



Ministério da Saúde
Secretaria Executiva
Comissão Intergestores Tripartite
Secretaria Técnica

2ª Reunião
Ordinária 2002

ATA DA REUNIÃO

21.03.02

1. MEMBROS DA COMISSÃO

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

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

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

2 - ASSESSORES E CONVIDADOS

1.	DEILDES PRADO	CIT/ST/SE
2.	Mª ELANE DE S. ARAÚJO	CIT/ST/SE
3.	Mª DE LOURDES V. DE ARAÚJO	CIT/ST/SE
4.	ALCÍDES S. MIRANDA	UFBA
5.	JORGE SOLLA	CONASEMS
6.	CARLOS	SES/RS
7.	ROSA MARIA	SES/MG
8.	MARY JANE L. DE OLIVEIRA	SES/MA
9.	SUELEN OLIVEIRA ROCHA	SES/TO
10.	FERNANDO MARTINS JÚNIOR	SES/RS
11.	ROSANE GUIMARÃES	DENASUS
12.	DÊNIA MOREIRA	CARCEN/DENASUS
13.	EGIDIO CARVALHO RIBEIRO	GOV/MA
14.	LORE LAME	SCSA/PR
15.	MARIA DE LOUDES V. ARAÚJO	SE/SIT
16.	SANDRA	SMS-S.S.BA
17.	MARIA DO CARMO ALVES	SMS/BA
18.	ADELIANA DAL PONT	CONASEMS/REGIÃO SUL
19.	JUSSIMAR ALMEIDA	SES/ES
20.	LÚCIA DE FÁTIMA N. DE QUEIROZ	DGA/SAS/MS
21.	SILVANA S. S. PEREIRA	MS/SAS/DGA
22.	MARIA ELIZABETH G. MOURA	MS/SAS/DGA
23.	MARIA JOSÉ	SES/SP
24.	ALEXANDRE M. SILVA	SESA
25.	MARIA ESTHER JANSSEN	ST/CONASS
26.	JOELLYNGTON MEDEIROS	CONASEMS
27.	JOHNSON ARAÚJO	SAS
28.	JOSÉ ANGELO	SAS/DDGA
29.	JOANA ALMEIDA	SAS/DDGA
30.	MIRIAN PONTE	SAS/DDGA
31.	HELENICE DE CASTRO	SAS/DDGA
32.	EDYLENE PEREIRA	SES/AM
33.	RENÉ J. M. SANTOS	CANASS
34.	JANAÍNA LESSA	SESAU/AL
35.	LÊA DE OLIVEIRA LOPES	SES/SC
36.	ERLETE BELTRAME DE MACEDO	SES/SC
37.	JULIANE	SES/BA
38.	MARIA JOSÉ SANTÓRIO	SES/ES
39.	CRISTINA CARVALHO	SES/AP
40.	ROSÂNGELA L.	SES/RJ
41.	ALCÍDES BARBOSA	SESAPI/PI
42.	MARIA ANGELICA	DAB/SPS
43.	MARIA DAS MERCÊS C. S.	GQV/MA
44.	FLÁVIA REGINA DE MORAIS	DAB/SPS
45.	ADNEI PEREIRA DE MORAIS	SPS/MG
46.	ILARA H. S. DE MORAIS	SES/RJ

47.	MARIA APARECIDA	DAB/SPS/MS
48.		
49.		
50.		
51.		
52.		
53.		
54.		
55.		
56.		
57.		
58.		
59.		
60.		
61.		
62.		
63.		
64.		
65.		
66.		
67.		
68.		
69.		
70.		

3. PAUTA

- 1. Avaliação do Impacto do Incentivo de Assistência Farmacêutica – SPS/MS**
- 2. Descentralização das Capacitações das Equipes do Programa de Saúde da Família – SPS/MS**
- 3. Pacto da Atenção Básica – SPS/MS**
- 4. Proposta de Implantação do Planejamento Familiar no SUS – SPS/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)**
- 7. Habilitação de Municípios (NOAS 01/2002)**
 - 7.1 - Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada**
 - 7.2 - Gestão Plena do Sistema Municipal**

INFORMES:

- 1 - Solicitação da SES/PA da prorrogação do prazo para elaboração da PPI – SAS/MS**
- 2 – Banco da NOAS – Séc. Téc. CIT/SE/MS**
- 3 – Cadastramento do Cartão Nacional de Saúde; Cadastro Único das Políticas Sociais do Governo Federal e Cadastro do Programa de Hipertensão e Diabetes – CONASS e CONASEMS**

4 - Desenvolvimento da Reunião - o Coordenador Substituto da Comissão Intergestores Tripartite - CIT, **Dr. Cláudio Duarte**, conduziu a 2ª Reunião Ordinária da CIT, realizada em 21 de março de 2002.

1 - Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças - ECD - foram certificados 39 municípios, com vigência de 1º de abril de 2002, sendo: 04 do Estado da Bahia; 04 do Ceará; 04 de Goiás, 18 do Maranhão; 03 da Paraíba e 06 do Piauí. **2 - Qualificação de Estados - NOAS 01/2001** - foi apresentada proposta de qualificação do Estado de Alagoas, juntamente com as propostas de habilitação de 15 municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. A análise da documentação revelou a existência de pendências em 10 municípios. Foi então aprovada a Qualificação do Estado de Alagoas, juntamente com a habilitação dos municípios de: Arapiraca, Coruripe, Murici, Penedo e São Miguel dos Campos em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, de acordo com a NOAS/2001. Foi apresentada e aprovada proposta de prorrogação do prazo de 29 de março para 29 de abril para que os Estados em Gestão Plena apresentem as suas propostas de qualificação. O representante do CONASS para a Região Centro Oeste **Dr. Fernando Cupertino** - disse que no caso do Estado de Goiás o problema está sendo com a PPI, por dificuldades com o uso da ferramenta. A Diretora do Departamento de Descentralização da SAS/MS **Maria Helena Brandão** - disse que a decisão de comum acordo com os estados foi por fazer um software ao mesmo tempo em que se estava implantando, na tentativa de não atrasar ainda mais o processo. Os estados que se propuseram a utilizar o instrumento desde o começo estão com maiores dificuldades, embora tenham ajudado na melhoria do instrumento, daí a importância de não se desistir, porque a expectativa é de que nesta semana os relatórios estejam concluídos. O representante do CONASEMS para a Região Nordeste **Dr. Sílvio Mendes** - solicitou que fosse formalizada a Câmara Técnica da CIT, para que esta possa proceder ao acompanhamento do processo tripartite, dê subsídios, educasse e orientasse sobre o processo de implantação da NOAS. Isso precisa ser feito com uma certa brevidade porque vai haver uma grande demanda, principalmente da parte daqueles estados onde o processo da NOAS não está avançando. O Secretário de Políticas de Saúde **Dr. Cláudio Duarte** colocou que esse assunto foi discutido no âmbito do primeiro escalão do Ministério, a importância de se retomar as atividades da Câmara Técnica da CIT e

será feita, ao CONASS e CONASEMS, uma proposta de composição, cronograma e atividades. **3 - Banco de Dados da NOAS** – A Coordenadora da Secretaria Técnica da CIT **Dra. Deildes Prado**, informou que foi colocado nas pastas da plenária e das assessorias do CONASS e do CONASEMS a primeira versão do banco administrativo em que serão apostas todas as informações a respeito do processo de habilitação. Isto está sendo colocado para que todos tomem conhecimento dessa primeira versão e apresentem sugestões para a equipe que está formatando este banco, que é constituída por técnicos da Secretaria Técnica da CIT, do Departamento de Atenção Básica e do Departamento de Descentralização da Gestão. A partir da próxima semana já estará começando a ser feita a aposição dos dados das habilitações já aprovadas. O banco vai ser disponibilizado via Internet e Intranet, permitindo o acesso e a elaboração de vários relatórios sobre a habilitação. **4 - Cadastramento do Cartão Nacional de Saúde** - cadastramento único das Políticas Sociais do Governo Federal e Cadastramento do Programa de Hipertensão e Diabetes. **Dr. Cláudio Duarte** - colocou que foi realizada uma reunião do Ministério da Saúde com o CONASS e CONASEMS sobre o assunto e há uma preocupação comum no sentido de que haja um esforço técnico e político do conjunto das áreas do Governo Federal que estão com programas de cadastramento para transferência de benefícios sociais. O Ministério, CONASS e CONASEMS estão implementando o Cartão SUS para transmitir informações explícitas quanto à integração dos dois processos de cadastramento, já que há, na ponta, queixas da existência de informações desconstradas que estão gerando conflitos e dificuldades no processo de implementação tanto do cadastramento único dos programas Bolsa Alimentação, Bolsa Escola, e outros. Já está acertado que o cadastramento único deverá ser disponibilizado para o banco de dados que vai gerar o Cartão SUS das pessoas beneficiadas com os programas sociais. Há inclusive um acordo de que essas metas do cadastramento único sejam computadas nas metas pactuadas de cadastramento do cartão SUS para os municípios, em relação ao Ministério. Está sendo feito um esforço por parte da Secretaria de Investimentos juntamente com a SAS e a SPS no sentido de discutir estratégias de cadastramento do cartão SUS, que possam ser utilizadas para o cartão único. Será feito um comunicado do Ministério, CONASS e CONASEMS e um comunicado do Governo Federal e do conjunto dos Ministérios que têm programas sociais, no sentido de uniformizar os encaminhamentos no conjunto do

Sistema - governos estaduais, municipais e nas secretarias que coordenam cada um desses programas. Quanto ao cadastramento para o Programa de Assistência Farmacêutica para Hipertensão e Diabetes, estratégia destinada a reforçar o Plano Nacional de Reorganização da Assistência à Hipertensão e Diabetes, foi feito o seu lançamento há duas semanas atrás. O Ministério assumiu o compromisso de financiar os medicamentos para hipertensão e diabetes em conjunto com os estados e municípios e de ampliar progressivamente a partir de maio e até janeiro do próximo ano, o acesso aos medicamentos para os pacientes portadores. A estimativa é de que sejam envolvidos 5 milhões de portadores de hipertensão arterial. Atualmente, estima-se que os programas de Assistência Farmacêutica Básica, da Farmácia Popular e algumas iniciativas existentes em alguns estados com relação a hipertensão e diabetes, estejam cobrindo cerca de 4 milhões de portadores de hipertensão, dos 9 milhões de pessoas que em tese estariam utilizando os serviços do SUS. Com esse programa está sendo assumido o acesso imediato desses 5 milhões de portadores que estariam fora do sistema e a partir de janeiro do próximo ano todo o conjunto dos 9 milhões. Para isso está sendo colocado esse ano 100 milhões de reais. É importante então que se conheça a prevalência real dos hipertensos e diabéticos, e que seja feito um processo de cadastramento de portadores que possa subsidiar o acompanhamento clínico e possa determinar um processo de programação mais real, no sentido de que não sobre nem falte medicamento nas unidades básicas de saúde. No processo de adesão dos municípios ao Plano, o município já explicita no Termo de Adesão o número estimado de pacientes portadores de diabetes e hipertensão arterial e quantos já estão cadastrados, para que se possa fazer a programação da entrega de medicamentos às Secretarias Municipais. A sugestão é de que o processo de cadastramento seja progressivo, e considerando que ele envolve inclusive o próprio cadastramento SUS, nessa estratégia o cadastramento dos hipertensos e diabéticos vão ser também no mesmo formato do cadastramento para o Cartão SUS. Foram distribuídas 2 minutas de Portarias para apreciação do CONASS e CONASEMS. O assessor técnico do CONASS **Ricardo Scotti** - disse que além do encaminhamento dado pelas 3 esferas de gestão para a superação dos conflitos existentes entre o CAD Único e o Cartão SUS, já que no cadastramento se trabalha com duas lógicas: direito ao acesso integral a toda população em um, e corte de renda em outro, sugeriu que no encaminhamento dado

sejam colocadas 3 preocupações para oportunamente serem incluídas: 1 - ao incluir o cadastramento do CAD Único no mesmo Cartão SUS é preciso que sejam verificados os cuidados com possíveis questionamentos éticos na questão do levantamento de renda e condições sociais, para evitar que o Cartão SUS seja exposto a questionamentos que firam a sua credibilidade. 2 - quanto à possibilidade de reversão do financiamento do cadastramento que hoje é de 20 centavos para aqueles feitos por equipes do PSF e 50 centavos para os locais aonde não tem equipes de PSF. As equipes técnicas têm questionado essa diferença de valores, dado que o trabalho é o mesmo. O recuo é maior e em alguns locais esse custo supera 2,50 reais. 3 - como é a questão do financiamento do FURST, com relação a implantação da rede de conectividade, na 2ª fase do cartão. O Secretário Municipal de Saúde Vitória da Conquista/BA **Dr. Solla** - colocou que uma Portaria Interministerial estabeleceu uma rotina quanto a possibilidade de exportação do CAD SUS para o CAD Único, e que a Caixa Econômica estaria disponibilizando um software. No entanto a informação que se tem é de que isso não vai funcionar assim, e que obrigatoriamente não serão mais recebidos cadastros para Bolsa Alimentação via CAD SUS, somente pelo CAD Único. Disse que gostaria de obter esclarecimentos, mas que considera que a Portaria Interministerial apontava uma saída prática, porque quem já estava com o CAD SUS e já estava fazendo o cadastro da Bolsa Alimentação, faria a exportação para o CAD Único e alimentaria a base, mesmo que de forma incompleta, já que tem dados do CAD Único com os quais o CAD SUS não trabalha. O segundo aspecto é que está havendo problemas em alguns municípios, onde sem a participação da Secretaria Municipal, a Caixa Econômica utilizou uma outra estratégia para fazer a definição dos usuários que vão ser beneficiários da Bolsa Alimentação. No caso de Campo Grande, segundo nos informaram, teria sido feita uma comparação entre a Bolsa Escola e o CAD SUS, com vista a identificação de crianças das mesmas famílias que tinham crianças no Bolsa Escola, para incluí-las no Bolsa Alimentação. Pelas Portarias do Bolsa Alimentação, caberia às Secretarias Municipais de Saúde, passando pelo Conselho Municipal de Saúde, a definição de quem são os beneficiários do Bolsa Alimentação. **Dr. Sílvio Mendes** - perguntou se está mantida a previsão de entrega dos medicamentos para hipertensão e diabetes em maio, ao que respondeu o **Dr. Cláudio Duarte** que a primeira entrega será feita em maio, e que ela está programada para atender 2 milhões

de portadores de hipertensão. Retrucou o **Dr. Sílvio Mendes** que como não foi feito o cadastro de todos os pacientes hipertensos e diabéticos, o Ministério vai fazer um repasse por estimativa, o que é um risco, mas é também uma forma de agilizar o processo. Por outro lado, está sendo dado um prazo de 1 ano, o que prazo parece muito longo, e o Termo de Adesão que o Ministério está passando pelo município, inclui apenas a população do município, sexo, idade e a prescrição. **Dr. Cláudio Duarte** disse que o Termo de Adesão inclui o número total estimado de portadores de hipertensão no município, o número de pacientes portadores de hipertensão cadastrados até esta data, formas próprias de cadastramento já utilizado pelo município ou de acordo com o resultado da campanha para detecção. O mesmo se aplica para o diabetes. Com isso têm-se minimamente a capacidade para programar, e a partir do processo de cadastramento, será possível ter um programa permanente em bases científicas, de distribuição de medicamentos. Na Portaria há um cronograma de metas de cadastramento proporcional ao porte do município, o que não é uma coisa meramente burocrática. **Dr. Sílvio Mendes** ponderou que está muito simples e que o CONASEMS aprova. A Secretária Estadual de Saúde do Rio grande do Sul **Dra. Maria Luíza Jaeger** - ponderou que ou é posição do CONASS, CONASEMS e Ministério que o objetivo comum é a importação universal do Cartão SUS e aí têm questões éticas sérias, e também a questão da renda que tem de ser levada em conta. Essa é a discussão que tem de ser feita: se esse cartão vai dar origem a todos os outros cadastros ou vamos voltar ao tempo em que se tinha um cartão para cada pedaço do sujeito na área da saúde. Outra questão é a distribuição de medicamentos aos municípios, sendo fundamental que chegue aos governos dos estados o que vai ser entregue em cada um dos municípios, porque senão vamos acabar tendo problemas de informação e de avaliação de políticas de assistência farmacêutica em cada um dos estados, porque a união entrega, o estado e o município compram e então se tem problemas de medicamento vencido e problemas em relação com o custo/benefício dessas políticas. **Dr. Cláudio Duarte** disse que no que se refere às colocações do Dr. Solla, a Portaria previa a possibilidade da criação de uma ferramenta para fazer a migração inversa CAD SUS para CAD Único, mas isso não é possível porque o CAD SUS não tem dados sobre a renda, o que criou essa dificuldade. O CAD Único faz uma base de corte a partir da renda de 90 reais per capita, então só dá para fazer a migração

deste para o CAD SUS para fins de geração de relatório, gerando o número de identificação e colocando os dados no formato desse último. Foi discutida com o CONASS e CONASEMS a possibilidade de que a partir de agora se possa pensar em colocar o campo renda no CAD SUS, porque aí quem não cadastrou vai ter condições de cadastrar agora, já fazendo a identificação da população sob risco, e daí gerar o CAD Único. Quanto ao Bolsa Alimentação, o processo é de ver se há um cadastramento do Bolsa Escola no município e com esse se gera uma pré lista de possíveis beneficiários do Bolsa Alimentação. Essa lista é enviada via Internet, sob consulta com senha à Secretaria Municipal, para que ela confirme ou não aquela lista ou identifique os beneficiários. Cada município tem uma senha através da qual ele acessa uma lista de pré cadastro. **Dr. Fernando Cupertino** falou que o CONASS vai encaminhar formalmente os pontos que foram discutidos ontem na Assembléia do CONASS. **Dr. Cláudio Duarte** informou à Dra. M^a Luíza que o Ministério assume o compromisso não só de passar a programação município a município, mas também passar um resumo do processo de adesão do número de pessoas estimado, número de pessoas cadastradas nas SES, para que se possa fazer uma programação conjunta em bases científicas. O Secretário de Investimento em Saúde **Dr. Gabriel Ferrato** disse que na questão do FURST, houve uma reunião na semana passada do Ministro da Saúde com Dr. Renato Guerreiro e o impasse com relação aos equipamentos continua, porque não está previsto na Lei, mas a questão dos sistemas de comunicação deve ser encaminhada dentro do plano montado pelo DATASUS. Com relação à questão dos equipamentos, as alternativas que se colocam são: 1 - mudar-se a Lei, para que se incorpore os equipamentos nas possibilidades de gasto pelo FURST. 2 - fazer um plano pelo próprio Ministério, mas não temos ainda nenhuma diretriz em relação a isso. Em suma, a questão da comunicação vai avançar e nós ficamos com o problema dos equipamentos, para o qual ainda não temos solução, estando o Ministro preocupado com a questão. **Dr. Cláudio Duarte** colocou que a questão dos problemas éticos relacionados ao cadastro único, foi tema de uma discussão numa reunião com todos os Ministérios que estão envolvidos e isso é uma questão que está ausente no Decreto que criou o CAD Único. A Casa Civil já montou um grupo para analisar os aspectos jurídicos e os aspectos de confiabilidade e confidencialidade de dados. **Dr. Sílvio Mendes** sugeriu ao Dr. Gabriel Ferrato que fosse provocada uma reunião com as concessionárias, porque

em princípio elas é que irão operacionalizar a construção de redes, já que elas detêm o serviço e tem problemas. Assim seria interessante saber em que momento elas estão, e como estão qualificadas para desencadear o processo. O representante do CONASEMS para a Região Sul **Dr. Francisco Izaías** disse que houve avanços na discussão da assistência farmacêutica na área da hipertensão e do diabetes, e que para os medicamentos não se tinham ainda uma definição da competência do fornecimento e principalmente do aporte financeiro para aquisição. Atualmente está bem colocado que o Ministério vai cumprir a integralidade do memento proposto para esta estratégia. Na Portaria Conjunta Nº 02 de 05/3/2002, em seu Artigo 2º, fica claro que é responsabilidade da Secretaria de Políticas de Saúde o acompanhamento das informações a partir do SISHIPERDIA, porém no Artigo 9º, parágrafo 3º, está colocado que os municípios que não cadastrarem o total de pacientes informados após 12 meses de sua adesão, serão avaliados pelas Secretarias Estaduais. Como os municípios vão estar alimentando o banco de dados para o nível central, o estado tem de estar participando. **Dr. Cláudio Duarte** esclareceu essa avaliação e o cumprimento do que foi pactuado na NOAS, sobre as responsabilidades mínimas em relação a essas 2 doenças. O assessor técnico do CONASS **Dr. Renê** colocou que embora tenha sido falado que o Termo de Adesão passaria também pelo acompanhamento da SES, o Artigo 7º dá a entender que essa adesão se faz diretamente do município para a coordenação do projeto, até porque o sistema deve ser informatizado. Sugeriu que: 1 - o Termo Adesão seja acompanhado também pelas SES. 2 - após o Termo de Adesão, as SES façam o acompanhamento da programação por município, até por uma questão logística, visto que o estado também desenvolveu uma política de assistência farmacêutica básica que tem que ter coerência com essa oferta de medicamentos; e 3 – com relação ao acompanhamento do recebimento, até para dar conta do disposto no Artigo 9º, que é a situação de avaliação do estado quando do não cumprimento de alguma questão em relação ao cadastramento do total de pacientes, para se ter uma lógica de acompanhamento por parte do estado, esses 3 pontos são importantes: o acompanhamento do termo de adesão, o acompanhamento da programação por município para dar conta da logística dos demais itens da assistência farmacêutica básica e o acompanhamento do efetivo recebimento, para que não se faça uma avaliação em cima do não cadastramento sem se ter a noção exata do volume recebido

pelo município e do total de pacientes atendidos. O representante do CONASS para a Região Sudeste **Dr. José Guedes** - colocou que 1 milhão e 300 pessoas têm Cartão SUS no Estado de S. Paulo e não Cartão Único, e perguntou se deverá ser emitido o Cartão Único para toda essa gente. **Dr. Cláudio Duarte** - respondeu que somente para aqueles com renda inferior a 90 reais, mas na verdade a pergunta é: qual é o nível de utilização que o CADSUS vai ter para o cadastramento único. Nesse caso é por garimpagem porque não temos o campo renda ou seja, não temos como através de relatório específico, a não ser por bairro, pegar o banco de dados do CADSUS e dele tirar aqueles que ganham menos de 90 reais. Isso pode ser feito por bairro, através de um processo de vinculação de clientela. **Dra. Maria Luiza Jaeger** disse que a sua preocupação é de que no momento em que se diz que o cadastramento único vai ser usado para fazer o Cartão SUS, está se dizendo que vai ser cadastrada no SUS só a população pobre do país, o que fere o direito. **Dr. Cláudio Duarte** explicou que o município que já fez todo o cadastramento único de sua população, está com o cadastro pronto. Sobre aquela população, existe o conjunto de programas sociais de transferência de renda para o qual os dados do CADSUS são insuficientes para emissão de ordem bancária. Se o município tem toda a sua população cadastrada, ele já cumpriu a sua atribuição de cadastrar para o cartão SUS. O que ele precisa fazer é identificar os beneficiários dos programas sociais e gerar um cadastro que possibilite a emissão de uma ordem bancária. **Dr. Guedes** disse que o CADSUS é que deveria ser chamado de CAD Único, porque está gerando uma grande confusão, e que a seu ver não há necessidade de um cadastramento de hipertensos e de diabéticos para se ter estimativas para fornecimento de medicamentos. Esse cadastramento dificilmente vai garantir que não haverá desperdício de medicamentos, porque o desperdício só será evitado com segurança quando estivermos repondo consumo. Em São Paulo temos uma programação que está colocada via Internet e através da qual é feita a reposição mensal do consumo. O que o pessoal da farmácia está tentando fazer é colocar todos os outros programas dentro de uma programação que permita avaliar consumo, para que este seja repostado. Para fazer uma proposta dessas para o conjunto da assistência farmacêutica, é preciso que as Secretarias Estaduais passem a ser o fulcro de quanto de medicamento está chegando em cada lugar, para que se saiba qual é a entrada e o consumo, porque senão vamos continuar perdendo medicamentos. **Dr. Solla** disse que

todas as Portarias relativas ao Bolsa Alimentação não previam um registro informatizado da renda do beneficiário. Previa que o município faria essa identificação e levaria essa renda como um critério definidor dos beneficiários. A sugestão é de que seja revista a normatização do Bolsa Alimentação e que se buscassem formas de ser mais ágil nesse processo e que se permitisse que com o CADSUS se pudesse cadastrar também os beneficiários do Bolsa Alimentação, porque é um processo complicado nesse momento para vários municípios fazer o CAD Único, em paralelo com o CADSUS.

Dr. Cláudio Duarte frisou que o Decreto de criação do Bolsa Alimentação estabelece o beneficiário por corte de renda e o cadastro pensado para ela inicialmente foi o CADSUS, mas este não podia gerar ordem bancária por não conter o quesito renda. Isso não impede que o município tenha estratégias locais de cruzamento de populações beneficiárias, sejam aquelas do cartão SUS ou aquelas dos programas sociais. Uma outra informação é que dentro do acordo feito com a Caixa Econômica, o Governo Federal está discutindo um Programa de Apoio à Digitação para registro dos formulários, problema existente principalmente nos municípios de pequeno porte. **5 -**

Avaliação do Impacto do Incentivo de Assistência Farmacêutica –

O Gerente da Assistência Farmacêutica Básica **Dr. Carlos Alberto** - falou que o incentivo foi criado pela PRT 176 em março/99 e tinha a intenção de promover a reorientação da assistência farmacêutica, no sentido da sua descentralização. Isto está fundamentado na descentralização da gestão, na promoção do uso racional de medicamentos, na otimização e eficácia do sistema de distribuição no setor público e nas necessidades da população segundo critérios epidemiológicos. O incentivo traz alguns avanços fundamentais ao definir a responsabilidade das 3 esferas de governo, aponta o financiamento, define o teto do recurso financeiro em nível federal, estabelece uma pactuação entre estado e município, que devem sentar para discutir um elenco que dê conta de cobrir a nosologia estadual, além de estabelecer um Plano Estadual de Assistência Farmacêutica, fundamental para se organizar o processo de descentralização. Com relação aos recursos, existe uma grande discussão de que eles não são suficientes, porém houve uma evolução a partir do estabelecimento do incentivo: em 1998, a Farmácia Básica tinha uma verba de 45 milhões de reais e em 99 com o Incentivo, o repasse do nível federal já era de 123 milhões e mais 39 milhões para aquisição de insulina. No ano de 2000 houve um aumento no número de

municípios que aderiram ao processo e o repasse federal foi de 164 milhões para a cobertura total da população, acrescidos de 22 milhões, correspondentes ao incentivo criado para a saúde mental e de 45 milhões para insulina. Em 2001 quando o incentivo consolida-se de fato, houve um repasse federal de 166 milhões, estando aí incluso o kit do PSF que incorpora 67 milhões, hipertensão e diabetes 48 milhões, saúde mental 22 milhões e insulina 69 milhões. O recurso que está sendo gerido pelo estado é da ordem de 574 milhões e está comprovada a execução de 485 milhões, portanto há 89 milhões sem comprovação de execução. Com a implantação do SINFAB - Sistema de Informação Financeira da Assistência Farmacêutica Básica, está havendo um avanço no sentido de melhorar a informação. Foi feita uma pesquisa em 417 municípios avaliando o impacto do incentivo, pegando o ciclo da assistência farmacêutica e estabelecendo como indicadores. Um total de 366 municípios respondeu e mostrou avanços consideráveis, porque em 4 anos houve uma mudança completa da lógica da Assistência Farmacêutica que era centralizada, para uma programação pactuada pelos 3 níveis de gestão e o processo mostra um crescimento. Quanto aos indicadores, os municípios da amostra responderam que fazem relação de medicamentos, o perfil epidemiológico é feito por 37%, consumo histórico em 18%, eficácia e segurança em 11%, menor custo de tratamento em 11%. Quando o perfil epidemiológico passa para 37%, começa-se a discutir em cima da nosologia prevalente, começa a mudar a realmente o panorama dos municípios, embora o processo esteja ainda em construção. Na programação se vê que há um pequeno furo, porque o perfil epidemiológico é colocado como uma grande coisa, mas é feita a conciliação com o consumo histórico, então essas duas coisas estão muito próximas e ainda se está fazendo programação com base no consumo histórico e não com base na reposição de estoque. Os fornecedores mais citados hoje são representados por: distribuidoras 52%, laboratórios oficiais 38%, indústrias privadas 13% e drogarias 8%. Isso mostra que as distribuidoras dominam o mercado, o Registro de Preços não está sendo usado em nível nacional e que os laboratórios oficiais não dão conta de cobrir essa demanda porque não conseguem trabalhar no varejo, então os pactos precisam ser melhorados. Há uma razoável melhoria com relação aos locais de armazenamento. Em relação ao consumo há melhoria, em que pese ser ainda a metildopa o 4º item de consumo. Um total de 67% dos municípios da amostra recebe medicamentos do kit PSF e 61% afirmam que

houve aumento da quantidade de medicamentos na rede após o incentivo. Em 60% dos municípios com até 50 mil habitantes, foi evidenciado um aumento na variedade de medicamentos. Quanto à organização, os municípios mostram uma evolução interessante, porque antes do incentivo a questão fundamental que os municípios colocavam era com relação à insuficiência de recursos, e atualmente eles colocam que o principal investimento para avançar no processo é recurso para capacitação e contratação de recursos humanos. Isso mostra uma mudança de comportamento, inclusive porque 22% dos municípios consideram que recursos lógicos são a segunda grande necessidade para o avanço do processo. A maioria dos municípios coloca alguma coisa para medicamentos em seu orçamento e a grande maioria dos municípios hoje está qualificada para o incentivo. Em 86% dos municípios, existe um espaço na Secretaria e uma pessoa responsável pelos medicamentos e em 60% dos casos essa pessoa é um farmacêutico, só que nem sempre ele está disponível para atuar somente na área de medicamentos. Isso é uma questão concreta que desqualifica o processo. A Gerência da Assistência Farmacêutica está fazendo algumas ações no sentido de instrumentalizar a capacitação de recursos humanos, publicação de material institucional, comunicação e estratégia para a assistência. Para a área de recursos humanos a proposta é de realização de Mestrado Profissionalizante em Gestão de Assistência Farmacêutica; curso para Prescritores, para o uso racional de medicamentos a ser realizado junto com o PSF; curso para ACS; curso de Especialização em Gestão da Assistência Farmacêutica e o Seminário Internacional sobre Hipertensão e Diabetes, para se discutir as várias experiências. Alguns instrumentos estão sendo feitos para prover essas mudanças: a revisão da RENAME, que está sendo feita por uma comissão permanente e deverá estar pronta em abril/2002; normas para a programação, constantes de um instrumento de programação para hipertensão e diabetes, ora em desenvolvimento; um Manual de Especificações Técnicas que contribua quando dos editais de licitação; Manual de Gerenciamento de Estoques, também em andamento; Manual de Especialidades Terapêuticas; um guia para os médicos que se encontram na ponta usarem na prescrição, levando em conta todo o elenco de medicamentos da atenção básica pactuados; manual para elaborar o Plano de Assistência Farmacêutica, e material para o uso racional de medicamentos. Foi elaborada uma proposta de planta de medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais, que já está pronta e vai ser

submetida ao primeiro escalão do MS e ao Conselho Nacional de Saúde, para aprovação. O Ministério está compartilhando uma página com a OPAS a fim de disponibilizar todo esse material, que deverá estar no ar a partir de junho. Está também sendo feita a tradução do Management Drug Supply, que vai ter 05 cadernos de políticas sobre medicamentos a serem feitos juntos com a SOBRAVIME, numa preparatória para a Conferência. Estão ainda sendo publicados: cartilha dirigida aos Conselheiros Municipais de Saúde explicando o que é o Incentivo, e um livro que já foi distribuído para os estados e em fase de distribuição para os municípios, no qual se faz a instrução de como se implementar o Serviço Municipal de Assistência Farmacêutica. Por fim, temos o Sistema de Acompanhamento do Incentivo, que foi implantado nos estados e está sendo replicado para os municípios. No ano passado a execução do recurso foi da ordem de 1 bilhão e 400 milhões de reais para antiretrovirais, alto custo, excepcionais, hemoderivados, e o orçamento para esse ano é em torno de 1 bilhão e 580 milhões de reais, não estando incluídos aí os quimioterápicos obviamente, e o que está embutido em AIH. Estão sendo feitos alguns outros processos de avaliação, como uma pesquisa sobre medicamentos para idosos por demanda do Conselho Nacional de Saúde e a complementação do estudo com os 417 municípios, agora avaliando a oferta, a demanda e o preço. Também será apresentada uma proposta de acompanhamento do processo de implantação. Está sendo elaborada a proposta da Farmácia Comunitária, para qual vai ser feito um piloto, no sentido de criar um serviço de assistência farmacêutica que de fato dê dignidade ao paciente e que qualifique o serviço. **Dr. Cláudio Duarte** falou que no processo de construção do SUS tem sido dada ênfase importante à construção de instrumentos que aperfeiçoem de maneira sustentável os mecanismos de gestão. Muitos dos problemas existentes refletem uma insuficiência na nossa capacidade de gerenciar de maneira adequada os recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros. Então o problema na assistência farmacêutica é de quantidade, de itens de acesso, mas é também um problema de qualidade, que está relacionado a nossa capacidade de sermos eficientes na alocação e na distribuição dos recursos e principalmente no seu uso racional, que é um grande desafio. **Dr. Guedes** colocou que a avaliação apresentada foi muito importante porque ela mudou de tom em relação às avaliações anteriores, mas outra coisa que precisa ser avaliado é o quanto falta, o que significa o volume de dinheiro colocado na Assistência

Básica até agora. Quando se coloca que o recurso para a Saúde Mental em 2001 foi de 22 milhões, em São Paulo estão sendo gastos 20 milhões na saúde mental, então está havendo uma defasagem muito grande no conjunto dos estados. Disse que se os gestores estaduais não assumirem um papel mais relevante neste processo para ter controle do que está indo para os diferentes lugares e enquanto não se puder fazer a reposição do que está sendo consumido, não se terá instrumento de controle para evitar desperdício. **Dr. Francisco Izaías** parabenizou a Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica pelo trabalho, que fez uma fotografia de como se encontra essa Assistência no país. Disse que uma das questões cruciais é a do financiamento. No ano de 2000 foi feito investimento da ordem de 231 milhões de reais, em 2001 373 milhões para um total de 1.4 bilhões investidos na área de política de medicamentos. A projeção para 2002 é de 1 bilhão 519 milhões de reais, o que leva a crer que está havendo um comprometimento de recursos cada vez maior nas áreas especializadas, em detrimento da atenção básica. Para a reestruturação efetiva da assistência farmacêutica no nível local, há que se trabalhar com a possibilidade de que os municípios invistam na capacitação de suas estruturas. Hoje a prestação de contas da fração PAB é toda atrelada à aquisição de medicamentos. Não há uma possibilidade do município investir em almoxarifado, em tecnologia, em formação de RH e estas são as questões que têm de estar na agenda de pactuação dessa comissão. Em relação à questão da pulverização da Atenção Básica, existem medicamentos para diabetes e hipertensão, para os programas nacionais etc., contudo se nota que não há uma visão do geral, ficando o gestor local distante do processo de gestão e tomada de decisão. Os programas vêm setorizados e às vezes são desenvolvidos programas com o mesmo objetivo, mas de maneira e mesmo com equipes diferentes, dentro do município. Os programas como o da diabetes e da hipertensão, com a possibilidade de se ter a garantia do fornecimento de medicamentos, necessitam, ao longo do tempo, constituir base para o financiamento da assistência farmacêutica, de maneira geral. **Dr. Fernando Cupertino** chamou a atenção para o processo de evolução, dizendo que em 1999 quando começou o incentivo, vários estados tiveram dificuldades ao se defrontarem com uma situação nova em que não havia mais a estrutura de aquisição em função do longo tempo de centralização e foi-se caminhando na perspectiva de construir uma nova realidade. Algumas dificuldades ainda subsistem, como aquelas

decorrentes da opção de adquirir medicamentos da indústria oficial. No Estado de Goiás foi feita essa opção, foi estabelecido um fundo único e houve muita dificuldade com relação à contribuição dos municípios, o que levou à necessidade de mudar esta sistemática para esse ano. Disse que é importante se somar esforços para construir uma situação que possa responder à realidade da necessidade da população. Essa questão de recursos para a saúde mental preocupa, porque é uma área subfinanciada e que merecia uma atenção especial dos estados, municípios e também do Ministério. Parabenizou o Dr. Carlos Alberto pela avaliação e disse que ela seria ainda mais rica e mais completa caso se pudesse ter uma troca de informações antes de uma apresentação, porque talvez se pudesse agregar elementos que muitas vezes não são facilmente percebidas e enriquecer o trabalho de avaliação. **Dr. Guedes** colocou que já que não houve ainda reunião da Câmara Técnica, há a preocupação com a farmácia comunitária, e nesse sentido precisa haver uma discussão para que fique muito claro o que é que é, e o que se pretende. **Dr. Cláudio Duarte** colocou que tem de se continuar perseguindo essa capacidade de dialogar, identificar os gargalos, avançar, se mobilizar politicamente para conseguir mais recursos tanto no estado como no município, e avaliar a questão do uso racional dos medicamentos. Disse que tudo está em aberto, e sugeriu que a Câmara Técnica, o CONASS e o CONASEMS aprofundem esses desenhos de avaliação.

6 - Descentralização das Capacitações das Equipes do Programa de Saúde da Família - Dra. Angélica colocou que sua apresentação está baseada em 2 minutas de portarias: uma trata diretamente com municípios acima de 100 mil habitantes e a outra trata da criação de pólos de capacitação de base regional nos estados. Pólo de capacitação em saúde da família é uma estratégia do Ministério criada em 1997, que basicamente tem a responsabilização de implementar o processo de desenvolvimento e qualificação de recursos humanos para a atenção básica, com prioridade para o PSF. Esses pólos de capacitação têm vinculação com as secretarias estaduais ou com as instituições universitárias de ensino, e são eles que fazem as capacitações, embora exista em muitos municípios iniciativas isoladas de capacitação de equipes de PSF. A discussão dessas duas minutas de portarias que versam sobre o incentivo para a capacitação foi pautada pela situação problema representada pela rápida expansão da estratégia do Saúde da Família, o crescimento do número de equipes, a maior adesão dos municípios, o que não é um problema, mas do

ponto de vista da capacitação há um aumento muito grande da demanda de profissionais a serem capacitados, e têm-se observado uma grande defasagem entre a velocidade de expansão das equipes e a oferta da capacitação. Por outro lado um estudo feito pelo Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da UNICAMP, sob encomenda do Ministério e que envolveu os 12 primeiros pólos de capacitação implantados no país desde 1997, também apontou essa defasagem na qualificação desses profissionais. Mostra ainda que atualmente temos 14.210 equipes de PSF e a meta prevista até o final de 2002 é de 20.000 equipes. Os dados atuais coletados dos pólos de capacitação mostram que estes têm conseguido capacitar em torno de 50 a 60% das equipes que estão sendo introduzidas atualmente nessa estratégia. A proposta que será colocada aqui tem o intuito de promover a descentralização do processo de qualificação dessas equipes do saúde da família, visando adequar do ponto de vista de qualidade e quantidade, a oferta dos cursos e programas de capacitação de modo a contribuir concretamente para uma resolubilidade melhor nos municípios. Para isso trabalha-se com 3 estratégias: 1- criação de incentivo de qualificação para municípios com população igual ou superior a 100 mil habitantes; 2 - criação de pólos regionais de capacitação com uma coordenação única nos estados ou seja, o gestor estadual sendo o coordenador e 3 - formação de facilitadores e instrumentos para a qualificação desses recursos humanos ou seja, ao mesmo tempo em que se descentraliza, se tem uma estratégia de formar instrutores que possam trabalhar reproduzindo essa capacitação nos municípios e nas regionais. Quanto aos resultados esperados é de que se possa capacitar 100% das equipes implantadas em 2002 com o curso introdutório, e que ao final de 2002 se tenha 100% das equipes implantadas capacitadas nas áreas prioritárias da atenção básica - saúde da criança, da mulher, hipertensão arterial, diabetes, tuberculose, hanseníase, saúde bucal, saúde do idoso e do adolescente. A criação do incentivo de qualificação para municípios com população igual ou superior a 100 mil habitantes está fundamentada em 2 componentes: 1 - Curso Introdutório, com uma carga horária de 48h e 2 - Programa de Educação Permanente em Saúde, com carga horária de 16h. O curso introdutório é dirigido a toda a equipe: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários e equipe de saúde bucal e o programa de educação permanente é dirigido aos profissionais médico e enfermeiro, nesse primeiro momento. Foram definidos os custos de R\$ 959,00 para equipe mínima

implantada e cadastrada no SIAB a partir de outubro de 2001; para a saúde bucal R\$ 212,00 por equipe implantada. O incentivo para o programa de educação permanente é de R\$ 356,00 por profissional, o que dá R\$ 762,00 por dupla médico/enfermeiro. Para o curso introdutório está se prevendo o repasse do incentivo para as equipes a partir de outubro de 2001, considerando que os pólos de capacitação já vem recebendo o recurso desde 1997 e que eles têm a responsabilização de terem capacitado essas equipes. Vale lembrar que os pólos de capacitação ainda têm recurso de 2001 e está sendo repactuada uma nova agenda de repasse de recursos para esses 30 pólos existentes. Assim, esses pólos são responsáveis por dar conta dessa demanda anterior. Para o repasse do incentivo do curso introdutório está se prevendo as equipes implantadas de outubro em diante, e para o programa de educação permanente foi considerado 100% das equipes implantadas no município. O município que tem interesse de aderir à proposta, tem que preencher o Termo de Adesão ao Incentivo, encaminhar ao Gestor Estadual para análise e aprovação. O gestor estadual vai fazer a análise da proposta segundo os critérios estabelecidos pela SPS/ Departamento de Atenção Básica, e caso aprovada, a proposta é encaminhada a CIB. Após a homologação na CIB, a proposta é enviada ao Departamento de Atenção Básica para as providências com vista à liberação dos recursos financeiros. Quanto à criação dos pólos de qualificação, há a intenção de fazer a expansão dessas capacitações com qualidade e para isso está sendo proposta a descentralização, ou seja, a formação de mais pólos de capacitação, com bases regionais. Para isso o gestor estadual tem todo um papel de estar agregando as instituições de ensino e os serviços para compor esse pólo estadual, do qual ele será coordenador ou designará uma coordenação para fazê-lo. O Pólo Estadual e os Pólos Regionais devem dispor de Regimento Interno próprio definindo sua estrutura de funcionamento, composição, coordenação, desenvolvimento e também fazer um termo de adesão. O Regimento Interno e o Termo de Adesão do Pólo Estadual será submetido a CIB e enviado ao Departamento de Atenção Básica. O gestor estadual deverá implantar esse Pólo Regional de Qualificação mediante convocação por edital público, contendo as regras e critérios definidos para sua composição e formação. Os Planos de Trabalho desses pólos estaduais vão ser a resultante da consolidação dos Termos de Adesão e dos Planos de Trabalho dos pólos regionais pactuados por meio de oficinas estaduais. Esses pólos estaduais já estão funcionando, mas o que está se

querendo é criar uma forma única de funcionamento dos pólos estaduais, porque hoje, em alguns estados, eles têm base na Secretaria de Estado e outros vêm trabalhando dentro de instituições de ensino. A composição do Pólo Regional é semelhante à do Pólo Estadual e o seu coordenador deverá ser escolhido entre os membros representantes das instituições que estão compondo o pólo regional. Os pólos regionais vão trabalhar com os municípios com população inferior a 100.000 habitantes e foi pensado um valor a ser repassado, porém isso não pode ser repassado fundo a fundo. Os valores têm os mesmos componentes e são da ordem de R\$ 1.362,00 por equipe mínima a ser capacitada para o curso introdutório, R\$ 302,00 para a equipe de saúde bucal, R\$ 532,00 per capita para a educação permanente. A última estratégia que é de formar a curto e médio prazo 540 facilitadores/instrutores para o processo de qualificação em saúde da família, que prevê uma capacitação de 64h a um custo per capita de R\$630,00. Esse recurso poderá ser repassado para o pólo estadual ou para o pólo regional que vai fazer a oficina. **Dr. Cláudio Duarte** informou que na próxima terça-feira os Ministros da Saúde e da Educação estarão lançando um programa de incentivo de mudanças curriculares nos cursos de medicina e de enfermagem. **Dra. M^a Luíza Jaeger** cumprimentou a SPS pelo trabalho, e disse que os estados têm de assumir o seu papel constitucional de ordenação da formação de recursos humanos. A questão dos recursos serem repassados fundo a fundo é importante e disse não ter entendido porque isso não pode ser feito com relação aos pólos regionais. No Rio Grande do Sul o Pólo de Saúde da Família foi transformado em Pólo de Saúde Coletiva, que está trabalhando com todas as universidades do estado numa formação descentralizada na área de saúde da família, na de urgência/emergência, na de gestação de alto risco e na questão da formação de gestores. Então é um pólo mais amplo, do qual participa o conjunto de todos os órgãos formadores. Assim é preciso ter o cuidado de não criar coisas paralelas ao que já existem em alguns estados. Disse que deixaria os documentos relativos ao que vem sendo feito no seu Estado. **Dr. Guedes** disse achar importante que esse processo de educação continuada seja acelerado e que a sua preocupação é se a separação desses municípios de mais de 100.000 habitantes não vai gerar uma competição entre os núcleos formadores, e indagou se não era preferível trabalhar isso de uma forma unificada, vendo quais as necessidades para se trabalhar os municípios que têm mais de 100.000 habitantes e o resto, pois pode-se

estar comprando serviço de prestador talvez de uma forma não muito adequada. **Dr. Sílvio Mendes** falou que isso foi discutido ontem na reunião da Diretoria e que o CONASEMS encaminha pela aprovação da proposta. Tem só a questão do recurso ter de ser repassado para o estado, o que traz dificuldades para o município, porém esse é um aspecto que pode ser superado. **Dr. Solla** falou que a iniciativa é importante, até pela velocidade de expansão que teve o Saúde da Família, já que os mecanismos anteriores de suporte com os pólos de capacitação já não dão mais conta dessa velocidade. Falou que nesse aspecto o ponto abordado pela Dra. M^a Luíza é uma idéia interessante, porque também para os pólos estaduais os recursos podem ser passados para o fundo estadual, evitando os transtornos já conhecidos dos mecanismos convencionais. O necessário é que os estados tenham a capacidade de poder realocar esses recursos nas universidades que vão executar nos pólos regionais. Outro aspecto é que na verdade existem 3 situações: um conjunto de equipes do PSF que tinham o treinamento introdutório programado dentro dos projetos dos pólos; outro conjunto de equipes que não estavam programados nos pólos e não vão se enquadrar nessa portaria porque foram implantadas antes de outubro do ano passado, e um terceiro grupo de equipes que foram implantadas depois de outubro do ano passado e que o recurso já vai ser descentralizado. A preocupação é com o grande contingente de equipes que não estão enquadradas nem no projeto atual dos pólos nem no recurso descentralizado, e a sugestão é de que nessa programação que está sendo fechada agora com os pólos estaduais ocorra a priorização dessas equipes, para que se resolva essa lacuna. Outro aspecto que precisaria ser repensado é com relação à educação permanente onde só estão sendo considerados o médico e o enfermeiro e que deveria incluir pelo menos o odontólogo. Sugeriu que fosse constituída uma comissão que continuasse a discussão iniciada ontem entre o CONASEMS e o Departamento de Atenção Básica, para que se pudesse aparar alguns detalhes de menor monta. **Dr. Ênio** - considerou a iniciativa importante, que está na hora de rediscutir esses pólos. Falou que lhe preocupa a divisão dos municípios em 2 grupos. Quanto à proposta do repasse fundo a fundo para os pólos regionais, grande parte deles não tem condição de receber diretamente e isso terá de ser feito via fundo estadual. A representante do CONASEMS para a Região Norte **Dra. Eliane Pasini** colocou que na sua região é bem complicado porque o pólo existirá, porém se o recurso ficar centralizado, não vai acontecer a

capacitação, e que ainda não realizaram a capacitação das equipes mais antigas, e isso deve ser pensado. **Dr. Izaías** disse discordar da Secretária do Rio Grande do Sul, porque na Portaria 1886, anexo II, item 4.5, que entre as responsabilidades do município está a de garantir a capacitação e educação permanente das equipes de saúde da família, com o apoio das SES, e nesse sentido queria fortalecer o que falou a Dra. Eliana, de que é preciso que o recurso não fique parado num ponto. Por mais que tenha sido implantada a estratégia de criação dos pólos regionais no seu Estado, isso motivou inclusive o envio de um documento da ACEDES para Coordenação da CIT, porque desde agosto/2001 não se tem mais capacitação para o módulo introdutório do PSF. Como tem crescido muito o volume dos municípios que estão se habilitando, é preciso que haja a descentralização, mas talvez tendo como operadoras entidades municipais vinculadas à Prefeitura ou através do COSEMS, numa parceria com o governo Estadual. Temos uma experiência com o grupo Hospitalar Conceição que está se propondo a capacitar, mas não temos fôlego financeiro suficiente para dar conta. Estamos com um grupo que está capacitando 10 equipes e temos uma demanda de 170 municípios que estão na lista para entrar, inclusive no módulo introdutório. **Dr. Renê** solicitou esclarecimentos com relação ao artigo 2º, parágrafo 2º, que trata dos pólos regionais. Foi falado que é importante que a coordenação do pólo estadual esteja afeto ao gestor estadual, até para que haja uma homogeneidade, principalmente na questão da definição das atividades e da política, no que respeita a implantação da capacitação. Referiu que na verdade o que está acontecendo é que os pólos regionais vão passar a ser os grandes operacionalizadores do processo e a questão é mais no sentido de se não seria importante que a coordenação dos pólos regionais tivesse uma interface direta com a coordenação estadual, na medida em que pode haver variáveis de pólo regional para o outro e não se consiga ter uma homogeneidade no processo. Outra questão é que na medida em haja a descentralização dos recursos nos pólos regionais, provavelmente poderemos ter situações em que haja repasse através de outros mecanismos, em acordo com a natureza da personalidade jurídica que vai operacionalizar. **Dr. Scoti** disse que a questão do pólo regional não está clara no que respeita à separação da coordenação de execução. O espaço para dar uma unidade no processo, resgatando as experiências pontuais com pólo estadual, exige que haja uma coordenação de processo, definição de objetivos, curriculares, etc. Portanto se o pólo

regional tem essa mesma função em nível regional, deverá ter a mesma coordenação do estado. Sugeriu que fossem revistos os itens relativos aos pólos regionais sem prejuízo do mérito do documento. **Dr. Cláudio Duarte** disse concordar com a Dra. M^a Luíza de que essa estratégia tem de estar na direção de fortalecer uma reaglutinação no âmbito de cada estado, no sentido de que eles possam definir seu modelo de gestão para o conjunto de políticas de recursos humanos, que inclui a atenção básica, atenção especializada, etc. Essa é uma oportunidade de reforçar nessa direção, porque não tem sentido criar órgão estadual para cada uma dessas coisas. Sugeriu que seja feita uma oficina de trabalho para discutir modelos e construir essa agenda para o futuro. Disse que os municípios de 100.000 habitantes têm de entrar na programação estadual, não é preciso criar uma programação paralela. A questão do repasse direto para os municípios grandes e porque em tese esses municípios têm mais capacidade de operacionalizar e executar, é uma questão lógica. Quanto ao recurso passado aos pólos, esses vão ser reprogramados dentro dessa lógica, para não haver desperdício. Os princípios gerais são: 1 - fortalecer o nível estadual na capacidade de programar, coordenar e definir mecanismos de gestão; 2 - descentralizar e 3 - programar. Não temos tradição de programação para atividades de recursos humanos e essa é uma primeira iniciativa. Finalmente, respondendo às colocações sobre os pólos regionais frisou que: a coordenação é única, do estado e é pactuada na CIB com os municípios. Os pólos regionais se submetem à programação e à coordenação do estado, a lógica do pólo regional é a de melhorar a execução com o processo de descentralização, através de um desenho que cada estado vai construir. Pode inclusive haver estado onde não compense ter pólo regional ou não tenha entidade para fazê-lo, nesse caso então vai haver um pólo único. **Dr. Sílvio Mendes** informou que no ano passado houve uma provocação do BNDS para que fossem discutida as experiências na atenção básica do Reino Unido e do Brasil e foram escolhidos alguns municípios. Isso levou ao consenso sobre a nossa necessidade de capacitação de RH e naturalmente a questão foi colocada para a atenção básica. Isso tem prosperado e do Dr. Cláudio Duarte tem feito o acompanhamento, mas foi uma proposta de financiamento de 600 mil dólares, a fundo perdido pelo BNDS, para fazer a estruturação de capacitação à distância. Quatro universidades estão trabalhando nisso e a idéia é de fazer a capacitação em escala. **Dr. Scoti** disse que está claro esse encaminhamento de separar a função operadora da

coordenadora, e como os pólos de capacitação hoje existentes têm uma visibilidade de operação e de execução, talvez a solução seja de denominar diferente essa função coordenadora em vez de chamar de pólo estadual de capacitação, uma outra nomenclatura que distinga função coordenadora da executora. **Dra. M^a Luíza** informou que a Universidade Estadual abriu um curso de graduação em Administração em Saúde e teve 54 candidatos por vaga, o que mostra que o sistema tem necessidade de gente, e há procura. A Coordenadora de Qualificação em Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde **Afra Suassuna Fernandes** disse que a idéia que foi concebida é a que está explicitada na Portaria, ou seja: a coordenação do pólo estadual, o conjunto de planos regionais, seria o formador da proposta do pólo estadual. Se estiver havendo ainda essa polêmica da divisão da coordenação e da operação, a discussão poderá ser aprofundada junto com o CONASS e CONASEMS. **Dr. Guedes** indagou se haveria tanta capacidade instalada de formadores de recursos humanos para separar os municípios de mais de 100.000 habitantes, colocou-se os recursos específicos para que eles façam isso por sua conta e risco. **Dr. Cláudio Duarte** disse que esses municípios não estão separados, já que haverá uma única coordenação que vai envolver também os municípios de mais de 100.000 habitantes, e que dentro dessa programação vai estar explícito quem faz o que, quais são os centros, qual a metodologia, o conteúdo e a capacidade instalada. A forma de descentralizar os recursos, considera que em tese os municípios acima de 100.000 habitantes podem ter órgãos de coordenação executora, que possam fazer os cursos acontecerem. A discussão hoje é de que os pólos não dão conta, porque têm de cuidar de municípios grandes, pequenos e médios. **Dr. Guedes** retrucou que os pólos não dão conta porque não têm quantidade de docentes preparados e motivados, não tem pernas, ao respondeu o **Dr. Cláudio Duarte** disse que isso depende da metodologia utilizada e da capacidade de agregar entidades para fazer educação continuada, porque ela pode ser feita também com outras entidades além das universidades, como por exemplo, sociedades médicas de especialidades, etc. **Afra Suassuna** colocou que a 3^a estratégia é exatamente a multiplicação de facilitadores, entendendo que hoje os profissionais que hoje estão agregados ao pólo, não dão conta disso. Falou o Dr. Cláudio Duarte que a idéia é de rediscutir a Portaria, publicá-la e iniciar a execução das ações, para que ainda este ano se possa ter uma programação nessa questão da educação continuada. 7 – **Desabilitação do**

Município de Uruaçu/GO – informou o Dr. Fernando Cupertino que em função de uma auditoria de gestão realizada em junho/01, foi dado um prazo para que o município superasse as deficiências verificadas, e aliado à ocorrência de denúncias e também à abertura de uma CPI na Câmara Municipal, foi acordado na Bipartite a desabilitação do município de Uruaçu da condição de Gestão Plena do Sistema Municipal e sua habilitação em Plena de Atenção Básica. **8 – Proposta de Implantação do Planejamento Familiar no SUS** – a Coordenadora do Programa de Saúde da Mulher/SPS, Dra. Tânia Lago, após a abordagem do assunto na reunião da CIT foram realizadas reuniões com o Comitê Tripartite da Assistência Farmacêutica, e 03 macrorregionais realizadas em fevereiro p.p com todas as Secretarias Estaduais de Saúde, Presidentes de Conselhos de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde para discutir a proposta de estratégias para o planejamento familiar. O resultado acordado foi: para este ano deverá ser mantida a aquisição e a distribuição centralizada dos insumos para o planejamento familiar, e que ao longo do próximo ano se possa discutir e avaliar essa estratégia para verificar se ela se mantém ou se deverá ser modificada na direção da descentralização de recursos e compras. A proposta apresentada na reunião tem os seguintes objetivos: 1) ampliar o acesso das mulheres, homens e casais não só ao planejamento familiar, mas também ao planejamento familiar no contexto da assistência integral à saúde; 2) ampliar o leque de opções contraceptivas que estão à disposição da clientela do SUS 3) promover a dupla proteção, ou seja: evitar simultaneamente a gravidez indesejada e as Doenças Sexualmente Transmissíveis, o que inclui a idéia de promover mais ativamente o uso da camisinha e também como elemento para reduzir a mortalidade materna, evitando gestação em mulheres que já tiveram gravidez de alto risco, e impacto sobre a redução da mortalidade por aborto provocado. Foram identificados problemas que precisam ser superados. Um deles é o fato de no SUS, haver um número insuficiente de médicos capacitados para prestar orientar o uso de alguns métodos contraceptivos, em especial o DIU, diafragma e os injetáveis, sendo que para esse último muito mais por desconhecimento, do que propriamente por capacitação técnica. O número de profissionais para-médicos para explicar os métodos e ajudarem o cliente para fazer uma opção também é insuficiente, e ainda existe a dificuldade na logística, seja para executar o controle de qualidade de grandes quantidades de insumos antes da distribuição e também quanto a logística

para armazenamento adequado e distribuição para todos os municípios. Uma outra questão a ser vencida é a da histórica descontinuidade na oferta desses insumos, porque até agora o Ministério não conseguiu, com o conjunto dos estados e municípios, identificar uma forma de sustentabilidade dessa ação. Um outro problema é o da desinformação que ainda existe no seio da população com relação aos métodos contraceptivos a que ela pode ter acesso de forma gratuita. A resolução desses problemas foi centrada na seguinte proposta: 1) capacitação – iniciando pela identificação das atribuições dos diferentes níveis nesse assunto junto aos estados e COSEMS, ficando definido também que o Ministério vai elaborar e publicar manuais técnicos que podem ser utilizados na capacitação de médicos e enfermeiros, sendo ainda disponibilizado um outro manual para auxiliar os gestores a se capacitarem na gerência em planejamento familiar. Dentro da proposta apresentada pela Atenção Básica, entende que o planejamento familiar não deve ter uma outra estratégia de capacitação, mas nela deve estar contemplada a descentralização da capacitação do pessoal da Atenção Básica. Nesse sentido caberia aos estados articular não só as instituições, mas também o plano de formação, incluindo de preferência, as escolas médicas. Para o financiamento desses programas de capacitação há de haver por parte do Ministério e das secretarias estaduais, investimentos, cabendo aos municípios assegurarem a presença dos profissionais capacitados nas suas redes de serviços. No que respeita aos problemas de logística, a proposta é a de manter os processos de aquisição, controle de qualidade e distribuição centralizadas no Ministério da Saúde, e que ainda neste ano ocorra uma aquisição centralizada de todos os insumos de anticoncepção, e que a distribuição seja feita diretamente aos municípios, com periodicidade trimestral, a mesma da Farmácia Popular, considerando 02 tipos de kits. Para os diferentes métodos, estão sendo elaborados folhetos informativos, e cartazes para serem afixados nas unidades de saúde, com o propósito de divulgação também em mídia. Quanto a operacionalização da distribuição dos métodos a proposta prevê que: 1) identificação de municípios aptos a receber contraceptivos, tendo como norte a visibilidade de que o município está caminhando na direção da assistência integral à saúde da mulher, e que disponha de no mínimo 01 médico. Dessa forma estarão habilitados os municípios que tenham pelo menos 01 equipe do Saúde da Família habilitada ou o Termo de Adesão aprovado no Programa de Humanização do Pré-Natal

e Nascimento, e/ou ainda pelo menos 01 médico contratado no Programa de Interiorização da Saúde-PIS. Todos os municípios considerados aptos, receberiam um dos dois tipos de kits de contraceptivos: um básico, que inclui a pílula combinada, que é a pílula normal, a minipílula, que é a pílula que se dá para a mulher no período da amamentação e preservativos. O município recebe um número de kits equivalente ao número de unidades básicas que atendem ao Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento ou o equivalente ao número de equipes do PSF que ele tenha habilitadas. De acordo com esses critérios, hoje 4.568 municípios estariam aptos a receber o kit básico da anticoncepção, o que representa 82% dos municípios, o que dá um total de 20.000 kits básicos, capacidade para atender 2.6 milhões de mulheres. O Kit complementar inclui o DIU e o hormônio injetável. Não inclui o diafragma porque existe estoque remanescente em todos os estado, algo em torno de 20.000 diafragmas, suficiente para uso durante 05 anos. A cada 03 meses, o kit complementar seria incluído na distribuição do kit normal, apenas para os municípios considerados aptos, segundo os critérios acima, e com população igual ou superior a 50.000 habitantes. Para calcular o quantitativo a ser enviado para cada município foram utilizados os seguintes instrumentos: balancetes enviados pelos municípios desde a última distribuição, balancetes enviados pelos estados e a informação sobre a inserção do DIU no SIA/SUS, que embora se saiba que é incompleta, tentou-se identificar o número de municípios que em algum momento informou ter usado pelo menos 01 DIU, considerando-se que ele tem pelo menos capacidade para fazê-lo. No total 489 municípios estão aptos para receber o kit complementar, num total de 1.452 kits, para uma população atendida de 2.800.000 mulheres. A previsão para iniciar a distribuição é no final de julho, na mesma data da remessa do kit da Farmácia Popular. Ao final do 1º trimestre da entrega, está prevista a realização de uma pesquisa operacional para avaliar essa estratégia, e a previsão de inclusão de outros municípios é a partir da 3ª entrega, ano que vem. Quanto aos quantitativos, as estimativas por estado e por municípios serão encaminhadas por E-mail, sendo que no total estão sendo atendidos 4.568 municípios, dos 5.561 existentes. Isso significa 2.6 milhões de mulheres no kit básico, correspondendo a 12 milhões de cartelas de pílulas, o que significa 100% a mais do que o enviado a 2 anos atrás; 800 mil cartelas de minipílulas e 57,6 milhões de preservativos, quase 8 milhões a mais do que o enviado a 2 anos atrás. Com o kit

complementar estarão sendo atendidos 489 municípios com mais de 50.000 habitantes, totalizando 87.120 DIUs e 130 mil injetáveis, que atenderão a 217 mil mulheres. Dr Sola parabenizou a SPS pela proposta e falou que há tempos vem tentando superar os problemas existentes na área de anticoncepção, e que na Bahia o Conselho de Secretários Municipais de Saúde, vem há 2 anos, discutindo com a secretaria estadual uma forma de mudar a situação, inclusive compartilhando o financiamento. Informou ainda que havia um financiamento internacional e que quando esse foi suspenso a situação entrou em crise. Em Vitória da Conquista, por exemplo, em que não há falta de profissionais treinados, o que falta são os métodos. O município está comprando, mas não dá conta de atender com suficiência, para todas as mulheres. Colocou em seguida suas dúvidas: 1) segundo seus cálculos, há 130 mulheres/kit, e se for considerado 01 kit/equipe do PSF há uma defasagem considerável, mas para situação atual, já é uma evolução; 2) esse critério de distribuição entre equipes e Unidades de Saúde não está muito clara. Sugeriu que fosse um kit para cada equipe de Saúde da Família, já que vai ser enviado junto com o kit da farmácia, e se pegasse no plano do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento as unidades de saúde que não são do PSF e acrescentasse um kit para cada uma delas. Com relação ao kit complementar entende que há problema se for trabalhado tendo como referência somente o SIA, porque como não tinha métodos suficientes, tem muitas Unidades de Saúde que não vão aparecer no SIA, não por falta de profissional, é porque não tinha métodos. Se os kits forem repassados com base no critério de quem vinha fazendo no SIA, pode haver subdimensionamento, não só para a necessidade, mas até para a capacidade de oferta desse tipo de ação. Disse achar que esse repasse direto para o município, junto com a farmácia popular, significa um salto grande de qualidade no acesso a esses métodos. **Dr. Sílvio Mendes** reforçou o que falou o Dr. Solla sobre a Unidade de Saúde que não tem PSF. Disse que essa iniciativa veio em boa hora, já que se tem um índice de gravidez na adolescência, acima de 26%, que se repete em todas as faixas sócio-econômicas, e é preciso que isso seja abordado e essa estratégia poderá resolver parte do problema. **Dra. Tânia Lago** colocou que hoje no Brasil há uma população de 15 milhões de mulheres, que seriam população alvo de qualquer oferta de anticoncepção. Esse quantitativo está dividido da seguinte forma: aproximadamente 07 milhões já fazem anticoncepção reversível, e a fonte disso, em 85% dos casos da

usuária de pílulas, é a farmácia. Nos casos de DIU, metade na rede pública e metade na rede privada. No caso da camisinha, 70% obtém na farmácia e 30% na rede pública. As outras 08 milhões de mulheres são aquelas que não têm acesso a nenhuma forma de concepção e o problema é que a maioria dessas mulheres vivem em regiões aonde não há rede para poder incluí-las. Então para fazer essa proposta, tomou-se por base, não a população que necessita, mas a capacidade operacional daquele município em ofertar. Por isso é que se começou elaborando com vários estados e municípios o que era o tamanho do kit, imaginando que uma equipe de PSF numa Unidade Básica de Saúde tenha um médico e uma enfermeira que gastam x horas de seu tempo atendendo pessoas que demandam anticoncepção e chegou-se ao tamanho desse kit, que foi multiplicado pelo total de UBS e equipes, para se chegar ao número de mulheres que serão atendidas. É pouco se considerarmos que temos 25 milhões de mulheres e estarão sendo atendidas menos de 03 milhões, mas se for levantada a história, a CEME fornecia o suficiente para atender algo em torno de 1,5 milhão de mulheres, na compra de 2 anos atrás a estimativa era de atender 2 milhões e nessa proposta será quase 3 milhões. Com relação as UBS e equipes, não dá para separar porque há muitas unidades que são sedes das equipes, por isso que se resolve operacionalmente iniciar com o maior número: se o município disse que ele tem 20 equipes de PSF e tem 10 UBS, serão mandados 20 kits. Há municípios que receberam médicos através do Plano de Interiorização da Saúde e que não têm equipes de PSF, nem estão aderidos ao PHPN e esta foi uma forma de incluí-los. Com relação ao DIU, a idéia é que só recebem o kit complementar, as cidades que preenchem os critérios: ter mais de 50 mil habitantes e que respondam uma carta que estará sendo enviada pelo Ministério da Saúde, dizendo que tem médico capacitado e que receber todo o quantitativo oferecido. Haverá problemas com relação a municípios que têm menos de 50 mil habitantes, mas que têm capacidade de inserir DIU, diafragma, etc. Nesses casos, os estados deverão identificar esses municípios e informar ao Ministério da Saúde quantas equipes de PSF e quantas UBS eles têm, mas só entrariam a partir da 3ª entrega. Dois estados terão problemas, Rio Grande do Sul e Bahia, porque tem uma grande quantidade de municípios que não estão no PSF nem no PHPN, portanto grandes municípios estarão excluídos. **Dra. M^a Luíza Jaeger** disse que são municípios que têm atendimento em gineco-obstetrícia, muitas vezes especializado. Então que se

tenha o levantamento desses municípios que estão com o cadastramento dos estabelecimentos de saúde quase terminado. **Dra. Tânia Lago** disse que de qualquer forma a área técnica do Ministério está instruindo que esses municípios tenham no mínimo que estar aderido ao PHPN, porque não há nada mais básico na assistência integral à saúde da mulher do que fazer pré-natal. Então, o município que não faz pré-natal, não deve receber contraceptivo. Disse que o MS vai continuar trabalhando a favor da adesão ao PHPN, que já conta com 03 mil adesões. **Dr. Cláudio** - agradeceu a todos e encerrou a reunião.

Visto:

Ministério da Saúde

CONASS

CONASEMS



**Ministério da Saúde
Secretaria Executiva
Comissão Intergestores Tripartite
Secretaria Técnica**

**COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT
REUNIÃO ORDINÁRIA DE 21/03/2002
RESUMO EXECUTIVO**

O Coordenador Substituto da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, Dr. **Cláudio Duarte**, conduziu a 2ª Reunião Ordinária da CIT, realizada em 21 de março de 2002.

Pontos da Pauta:

1 – Avaliação do Impacto do Incentivo da Assistência Farmacêutica – este incentivo foi criado pela Portaria 176, de março de 1999, com a intenção de promover a reorganização/descentralização da Assistência Farmacêutica, tendo como fundamentos a descentralização da gestão, a promoção do uso racional de medicamentos, a otimização e a eficácia do sistema de distribuição no setor público e as necessidades da população segundo critérios epidemiológicos. A avaliação foi feita com base em pesquisa, numa amostra de 366 municípios, estabelecendo como indicadores o próprio ciclo da assistência farmacêutica, e apresentou, em resumo, os seguintes resultados:

- a) Mudança completa na lógica da assistência farmacêutica antes centralizada, passando a ser pactuada nos 3 níveis de gestão, e apresentando este processo em crescimento.
- b) Evolução no volume de recursos colocados na assistência farmacêutica a partir do estabelecimento do Incentivo em 1999, quando o repasse do nível federal foi de 123 milhões de reais, acrescido de 39 milhões para aquisição de insulina. Em 2000, o repasse federal foi de 164 milhões

para cobertura total, acrescido de 22 milhões para saúde mental e 45 milhões para insulina. Em 2001 quando o incentivo se consolidou de fato, o repasse federal foi de 166 milhões, acrescido de 48 milhões para hipertensão e diabetes, 22 milhões para saúde mental e 69 milhões para insulina.

- c) O principal problema enfrentado pelos municípios para avançar no processo está relacionado à capacitação e contratação de recursos humanos.

Foi informado que o Ministério da Saúde está desenvolvendo ações no sentido de instrumentalizar a capacitação de recursos humanos, publicar material instrucional, trabalhar o aspecto comunicação e estratégia para assistência. Foi elaborada uma proposta de planta de medicamentos fitoterápicos e implantado o Sistema de Acompanhamento do Incentivo nos estados, estando em fase de replicação para os municípios.

2 - Descentralização das Capacitações das Equipes do Programa da Saúde da Família – foram apresentadas 02 minutas de Portaria sobre o incentivo para capacitação de equipes do PSF, no enfrentamento da situação problema, representada pela rápida expansão dessa estratégia advinda do crescimento do número de equipes e maior adesão dos municípios, o que resultou numa grande defasagem entre a demanda e a oferta de capacitação. A proposta colocada tem o intuito de promover a descentralização do processo de qualificação das equipes do PSF, visando adequar, do ponto de vista de qualidade e quantidade, a oferta dos cursos e programas de capacitação, de modo a contribuir concretamente para uma melhor resolubilidade nos municípios. A proposta está centrada em 3 pontos:

1. Criação de incentivo de qualificação para municípios com população igual ou superior a 100 mil habitantes.

2. Criação de pólos regionais de capacitação com uma coordenação única nos estados, a cargo do gestor estadual.
3. Formação de facilitadores e instrumentos e criação de instrumentos para a qualificação de recursos humanos, ou seja, ao mesmo tempo em que se descentraliza, se tem uma estratégia de formar facilitadores que possam trabalhar reproduzindo essa capacitação nos municípios e nas regionais.

A criação do incentivo de qualificação para municípios com população igual ou superior a 100 mil habitantes está fundamentada em 2 componentes:

- 1 - Curso Introdutório, com carga horária de 48h, e;
- 2 - Programa de Educação Permanente em Saúde, com carga horária de 16h.

Foram definidos os custos de R\$959,00 para equipe mínima implantada e cadastrada no SIAB a partir de outubro/2001, e R\$ 212,00 por equipe de saúde bucal. O incentivo para o Programa de Educação Permanente é de R\$ 136,00 por profissional, ou seja, R\$ 762,00 por dupla médico/enfermeiro. O repasse do incentivo para o curso introdutório tem previsão de ser feito a partir de outubro/2001.

Para aderir à proposta, o município tem que preencher o Termo de Adesão ao Incentivo e encaminhar ao Gestor Estadual para análise e aprovação, segundo os critérios estabelecidos pela Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica-DAB. Se aprovada, a proposta é encaminhada a CIB para homologação, e enviada ao DAB, para liberação dos recursos financeiros.

O Gestor estadual deverá agregar as instituições de ensino e os serviços para compor o Pólo Estadual, do qual ele será coordenador e implantar o Pólo Regional de Qualificação, mediante convocação por edital público contendo as regras e critérios definidos para sua composição e formação.

O coordenador do Pólo Regional deverá ser escolhido entre os membros das instituições que o compõem e vai trabalhar com os municípios de população inferior a 100.000 habitantes. O valor do incentivo por equipe mínima a ser capacitada para o curso introdutório é de R\$1.362,00, para equipe de saúde bucal é de R\$302,00 e R\$532,00 per capita para a educação permanente.

Deverão ser formados a curto e médio prazo 540 facilitadores/instrutores para o processo de qualificação do PSF, que prevê uma capacitação de 64 horas, a um custo per capita de R\$630,00.

3 - Pacto da Atenção Básica – transferida a apresentação deste tema para a próxima reunião.

4 - Proposta de Implantação do Planejamento Familiar no SUS – após a abordagem do assunto na reunião da CIT foram realizadas reuniões com o Comitê Tripartite da Assistência Farmacêutica e 03 macrorregionais, em fevereiro, com a participação de todas as Secretarias Estaduais de Saúde, Presidentes de Conselhos de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, para discutir a proposta de estratégias para o planejamento familiar, cujos resultados foram: 1) para este ano, manter a aquisição e a distribuição centralizada dos insumos para o planejamento familiar; 2) ampliar o acesso das mulheres, homens e casais não só ao planejamento familiar, mas também ao planejamento familiar no contexto da assistência integral à saúde; 3) ampliar o leque de opções contraceptivas que estão à disposição da clientela do SUS; 4) promover a dupla proteção, ou seja, evitar simultaneamente a gravidez indesejada e as Doenças Sexualmente Transmissíveis, o que inclui a idéia de promover mais ativamente o uso da camisinha, esta também como elemento para reduzir a mortalidade materna, evitando gestação em mulheres que já tiveram gravidez de alto risco e impactando sobre a redução da mortalidade por aborto provocado.

Como problemas que precisam ser superados foram identificados: 1) a insuficiência do número de médicos e paramédicos capacitados para prestar orientação sobre o uso de alguns métodos contraceptivos, em especial o DIU, diafragma e os injetáveis; 2) a dificuldade na logística para executar o controle de qualidade de grandes quantidades de insumos antes da distribuição, e para o armazenamento adequado e distribuição para todos os municípios; 3) a histórica descontinuidade na oferta desses insumos; 4) a desinformação que ainda existe no seio da população com relação aos métodos contraceptivos a que ela pode ter acesso de forma gratuita.

A resolução desses problemas foi centrada na capacitação, iniciando pela identificação das atribuições dos diferentes níveis nesse assunto junto aos estados e COSEMS, e na elaboração e publicação, por parte do Ministério da Saúde, de manuais técnicos para capacitação de médicos e enfermeiros e de manual para auxiliar os gestores a se capacitarem na gerência em planejamento familiar, e campanhas de divulgação.

Para o financiamento desses programas de capacitação há de haver por parte do Ministério e das Secretarias Estaduais, investimentos, cabendo aos municípios assegurarem a presença dos profissionais capacitados nas suas redes de serviços.

Quanto à logística, a proposta é a de manter os processos de aquisição, controle de qualidade e distribuição centralizadas no Ministério da Saúde, e que a distribuição seja feita diretamente aos municípios que estejam qualificados a receber os insumos, com periodicidade trimestral, a mesma da Farmácia Popular. Os critérios estabelecidos para a qualificação dos municípios foram: municípios que tenham pelo menos 01 Equipe do Saúde da Família habilitada ou o Termo de Adesão aprovado no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, e/ou ainda pelo menos 01 médico contratado no Programa de Interiorização da Saúde-PIS.

Os municípios considerados aptos receberiam um dos dois tipos de kits de contraceptivos: a) um básico, que inclui a pílula combinada, que é a pílula normal, e a minipílula, que é a pílula que se dá para a mulher no período da amamentação; b) os preservativos.

De acordo com esses critérios, hoje 4.568 municípios (82%) estariam aptos a receber o kit básico da anticoncepção, o que representa um total de 20.000 kits básicos, capacidade para atender 2.6 milhões de mulheres. O Kit complementar inclui o DIU, o Diafragma e o hormônio injetável. A cada 03 meses, o kit complementar seria incluído na distribuição do kit normal, apenas para os municípios considerados aptos, segundo os critérios acima, e com população igual ou superior a 50.000 habitantes. A previsão para iniciar a distribuição é no final de julho, na mesma data da remessa do kit da Farmácia Popular.

Quanto aos quantitativos, o atendimento aos 4.568 municípios aptos significa 2.6 milhões de mulheres no kit básico, correspondendo a 12 milhões de cartelas de pílulas, o que significa 100% a mais do que o enviado a 2 anos atrás; 800 mil cartelas de minipílulas e 57,6 milhões de preservativos, quase 8 milhões a mais do que o enviado a 2 anos atrás. Com o kit complementar estarão sendo atendidos 489 municípios com mais de 50.000 habitantes, totalizando 87.120 DIUs e 130 mil injetáveis, que atenderão a 217 mil mulheres.

5 - Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças - foram certificados 39 municípios, com vigência de 1º de abril, sendo:

- 04 do Estado da Bahia
- 04 do estado do Ceará
- 04 do Estado de Goiás
- 18 do Estado do Maranhão
- 03 do Estado da Paraíba
- 06 do Estado do Piauí

6 - Habilitação de Estados – foi qualificado pela NOAS/2001 o Estado de Alagoas, juntamente com 15 municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, restando destes, 10 municípios com pendências, e aprovada a proposta de prorrogação do prazo para os Estados em Gestão Plena apresentarem suas propostas de qualificação, para 29 de abril.

INFORMES:

1 – Aprovada a solicitação da SES/PA para prorrogação da elaboração da PPI.

2 – Apresentada, pela Secretaria Técnica da CIT, versão do banco administrativo para registro do processo de habilitação, para apreciação e apresentação de sugestões.

3 – Desabilitação do Município de Uruaçu/GO – informou o Dr. Fernando Cupertino que em função de uma auditoria de gestão realizada em junho/01, foi dado um prazo para que o município superasse as deficiências verificadas, e aliado à ocorrência de denúncias e também à abertura de uma CPI na Câmara Municipal, foi acordado na Bipartite a desabilitação do município de Uruaçu da condição de Gestão Plena do Sistema Municipal e sua habilitação em Plena de Atenção Básica.