórias para qualificação de microrregião. Alagoas foi qualificado em 21/3/2002, tem 33% dos municípios em plena, habilitados pela NOAS, iniciou oficina regional e está criando uma microrregião piloto em Penedo preparatória para iniciar a qualificação, prevista para agosto. O Distrito Federal cumpriu todos os requisitos e a sua PPI considera as cidades satélites como “municípios”, o que foi uma posição interessante. Goiás não encaminhou nenhum município para habilitação. O Paraná não explicitou as metas físicas da MC₂ e MC₃ na programação, portanto os municípios não podem ser habilitados. Para Sergipe, o processo está no MS e o estado não será qualificado porque a própria secretaria informou que também estará entrando com o processo de habilitação do estado em condição de gestão avançada ou plena. Tem pendência no comando único da capital, e a previsão segundo informado pela Secretaria é para junho próximo. O Estado do Pará deu entrada ao processo, existe uma pendência na emissão dos relatórios da PPI e a previsão para conclusão do processo é para junho. Santa Catarina deu entrada ao processo, existe

a pendência de aprovação da PPI na CIB e a previsão de qualificação é para junho. Os estados do grupo 2 (AP, MT, MS, MG, PB, RJ, RS, SP e TO) estão na avaliação, em fases diferentes e têm previsão de entrega para junho/julho. AP e PB estão praticamente prontos, faltando aprovação nas instâncias da CIB/SES. Na PB houve uma reprogramação em função de um recurso impetrado e o Secretário Estadual solicitou apoio para questão da regulação, controle e avaliação, informou que já tem seus municípios interligados e a possibilidade de regulação é muito forte. O AP avançou muito no processo da gestão. MT, MS, MG e SP concluíram o PDR, PDI, fizeram avaliação das plenas e estão em fase de conclusão da PPI. MG e SP considerando o número de municípios e volume dos prestadores, faz com que o processo de negociação da PPI seja muito pesado. Já fecharam as PPI regionais e estão consolidando a do estado. O MT tem o processo de programação assentado em um instrumento próprio e está fazendo adequações para apresentação do mesmo, vai solicitar habilitação em Plena do Sistema Estadual. RJ, RS e TO concluíram o PDR e estão em fase de avaliação das plenas e elaboração da PPI, com previsão para conclusão do processo em julho/agosto. Para os Estados do AM, RO, RR, AC, MA, PI, RN, PE e BA, não se tem previsão. Isso é motivo de forte preocupação, porque pela NOAS/02 os estados que não concluírem sua regionalização, tem seus municípios prejudicados, já que atrasam os processos de habilitação dos municípios em gestão plena e suas microrregiões não podem ser qualificadas. A alternativa estabelecida na NOAS para os municípios é a do recurso, que é o que Itaberaba/BA fez. Contudo, a alternativa apresentada pela SES/BA, na forma de um cronograma, não atende à causa motivadora do recurso. Nos Estados do grupo 3, são problemas: 1) falta de estrutura nas Secretarias Estaduais, o que faz com que, por exemplo, não se consiga muitas vezes interlocução com o mesmo grupo técnico e pouca interlocução com o secretário estadual. 2) Os COSEMS não estão mobilizados e a representação formal não apresenta participação dos municípios em Plena, o que dificulta o trabalho. 3) algumas Secretarias têm discordâncias conceituais em relação à NOAS, entendem que o PDR baseado em módulos assistenciais não é o modelo que o estado quer adotar, portanto não estão trabalhando o Plano Diretor de acordo com a NOAS. Têm até condições de fazê-lo, mas acham que o plano de regionalização do estado é melhor do que o apresentado

na NOAS e portanto não caminharam. Como último registro disse que, dessa forma fica claro que essas Secretarias vão ter um cronograma muito alongado de implantação, e que a situação dos municípios que se sentem prejudicados por não poder se habilitar na Plena do Sistema pela NOAS, e a não qualificação das microrregiões, **são pontos fundamentais para CIT decidir,** levando em conta se o que está descrito na NOAS é capaz de garantir avanços para os municípios localizados em estado que não avançaram no processo da regionalização. O que é corrente é que uma comissão vá ao estado e tente estabelecer um cronograma para atender ao processo de implantação da NOAS, o que na Bahia não superou a questão de Itaberaba. Por outro lado não se imaginava que a questão de habilitação dos municípios no GPABA, frente aos indicadores aprovados, fosse tão difícil, já que os mesmos apresentam resultados insuficientes para esses indicadores. O técnico da SPS/MS **Dr. Luis Fernando** falou da situação dos municípios em Atenção Básica nos estados, informando da existência do grupo da coordenação da gestão que está trabalhando na DDGA no acompanhamento do processo de regionalização e na discussão da integração da atenção básica dentro do sistema, o que vem trazendo, segundo sua visão um avanço ao processo, fazendo com que os estados trabalhem conjuntamente, integrando planejamento, saúde da família e atenção básica. Em relação ao pacto, a Portaria 2.215, que é a portaria de avaliação, composta dos componentes: **cobertura vacinal e cobertura de consulta básica, alimentação do sistema nacional de informação, estrutura da rede física de recursos humanos e a produção de serviços nas áreas estratégicas,** a questão Brasil hoje se define da seguinte forma: para os município, a atualização dos dados é mensal, o que dá a visão do último momento, permitindo visualizar o esforço e a evolução de cada um deles, no sentido de se organizarem. Em março de 2002, dos municípios em GPSM 36% cumpriam todos os quatro componentes do pacto da Atenção Básica, tendo sido ampliado este percentual para 37.94%, ou seja 06 municípios que até o final do ano não cumpriam o pacto, agora estão cumprindo, como resultado de uma mobilização, movimento esse não percebido nos municípios habilitados na Gestão Básica, em que ao contrário, vem ocorrendo um decréscimo no número de municípios que cumprem os requisitos, conforme observado nos meses de março e abril, apesar do aumento no valor do PAB em 76,8% desses municípios. Focalizou-

se ainda dois graves problemas - a questão dos procedimentos coletivos de odontologia, para os quais 49% dos municípios não tem registro no SIA e a coleta de colpocitologia oncótica, para a qual 29,11%, não tem registro. No pacto de atenção básica, tanto a cobertura de consultas médicas quanto a cobertura vacinal é um problema para 30% dos municípios. O assessor técnico do CONASEMS **Dr. Ênio** colocou que em razão fala da Maria Helena e a dificuldade de implantação da NOAS existente em alguns estados, é importante retomar a discussão sobre Itaberaba, ao que respondeu o **Dr. Renilson** que não concordava, porque o assunto em discussão era a NOAS, colocando que se retiraria do recinto caso houvesse insistência quanto à questão. **Dr. Ênio** colocou sobre a pertinência da questão em relação ao que estava sendo exposto, porque o assunto Itaberaba retrata a dificuldade de implantação da NOAS em alguns estados. Continua dizendo que é preocupação do CONASEMS e COSEMS a condução do processo nos estados com dificuldades de implantação da NOAS, sem contar o prejuízo muito grande para o país e para os municípios dos estados que não desenvolvem esse processo, em que existem municípios aptos para se habilitarem na NOAS e que por problemas de falta de estrutura nas secretarias ou mesmo por problemas políticos, não avançaram ou estão muito lentos, como é o caso da Bahia. Na NOAS não ficou explicitado como atuar/controlar nesses casos, até porque durante a fase de discussão da NOAS o foco maior era o avanço do processo. É preciso rediscutir esse problema e as propostas já existentes, porque os municípios estão sendo prejudicados e o SUS também. O estado que não está avançando não está só deixando de cumprir a NOAS, mas também a Constituição e a Lei Orgânica quanto a condução do processo de descentralização. Entende que essa não é uma discussão para câmara técnica e sim uma discussão mais ampla com o MS, CONASS e CONASEMS, porque os municípios não aceitam a paralisação do processo, e o caso de Itaberaba é típico para retratar essa situação – investiu, está há quase 2 anos esperando e agora vem a notícia de que habilitação pela NOAS somente no ano que vem. Em relação ao documento lido pelo Dr. Libânio, é possível que o momento tenha sido inoportuno, contudo ele reflete a profunda insatisfação que os secretários municipais de saúde tem com alguns problemas fundamentais e para os quais o MS não está dando o devido encaminhamento. Não entende que tenha havido ameaça e nem essa é a

idéia, mas um alerta, porque o CONASEMS/COSEMS estão sendo pressionados pelos municípios do país inteiro, pressão essa que vai ser manifestada também no encontro em Blumenau em julho. **Dr. Solla** disse existir alguns momentos difíceis no processo de construção do SUS, que criam algumas tensões e esse é um deles. Desde fevereiro de 2000 se está vivenciando o processo de discussão da NOAS, fez-se a NOAS/2001, refeita com a NOAS 2002 e essa avaliação agora apresentada pela Maria Helena reflete o estágio atual. É um diagnóstico preciso que mostra de certa forma o que já era previsto, que alguns estados avançariam mais rapidamente, que estavam mais afinados com as proposições da NOAS, que tinham condições técnicas e políticas de desenvolver o processo em velocidade maior, mostra também que hoje se precisa tomar algumas decisões para evitar que se tenha o processo estacionado, congelado ou comprometido, e essa é a grande preocupação que temos que ter nesse momento, até porque tem algumas situações críticas ou que apontam nessa direção. A negociação que se tentou fazer na Bahia refletiu esse panorama, já que lá o problema não é técnico - a secretaria tem todas as condições de desenvolver o processo, existe divergência em alguns pontos operacionais proposto pela NOAS e concepções políticas que avaliam que talvez esse, não seja o momento apropriado, só que do ponto de vista dos municípios traz um prejuízo muito grande, porque tem município que se estruturaram, investiram, assumiram a gestão ano passado, montaram rede física, contrataram profissionais, criaram todas as condições e cumpriram todos os requisitos para se habilitarem em gestão plena. Entendo a posição quanto a não voltar a habilitação pela NOB/96 nos casos de impasse, para não retroagir no processo, e sim continuar avançando na forma como a NOAS está propondo, criando condições para superar os impasses dentro da NOAS. Essa é a direção. A. Maria Helena colocou que tem pontos que podem estar sendo formulados junto com o CONASS e MS. Ou se toma essa medida agora ou vamos perder o tempo político. O CONASEMS está discutindo algumas alternativas, umas não estão previstas na NOAS, mas que poderiam ser pactuadas. Uma delas é criar possibilidades, mecanismos para que no estado onde o processo de implantação da NOAS não avançou se possa, por exemplo, qualificar uma microrregião que esteja com seus municípios aptos, já tenha o município pólo preparado. Solicitou o empenho de todos, MS, CONASS e CONASEMS para se

buscar saída para essas dificuldades, e no momento presente a alternativa mais imediata é criar uma comissão específica para buscar as soluções requeridas para os problemas. Colocou ainda que compreende as dificuldades desse processo de negociação política, mas que quando um estado toma uma posição que restringe o direito do município, tem que haver uma saída, porque ele está prejudicando é o direito da população, de uma microrregião que está avançando no processo de constituição do sistema único de saúde, por exemplo. Colocou que foi inadequada a leitura do documento nesse momento, mas que também a interpretação que foi dada ao final do documento, é questionável. Solicitou continuidade para essa discussão, e que ao final se abrisse um espaço para o encaminhamento dado ao problema de Itaberaba e também para a palavra do Secretário Municipal **Dr. Renilson** disse entender que em relação ao caso de Itaberaba, o CONASEMS fez uma opção de não discutir o caso e apresentar esse documento, e que com relação ao andamento dos estados, a situação é preocupante porque, como o Dr. Solla colocou, prejudica a população, se colocando contra voltar a habilitação de município pela NOB/96, que pode até ser bom para gestão municipal, mas não é bom para a organização do sistema e para o atendimento à população. Colocou que é preciso discutir esse assunto e que com a apresentação feita, se faria então propostas de encaminhamento, e que na sua visão existem duas formas de encaminhar essa questão: uma é tentar discutir de maneira realista e objetiva, para se encontrar uma solução; e a outra é fazer discursos inflamados e não acontecer nada esse ano. **A proposta de encaminhamento é que o CONASS faça uma reunião prévia em relação ao assunto e que o ponto de pauta da próxima CIT além de habilitação, certificação, fosse a discussão dos estados que estão com dificuldades para implantação da NOAS.** **Dr. Guedes** disse que o CONASS assume a discussão, e que não foi só o Dr. Renilson que ficou pouco confortável com o documento do CONASEMS. Falando em nome CONASS disse que o documento é ruim e que na realidade se está num processo que, para não piorar a situação não qualifica, mas que dá a entender que vai haver um movimento de CONASEMS contra os outros elementos integrantes do SUS. Sugeriu que, com tempo estipulado para que não haja mais debate, se dê chance para Itaberaba colocar a sua situação. **Dr. Renilson** disse ter entendido que tanto o CONASS como o CONASEMS aceitam trabalhar nessa linha, se o CONASS

entender que o MS pode contribuir fazendo essa apresentação mais detalhada, pode chamar, para que na próxima CIT se possa aprofundar essa discussão. O representante do CONASS para a Região Norte **Dr. Francisco Deodato** disse que o seu Estado não é desestruturado, porém existe uma decisão política de seguir outro caminho e que não há um confronto com os municípios porque é uma decisão do conjunto daqueles que compõe, o Estado e os Municípios, sugerindo que seja feita a análise dos estados e que se encontre um caminho para que os mesmos conduzam seus processos sem representar um obstáculo para a seqüência dos demais. **Dr. Renilson cita que na apresentação da Maria Helena os dez Estados tem problemas com características diferente, outras que não entram no detalhamento, pelo que propôs que o CONASS internamente discuta estado a estado, para chegar a um acordo interno, sem a participação do CONASEMES e do Ministério da Saúde.** **Dr. Solla** coloca que a proposta do CONASS é boa, porém ela não invalida a possibilidade de em paralelo, e até a próxima reunião da CIT, constituir-se uma comissão para se resolver a questão no âmbito técnico, visando a superação das questões políticas, a identificação dos prós e contras de um estado onde o processo como um todo ainda não avançou, com a possibilidade de avançar em algumas microrregiões, como alternativa de andamento do processo de implantação da NOAS, como opção a ser discutida junto à Secretaria de Saúde e o Ministério. Esclareceu que o Congresso é o foro máximo do CONASEMES que vai reunir os Secretários Municipais, e que os pontos levantados representam a angustia do conjunto desses Secretários, e que o grande interesse é que até a realização do congresso se possa avançar nas soluções para apresentá-las aos secretários quando da realização do Congresso no mês de julho. **Maria Helena Brandão** pediu a reavaliação do documento pelo CONASEMS, dado que na forma como foi colocado interrompe o processo de avaliação e passa para um processo de pressão, e que o clima que vem sendo trabalhado é de buscar soluções conjuntas. Propôs, dado a inadequação da forma, que o CONASEMS retire o documento e faça uma nova proposta, e se crie uma comissão para achar uma alternativa, pois enquanto o CONASS trabalha na avaliação dos estados, o MS e CONASEMS trabalham outra alternativa. Colocou ainda que se a posição do CONASEMS é de confronto, a posição do MS é se preparar para a luta. O Secretário Estadual de Saúde do Piauí

Dr. Fernando Correia Lima se congratulou com a proposta feita pelo Dr. Renilson, que entende irá ajudar no avanço da implantação da NOAS no Estado do Piauí, lembrando que o estado teve, de outubro para cá, dois governos e três secretários de saúde, de maneira que os problemas são diferenciados. É preciso ter uma visão mais ampliada das questões e que no caso em particular o fato de ter assumido a SES há pouco mais de 20 dias influencie na questão da implantação da NOAS, o que não impede de que se trabalhe para que isso se dê o mais rápido possível. **Dr. Renilson** submeteu à decisão do CONASS e CONASEMS a volta da questão do município de Itaberaba. **Dr. Solla** disse que no seu entender a formação da comissão está fechada, para dar entrada ao encaminhamento. **Dr. Renilson** disse que a comissão está condicionada à retomada do diálogo com o CONASEMS. Que mantido o documento, entende que se estabelece um processo de enfrentamento, onde não se faz comissão, a não ser comissão para se chegar a um comum acordo. **Dr. Solla** colocou que na sua última intervenção já tinha esclarecido a questão do documento, o encaminhamento sugerido pela Maria Helena foi acordado e que se tiver algum problema de interpretação do documento ele será refeito e reapresentado, e que a maior preocupação é avançar nessa discussão junto ao CONASS e ao MS. **Dr. Guedes** colocou que como vai haver uma reunião da CIB em S.Paulo com cerca de 600 representantes dos COSEMS, e gostaria de saber qual é a representatividade desse documento dentro do CONASEMS, ao que respondeu o Dr. Solla esclarecendo que o documento tem 2 problemas: 1º) a forma como foi apresentado, o espaço de apresentação; e 2º) um problema de redação que permitiu uma interpretação distorcida. O que deveria ser transmitido e interpretado é que em razão do evento do mês de julho o CONASEMS quer avançar na discussão dos pontos citados, para se ter respostas mais concretas para ser apresentadas. Falou ainda que a relação da SES/SP com os COSEMS e municípios vai ser a mesma que tem sido durante todo esse processo. **Dr. Scotti** disse ter entendido, baseado na fala do Dr. Solla, que o CONASEMS vai retirar este documento e vai rerepresentar essas questões de outra forma. **Dr. Solla** respondendo ao Dr. Scotti, disse que a questão não é sobre os itens de pauta listados no documento, que em nenhum momento foram questionados, o que houve foi um problema de interpretação quanto à colocação para discussão desses itens no congresso e este último ponto vai ser

revisado. Os itens para discussão entre o CONASEMS e MS se mantêm, pois são questões cruciais no processo de construção do SUS, para os quais não se tem respostas concretas ainda, mas que se precisa avançar nas questões relativas a recursos humanos, repasse de pessoal e a vários outros itens que tanto o CONASS, como CONASEMS e o MS tem interesse de discutir. Portanto o que vai ser retirado, refeito e reapresentado ao MS, para evitar interpretações, é a questão do encaminhamento da discussão no congresso. A pauta dos pontos listados no documento para discussão se mantêm. **Em seguida a palavra foi dada ao Secretário de Saúde de Itaberaba** iniciou sua fala dizendo que se o Dr. Renilson e o CONASS se sentiram pouco confortáveis, que imaginassem o município, que está passando por todo esse problema, ponto de pauta e de discussão nesta reunião, para o qual não se chegou a nenhuma definição. O município de Itaberaba representa hoje dentro do PDR, e num conjunto de municípios de módulos, o único município que tem condições de assumir a gestão plena. Desde 1º de janeiro do ano passado, quando assumiu a Secretaria Municipal de Saúde, e por decisão política do prefeito iniciou-se o investimento na estratégia de saúde da família, foi potencializado um hospital que antes era somente maternidade, criado um centro de referência de especialidades, dando início à organização de um município que não tinha absolutamente nada em saúde. Isso gerou uma expectativa muito grande não só no município, mas em toda região, o que naturalmente tornou o município um pólo para a região. Aí veio a NOAS, um instrumento que veio para revolucionar a saúde pública do país, e o município trabalhou e avançou na atenção básica, média complexidade, no controle, avaliação e regulação. Por fim, a CIT foi à Bahia para negociar, a questão de Itaberaba e a ausência do CONASS foi sentida, já que no seu entender o CONASS não poderia se deixar representar pelo coordenador da CIB, que é o chefe de gabinete do Secretário Estadual. O MS tentou negociar de todas as maneiras e está claro que a questão do estado não é técnica como colocou a representante do MS na reunião, Dra. Maria Helena, mas sim política. Se a Bahia ficar 01 ano sem se habilitar, a microrregião não fica menos que 3 ou 4. Já vai completar 01 ano desde que começou o processo de implantação/qualificação pela NOAS e mais um ano vai se passar, sem que se comece a fazer a PPI. A NOAS na BA não acontece e vê com muita preocupação onde isto vai parar, e de que forma se

pretende explicar isso à população, uma questão que agora não é mais afeta somente ao município de Itaberaba. O que solicita é uma avaliação das três esferas de governo, até porque o que se conseguiu até agora – oficializar um cronograma, acredita que não será cumprido. Na Bahia o que foi colocado como dificuldade foi a eleição e a copa do mundo, contudo a população do seu município está é atrás de exames, remédios e serviço de saúde que garanta assistência e qualidade de vida, não estando preocupada se o Brasil vai ganhar ou não a copa do mundo. Encerrando, colocou que necessita do apoio do MS, continua acreditando nessa Instituição e no CONASS e cada vez mais acreditando nos secretários municipais que querem avançar nesse sentido, e que quando o estado não quer avançar o MS tem arrumar uma forma, dentro do processo administrativo, para que se faça uma repactuação dentro da NOAS, até porque não aceito retroceder para a NOB/96. Colocou que não estava falando somente por Itaberaba, mas por milhares de municípios que aqui vão trazer seus recursos, e que sabe da preocupação que o Ministro e a SAS têm em querer que todos os municípios avancem nesse sentido, mas se isso não acontecer há que se arrumar uma forma de pelo menos não inviabilizar esse avanço por parte dos municípios. Agradecendo a oportunidade a ele dada, agradecendo também ao CONASS e CONASEMES e ao Ministério, finalizou esperando uma determinação da CIT, no sentido de uma solução para o problema.

Dr Renilson Rehem encerrou a reunião afirmando que a idéia é discutir o processo como um todo, tendo, portanto dois fatores que dificultam uma solução simples e rápida: primeiro o SUS é Tripartite; segundo que não consegue imaginar como um sistema estadual se organiza sem a Secretaria Estadual, afirmando não saber qual o atalho a ser tomado. Por conta disso, afirmou concordar com a proposta colocada pelo Dr. Guedes, de encarar o problema, colocando ser o CONASS o grande responsável pela discussão e busca de propostas para a solução desse problema, e que em algum momento serão discutidos no âmbito da TRIPARTITE, do ponto de vista do estado, a situação de cada um, para o que propôs mais uma vez um trabalho interno por parte do CONASS, para que não haja constrangimento quando da discussão desses casos. Ressalvou mais uma vez sua grande preocupação, sugerindo encaminhar da forma por ele apresentada, ficando para a próxima tripartite o aprofundamento da discussão, preferencialmente se o CONASS viabilizá-la,

colocando os problemas de cada estado, e até mesmo nos casos em que houver uma decisão política para não fazer a NOAS, isso há que ser colocado e discutido, para que fique claro que é uma questão política e que politicamente seja tratada.

Visto:

Ministério da Saúde

CONASS

CONASEMS



Ministério da Saúde
Secretaria Executiva
Comissão Intergestores Tripartite
Secretaria Técnica

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT
REUNIÃO ORDINÁRIA DE 16/05/2002
RESUMO EXECUTIVO

O Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, Dr. Renilson Rehem, conduziu a 4ª Reunião Ordinária, realizada em 16 de maio de 2002.

Pontos da Pauta:

1 - Regulação, Controle e Avaliação na NOAS - foi apresentada uma versão preliminar do documento elaborado com base em discussões realizadas ao longo de nove meses pelo MS, em conjunto com as câmaras técnicas do CONASS e do CONASEMS. O documento faz considerações sobre a situação atual da regulação, controle e avaliação e o modelo proposto de acordo com a NOAS 01/2002, enfocando as atribuições do controle e da regulação assistencial, bem como a avaliação dos resultados das ações e serviços de saúde prestados à população. São definidas as responsabilidades de cada um dos 03 níveis de gestão, as atividades do processo regulatório, o papel do estado e do município com relação às referências intermunicipais e os pré-requisitos de controle e avaliação para a regulação sobre os prestadores de serviço sob gestão estadual ou municipal. No que concerne à implementação, foram enfocados os Planos Estaduais e Municipais de Controle, Regulação e Avaliação e definidos os instrumentos para a realização dessas ações que são entre outras, as Centrais de Regulação, Protocolos Clínicos e Operacionais, Centrais de Marcação de Consultas, Exames e Leitos, Indicadores e Parâmetros Assistenciais de Cobertura e Produtividade, Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde, SIOPS, Cartão Nacional de Saúde, etc.

2 - Implantação da NOAS – os estados foram colocados em 3 grupos:

1) - Estados que já apresentaram seus pleitos e estão qualificados, com é o caso do Ceará e de Alagoas, ou que têm seus processos em fase de

finalização para a qualificação, caso dos Estados do Paraná, Santa Catarina, Goiás, Sergipe, Pará e Distrito Federal. À exceção de Sergipe, são todos estados que já se encontravam habilitados em Gestão Plena do Sistema Estadual.

2) - estados que têm a possibilidade de apresentar suas propostas de qualificação em junho e julho: Amapá, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraíba, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, São Paulo e Tocantins.

3) - estados sem previsão de conclusão dos pleitos: Amazonas, Roraima, Rondônia, Acre, Maranhão, Piauí, Rio Grande do Norte, Pernambuco e Bahia.

Foi discutida a situação dos municípios quanto à habilitação em gestão plena e a qualificação das microrregiões nos estados em que não foram concluídos os processos de qualificação, como também as dificuldades enfrentadas por estes estados, sendo proposto que o CONASS faça uma reunião prévia enfocando o assunto e que o seu resultado seja apresentado e discutido na próxima reunião da CIT.

3 - Atualização do Cartão da Criança - foram realizadas as seguintes modificações no instrumento:

- Inclusão do número correspondente ao cartão SUS e um espaço para registro do Teste do Pezinho;
- Inclusão, na curva de crescimento, de curva específica de valores do percentil 0,1, correspondente ao peso muito baixo para a idade;
- Ampliação da faixa etária de 5 para 7 anos incompletos, em conformidade com o Programa Bolsa Alimentação;
- Inclusão de nova legenda referente à amamentação exclusiva;
- Atualização dos conteúdos e uniformização da linguagem na parte referente aos marcos do desenvolvimento;
- Reformulação do Calendário de Vacinação Infantil, a partir das recomendações do Programa Nacional de Imunização.

4 - Recursos de Municípios:

4.1 - Uruaçu/GO - foi decidido que o município retornará à condição de Gestão Plena do Sistema pela NOB SUS 01/96, a partir de 1º de maio de 2002, cabendo ao município assumir, a partir dessa data, as responsabilidades de controle, avaliação e auditoria inerentes à condição de gestão.

4.2 - Itaberaba/BA - a CIB/BA aprovou um cronograma para a realização de ações preparatórias para o processo de qualificação do Estado na NOAS, o que não atende à situação dos Municípios, por não possibilitar a habilitação dos mesmos em Gestão Plena do Sistema Municipal, ao longo do ano em curso, o que por conseqüência não resolve também a situação do município de Itaberaba. A SES/BA se propõe a iniciar a implantação da NOAS somente a partir de janeiro/2003. Face o impasse, ficou decidido que a questão do recurso de Itaberaba continuará a ser trabalhada de modo tripartite, na busca de um encaminhamento. Foi acordado que o CONASS fará um estudo sobre a situação dos estados que não avançaram na NOAS e o apresentará na próxima reunião da CIT para discussão e deliberação de uma fórmula para ajudar na solução dos problemas dos municípios que se encontram aptos para a habilitação, nesses estados.

5 - Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças - ECD - foram certificados com vigência de 1º/6/2002, um total de 37 municípios sendo:

- 01 da Bahia;
- 06 do Ceará;
- 12 do Maranhão;
- 11 da Paraíba;
- 04 de Pernambuco;
- 01 do Rio Grande do Norte e
- 02 de São Paulo.

6 - Qualificação de Estados-NOAS 01/2002 - foram aprovados os pleitos de qualificação do Distrito Federal, do Estado de Goiás e do Paraná, este com pendências de metas físicas e financeiras a serem superadas.

7 - Habilitação de Municípios - não foram apresentados pleitos de habilitação de municípios.