



Ministério da Saúde
Secretaria Executiva
Comissão Intergestores Tripartite
Secretaria Técnica

10ª Reunião Ordinária 2002	ATA DA REUNIÃO	21.11.02
-------------------------------	-----------------------	----------

1. MEMBROS DA COMISSÃO

MINISTÉRIO DA SAÚDE			
Órgão	Representante	T/S	Frequência Acumulada
SE	Otávio Mercadante	Titular	08/10
		Suplente	
SAS	Renilson Rehem de Souza	Titular	08/10
	Maria Helena Brandão	Suplente	06/10
SPS	Cláudio Duarte da Fonseca	Titular	07/10
	Tânia Lago	Suplente	04/10
ANVS	Cláudio Maierovitch P. Henriques	Titular	02/10
	José Agenor Alvares da Silva	Suplente	05/10
FUNASA	Mauro Ricardo Machado Costa	Titular	01/10
	Jarbas Barbosa da Silva Jr.		07/10

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS			
Região	Representante	T/S	Frequência Acumulada
N	Francisco Deodato Guimarães	Titular	05/10
	Grace Mônica Alvim	Suplente	
NE	Marta Oliveira Barreto	Titular	03/10
	Anastácio de Queiroz e Souza	Suplente	
SE	José da Silva Guedes	Titular	10/10
	João Felício Scárdua	Suplente	
S	João José Cândido da Silva	Titular	04/10
	Maria Luíza Jacger	Suplente	04/10
CO	Fernando Passos Cupertino	Titular	09/10
	Izaías Pereira da Costa	Suplente	

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE - CONASEMS			
Região	Representante	T/S	Frequência Acumulada
N	Eliana Pasini	Titular	09/10
	Grace Mônica Alvim	Suplente	04/10
NE	Sílvio Mendes de Oliveira Filho	Titular	09/10
	Jorge José Pereira Solla	Suplente	09/10
SE	Valter Luís Lavinias	Titular	08/10
	José Ênio Sevilha Duarte	Suplente	09/10
S	Francisco Isaias	Titular	08/10
	Luciano Ducci	Suplente	
CO	Otaliba Libânio de Moraes Neto	Titular	08/10
	Beatriz Figueiredo Dobashi	Suplente	06/10

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 SOARES	CIT/ST/SE
6.	JOHNSON ARAÚJO	SAS/DGA/MS
7.	GERALDO MAGELA MIRANDA	SES/PI
8.	MARIA CRISTINA LIMA CARVALHO	GEVIDA/MA
9.	EDILSON FONTINELE	SMS/PI
10.	MARIA GORETH PEREIRA	SMS/PI
11.	FRANCISCA DE SOUZA BARROS	SMS/PI
12.	SILVANA PEREIRA	DGA/SAS
13.	EDSON JOSÉ ADRIANO	COSEMS/SC
14.	BRUNO JAIME	DGA/SAS
15.	JORGE VILLAS BOAS	SES/AL
16.	MARTA REJANE BATISTA	SES/PB
17.	ROSANE GOMES	DGA/SAS
18.	LÚCIA DE PAIVA	DGA/SAS
19.	FABIANO PIMENTA	FUNASA
20.	FRANCISCO CARDOSO	DGA/SAS
21.	MIGUEL SENA FILHO	
22.	MARCUS VINICIUS QUITO	DAB/SPS
23.	PATRICIA LUCCHESI	FIOCRUZ
24.	ADELIANA DAL PONT	CONASEMS
25.	TERESINHA MOREIRA	DGA/SAS
26.	AMÉRICO NOGUEIRA	FUNASA
27.	PATRICIA LEAL	DAB/SPS
28.	LUÍZ ANTÔNIO DE VASCONCELLOS	PETROLINA
29.	LUIS CARLOS	SESA/PR
30.	JOSÉ ANGELO	DGA/SAS
31.	BEATRIZ MACDOWEL	ANVISA
32.	ALINE PIRES GADELHA	SSM/PB

3 – PAUTA

- **Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças–ECD – FUNASA/MS**
 - 1.1 – Certificação de Municípios
- **Qualificação de Estados (NOAS 01/2002) – SAS/MS**
- **Habilitação de Municípios (NOAS 01/2002)**
 - 3.1 – Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada–SPS/MS
 - 3.2 – Gestão Plena do Sistema Municipal–SAS/MS
- **Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados – ANVISA**
- 5. **Apresentação do SIAB–PLUS – SPS/MS**
- 6. **Desinstitucionalização da Saúde Mental – SAS/MS**

4 – Desenvolvimento da Reunião - o Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite -CIT, Dr. Otávio Mercadante conduziu a 10ª Reunião Ordinária da CIT realizada no dia 21 de novembro de 2002.

1 - Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças –

ECD – foram certificados municípios, com vigência de 1º de dezembro de 2002, sendo. Dr. Otávio Mercadante deu início à reunião, informando que também acontece hoje, a inauguração do Auditório Emílio Ribas, no Ministério da Saúde com apresentação do programa de modernização da rede de hemodiálise. **4. Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados** – A Coordenadora de Sangue e Hemoderivados da ANVISA **Dra. Beatriz Macdowel** disse que o projeto representa o Ministério da Saúde junto ao Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade – PBQP, com objetivo definir uma política única de sangue e hemoderivados para o País, que garanta a disponibilidade, segurança e qualidade destes produtos e que contemple a participação do Governo e da Sociedade Civil. O projeto contou com a participação de técnicos do Ministério, das sociedades de especialidades e dos representantes dos usuários. As bases do programa foram reformuladas no ano de 1998, quando o Sangue foi escolhido como tema para representar o Ministério no PBQP. É constituído por 12 projetos, incluindo um PPA. Em 1999 foi contemplado com 200 milhões de reais para investimentos na aquisição de hemoderivados para a população de hemofílicos e 350 milhões para custeio da Assistência Hemoterápica. O programa tem como objetivos principais: 1) a auto suficiência de medicamentos essenciais; 2) o fortalecimento da capacitação de recursos humanos para o setor de hemoterapia; 3) a doação voluntária; 4) a informação gerencial para controle de informações; 5) a ampliação e modernização dos serviços de hemoterapias públicos; 6) o controle e qualidade dos laboratórios de sorologia e imunematologia em parceria da FIOCRUZ, INCQS e Hemocentros produtores de painéis; 7) o controle de qualidade dos insumos; 8) o programa de qualidade da rede; 9) o programa de acreditação nacional e o fortalecimento da vigilância sanitária. Indicadores mostraram a necessidade de educar e conscientizar a população no sentido de aumentar a doação. O descarte de sangue coletado saiu do patamar de 16,5% em 1999, para 8.72% em 2001, e se espera chegar na meta de 8.3% com esse trabalho que está em curso na rede. O indicador do percentual de excedente de plasma de qualidade para obtenção de Fator VIII na produção dos hemoderivados estava, no início do projeto, em 74,67%, sendo a meta final do PPA que seja fracionado 100% do plasma excedente. Hoje quase 80% do plasma de qualidade para produção de fatores de coagulação, de albumina e imunoglobulina estão sendo fracionado no exterior, trazendo de volta para o país, em termos de Fator IX e Complexo Pró-trombínico a auto suficiência nesses dois hemoderivados, significando que o Ministério não precisa comprar esse produtos, a SAS está atendendo a demanda da albumina e imunoglobulina. Para o Fator VIII há necessidade de um investimento maior para se chegar à auto-suficiência. Em relação ao programa de infra-estrutura foi apresentado um panorama sobre o número de convênio formalizados pela União, da ordem de 211 milhões para a melhoria de serviços, modernização de equipamentos, recursos humanos e controle de qualidade. Junto ao DATASUS foi implantado um sistema de informática nas capitais para captação de dados de

produção e rastreamento das bolsas de sangue, no total de 21 serviços já implantados. Os dados cadastrais dos serviços de hemoterapia foram consolidados, em todo país, houve uma evolução nos números de inspeções, chegando a 100% de unidades inspecionadas ao ano, o que faz parte do termo de ajuste da ANVISA com os estados, processo este que está evoluindo para uma revisão da metodologia de trabalho. Foi implantado o Sistema de Hemovigilância, com o objetivo de possibilitar o rastreamento das transfusões desde o receptor até o doador e os casos de reações adversas imediatas e tardias, por meio do desenvolvimento de um sistema de comunicação entre as áreas de Vigilância Sanitária e Epidemiológica nos estados, disponibilizando informações necessárias com vista à segurança transfusional. Esse sistema faz parte de um projeto maior da ANVISA que são os Hospitais Sentinelas, buscando não só a Hemovigilância, mas também Farmacovigilância e a Tecnovigilância, trabalhando a gerência de pós- comercialização para detectar falhas nas bolsas de sangue e nos medicamentos. O total de 106 hospitais participaram das oficinas, 94 manifestaram interesse formal, 65 estão com contrato assinado para repasse de recursos anual da ANVISA e 41 enviaram o questionário. Foi apresentada uma síntese das bases legais do sistema Nacional de Sangue - a Constituição Federal, as Leis n.º. 8080, 8142, 10.205, o Decreto nº 3.990, suas competências federais, estaduais e municipais. Em relação as publicações realizadas pela ANVISA, foram citadas: ano 2000 - a **46**, que trata da qualidade de hemoderivados; a **73** que trata do controle e destino do plasma excedente; ano 2001 - a **108** sobre os serviços que fornecem o plasma fracionado no exterior; a **472** para os serviços públicos de hemoterapia que produzem apenas a albumina; a **149** que trata do fluxo da informação de toda produção dos serviços de hemoterapia, o HEMOPROD; a **151** que trata da internalização dos serviços, complexidade e classificação junto ao MERCOSUL. As Portarias de 2002 são duas: a **23** que restringe o uso de crioprecipitado para indicações precisas, proibindo o uso do mesmo em hemofílicos, a **24** que define os critérios de qualidade de plasma para produção de hemoderivados e a do PLASNASHE que está sendo trabalhada para regulamentar as relações entre estados e municípios no sentido de levantar as necessidades dos serviços hemoterápicos para que cada estado tenha um conjunto de serviços capaz de atender a sua demanda e prestar uma assistência de qualidade. A Resolução **42** dispõe sobre as normas técnicas do MERCOSUL, e depois de vários debates interno no país resultaram as portaria com indicação de uso dos hemocomponentes e dos derivados, onde tudo se inicia a partir da prescrição do profissional médico, onde é fundamental estar formando, capacitando e orientando os profissionais nessa área para uso desses produtos. **Dr. Otávio Mercadante** perguntou quem vai discutir o assunto relacionado á portaria que envolve os outros níveis de governo, ao que foi respondido que cada projeto é composto por um comitê, que tem representação de usuários, representantes do Ministério, ANVISA e da sociedade civil, e cuja metodologia de trabalho é reunir o grupo e produzir um documento, que passa pela diretoria da ANVISA e depois é encaminhado para o Ministério da Saúde. São ouvidas tanto a HEMORREDE, quanto a Vigilância Sanitária, uma vez que as inspeções identificam problemas estruturais graves nos serviços de hemoterapia, que precisam ser corrigidas. O envolvimento dos secretários municipais é importante e por conta disso ocorreu

um seminário em Goiânia, que resultou na ampliação da representação da HEMORREDE e da Vigilância, no controle, avaliação e planejamento das Secretarias Estaduais de Saúde, com a participação dos municípios, planejamentos estes pactuados nas CIBS e aprovados nos Conselhos Estaduais de Saúde e Ministério. **5 – Apresentação do SIAB/PLUS – Dr. Cláudio Duarte** disse o projeto responde a uma demanda colocada há mais de 2 anos, no sentido de adequar o sistema de informação ao processo de descentralização e à construção da agenda da reforma sanitária brasileira. Essa é uma questão crítica na Atenção Básica e na Atenção Comunitária, por conta de inúmeros formulários que impossibilitam monitorar o processo de Atenção a Saúde, numa visão de assistência, promoção e prevenção, para medir adequadamente o grau de cobertura, efetividade e agravos mais frequentes no âmbito da Atenção Básica, diferentemente da estruturação que se tem em relação a assistência hospitalar, que já tem uma tradição há bastante tempo. O programa está sendo discutido entre o CONASS e CONASEMS e visa unificar o conjunto do sistema de informações relacionado à Atenção Básica, capacitação de informações das Unidades Básicas de Saúde, possibilitando registrar informações no âmbito familiar e coletivo, com o trabalho dos agentes comunitários de saúde e do programa do saúde da família. Para este ano há condições financeiras e tecnológicas para apresentar a primeira versão, para efetiva implementação. A **Técnica da SPS – Ana Lourdes** disse que os dados hoje controlados pela Atenção Básica são pontuais e verticalizados, para cada sistema é cadastrado novamente o usuário, estabelecimento e profissional, o que torna impossível o acompanhamento por parte do Ministério, Estados e Municípios, dificultando o conhecimento de cada situação. As justificativas para a criação do SIAB/PLUS devem-se a desatualização tecnológica dos sistemas que estão sendo hoje utilizados, tendo o DATASUS identificado vários programas que não comportam mais o volume de dados que hoje são registrados no SUS, como é o caso do Programa Nacional de Imunização, que possui informações consistentes, mas tecnologicamente atrasadas, e da necessidade de integração das bases de dados com a identificação dos usuários. O objetivo principal é disponibilizar aos gestores do SUS, nos diversos níveis, informações que reflitam o **perfil de atendimento, situação de saúde, processo assistencial e morbidade ambulatorial**, sendo a primeira vez que se tem o registro de morbidade ambulatorial com o preenchimento obrigatório do CID no atendimento, o que vai permitir um adequado planejamento e acompanhamento e avaliação das ações, simplificando os processos através da padronização, da unificação e da atualização tecnológica do sistema. Os dados coletados em nível local seriam: o **número do Cartão Nacional de Saúde**, do **Cartão provisório** ou o **número do prontuário do paciente**, preenchendo os campos de idade, sexo e residência. O formulário tem o campo para preenchimento obrigatório do CID principal e/ou secundário do(s) procedimento(s) realizado(s), campo para três procedimentos, com a possibilidade de o município acrescentar mais algum dado. No encaminhamento da finalização do atendimento, existe campo para especificar se foi encaminhada para outra unidade de maior complexidade, dados que servem para avaliação de resolutividade das unidades. Em relação aos registros dos procedimentos e ações da Atenção Básica, para os quais existe uma tabela extensa, com vários

procedimentos, que depois de coletados não tem servido para construção de indicadores, após várias discussões, resultou na proposta de uma tabela preliminar que reduz 187 códigos existentes, para aproximadamente 50. O registro de vacinas foi citado como exemplo, onde para cada vacina existe um código, de acordo com a dose. Nessa nova proposta seria apenas um código para vacina anti-pólio, as doses seriam atributos desse código. Assim, ficaria apenas 04 grupos de procedimentos: **Prevenção e Promoção**, que teve o número de registro de ações ampliado e **Consulta e Atendimento**, em que houve redução nos número de registro de códigos de consultas por especialidade. Em relação ao cadastro de estabelecimento, existe o cadastro dos profissionais, que é o mesmo usado no cadastro nacional de estabelecimento em saúde desenvolvido em todo país, para o qual foi usado o mesmo formulário. Já no que respeita ao Código Brasileiro de Ocupação em Saúde, o profissional é cadastrado especificando sua especialidade e com o sistema alimentado dá para saber quantas consultas ocorreram em cada especialidade. Como são poucos os procedimentos cirúrgicos na Atenção Básica, foi criado apenas um código que reuniu todos eles. Em relação à diagnose, contemplando os procedimentos da NOAS que passaram da média complexidade para o PABA, o procedimento contaria com uma entrada de dados única para todo atendimento da atenção básica, independente da existência de programas específicos como SISCOLO, SISPRENATAL, gerando informação única, consolidada no banco de dados nacional, de responsabilidade federal, acessível via WEB a todos os níveis de gestão. Na revisão da tabela de procedimento ocorreram algumas alterações, com objetivo de simplificar o trabalho na unidade de saúde, do profissional e para garantir um banco de dados com informações consistentes, suprimindo registro duplicados, como no caso da mesma vacina, registrada num formulário do SIA e noutro do PNI. O código brasileiro de ocupação em saúde foi relacionado aos códigos de consultas, eliminadas as características de registro de pagamento por produção, ainda da época em que o PAB fixo foi instalado e que não era per capita, por meio da criação de atributos que permitem a digitação simplificada dos códigos. A SAS está desenvolvendo um sistema de média e alta complexidade, reformulando a tabela, unificando a hospitalar com a ambulatorial, com aproximadamente 50 procedimentos, sendo desnecessário a criação de uma tabela diferente por parte da Atenção Básica. Foi adotada a estrutura usada na codificação da média e alta complexidade, com o total de 11 dígitos, sendo necessária a digitação dos 4 últimos números, onde o próprio sistema vai, internamente, traduzir os 11 dígitos e levar para a Base Nacional. O mesmo ocorre com o SIMAC, que simplifica a entrada de dados mantendo a estrutura padrão, para futuramente criar uma tabela única de procedimentos do SUS, ampliando registros das ações de prevenção e promoção e simplificando o processo de trabalho na Unidade de Saúde. A abrangência do SIAB/PLUS trabalha de forma integrada, garantido informações relativas aos procedimentos da Atenção Básica realizados nas unidades de saúde, nas comunidades e domicílios, compondo uma base única nacional, com o mesmo formulário para as unidades convencionais e as do PSF. O SIAB/PLUS possui 02 módulos: um **módulo simplificado**, com preenchimento obrigatório para todos os municípios, substituindo o SIA/SUS nos grupos referentes a Atenção Básica, e na substituição dos dados do nível federal que serão consolidados, e um **módulo**

opcional, preenchido de acordo com a adesão do município aos programas de **pré-natal e nascimento, hipertensão, diabetes e câncer de colo**, acabando com a incompatibilidade de instalação de sistema. Em relação a coleta individualizada da vigilância à saúde que é realizada pela ACS, existem as fichas de acompanhamento individualizado para gestantes, crianças, hipertensos, tuberculoso, com preenchimento opcional, o que exige infra-estrutura no município. Na segunda versão tem um módulo de gerenciamento local de unidade de saúde, para atualizar os sistemas. O SIAB/PLUS contempla diferentes ambientes nos municípios, funciona em unidades sem computador que trabalha só com formulários e a digitação é centralizada na SMS. Trabalha também com máquina stand alone ou com máquina principal e secundárias isoladas ou em rede, ou com Intranet e Internet disponível, contemplando todas possibilidades de infra-estrutura existente nos municípios. Os **níveis de operacionalização** atendem aos estabelecimentos assistenciais de saúde municipais, para entrada de dados, regionais para os estados em que os municípios não dispõem de máquinas suficientes, estadual, onde existe a necessidade de contemplar entrada de dados pelo nível estadual, disponibilizando dados para o nível nacional e federal, que farão o processamento e a viabilização do banco de dados nacional, que por sua vez serão disponibilizados para estados e municípios, e o processamento dos registros das ações que subsidiam o pagamento de incentivos do PAB variável. O processo de implantação está na dependência da conclusão do desenvolvimento do sistema, trabalhado em conjunto com a disponibilização do Cartão SUS definitivo ou provisório dos usuários cadastrados no CADSUS, com a disponibilização dos códigos do CNES através da SAS, nos municípios pilotos de Campina Grande/PB, Natal/RN, Porto Alegre/RS, Caxias do Sul/RS, São Paulo/SP, Venda Nova do Imigrante/ES, Campo Grande/MS e Goiânia/GO. Em reunião entre o CONASS e CONASEMS foi feito contato com as SES onde há municípios pilotos para preparar a implantação e a revisão da tabela de procedimentos da Atenção Básica em consonância com a média e alta complexidade hospitalar, elaborada minuta de portaria e elaborado material que será utilizado em nível nacional, que será divulgado na próxima CIT e utilização em nível nacional assim que forem concluídos os testes, tanto do ponto de vista dos formulários, quanto das questões tecnológicas. **Dr. Cláudio Duarte** disse que o formulário é único, aplicado para o usuário que tenha ou não cartão. Em tendo, todos os dados civis do cidadão serão puxados no sistema, e em não tendo, o profissional terá que preencher dados referentes ao município, idade e sexo. Se for atendimento médico, este preenche o CID principal e secundário, onde tem um componente de atenção a saúde, seja consulta domiciliar, consulta médica ou palestra, está prevista codificação do procedimento e a informação, pelo profissional que fez o atendimento, do tipo de encaminhamento dado. Do ponto de vista operacional são gerados um conjunto de relatórios e de dados que darão aos gestores nacional, estaduais e municipais, condições de aferir a cobertura dada à população, a atenção prestada e as ações de promoção e prevenção realizadas. **Dr. Fernando Cupertino** disse que é uma iniciativa feliz, no sentido de melhorar a aferição da fidedignidade desses elementos de informação e a utilização dos resultados para subsidiar ações de gestores, colocando se é o momento certo para adotar mudanças significativas que terão impacto sobre a questão financeira

no recebimento de recursos pelas secretarias estaduais e municipais, no momento em que se vive uma transição. **Dra. Maria Luíza Jaeger** disse ter a mesma preocupação e que a SES/RS não tem conhecimento do piloto que se realiza no seu Estado, entendendo que esse sistema tem que ser coordenado pela Secretária, que é a responsável pelo repasse dessas informações aos municípios que não estão em gestão plena. **Dr. Silvio Mendes** perguntou como será colocada em relação ao tempo a estratégia adotada pela SPS e de como será o cronograma. **Dr. Cláudio Duarte** disse que todo esse processo foi formalizado numa reunião entre CONASS e CONASEMS e que atribui o desconhecimento de alguns à o problemas de comunicação, já que todo o trabalho contou com a participação de técnicos representando o CONASS e CONASEMS. Houve uma apresentação preliminar da concepção do sistema e a primeira etapa de construção do SIABPLUS partiu de um software que está sendo desenvolvido e testado em território municipal, onde a informação é gerada em obediência ao desenho descentralizado e de gestão do SUS, que é o processo ascendente de informação. Esta apresentação é para que se tome conhecimento de como anda o processo e se analise a direção que está sendo dada ao Sistema, para que se tome uma decisão política preliminar de permanecer com os sistemas atuais ou de trabalhar na diretriz de ter um sistema único na ponta para facilitar o trabalho do profissional de saúde, que em tese preenche 15 tipos de formulário diferentes, e possibilitar os Gestores o monitoramento da situação de saúde da população, o que não existe para a Atenção Básica. Colocou que este é um sério problema, dada a velocidade com que O PACS e o PSF vêm se desenvolvendo nos últimos 4 anos, passando de 2.800 equipes do PSF, para 16.000 equipes e existindo hoje 170.000 mil agentes comunitários da saúde, colocando a situação em grande risco de caos se não for oferecido um Sistema adequado, de maneira imediata. Hoje já acontece de 60 a 80 municípios que não recebem seu PAB ou pelo PSF por mês decorrente de problemas relacionados ao sistema de informação existente. Este é um assunto que deve ser discutido com a equipe de transição do governo e com os novos gestores estaduais e municipais e com os que continuam. A não alimentação dos bancos de dados pressupõe o não pagamento dos incentivos, daí a necessidade de pactuação tripartite e de uma decisão política para agilizar o processo de implementação desse novo sistema, tarefa essa reiteradamente cobrada ao Ministério nos últimos 03 anos, inclusive pela própria CIT, no sentido de resolver problemas sérios relacionados aos sistemas de informações, sendo mais crítica a situação da Atenção Básica. O Sistema está em desenvolvimento, sendo testado e com a sua concepção geral definida: uma entrada única capaz de captar dados relacionados ao cidadão, ao profissional, a morbidade (CID), ao tipo de atenção a saúde que se presta e o encaminhamento dado ao usuário, possibilitado dar credibilidade ao processo de cadastramento de 50 milhões de brasileiros não usam o Cartão SUS. O Sistema tem dupla função em relação ao Cartão SUS, provoca um aumento de cadastramento e permite o uso dos já cadastrados. Em relação ao piloto será colocada, no novo formato, um mês de competência nos 8 municípios, processar a versão do software padrão para saber se com o cruzamento dos relatórios o que está de maneira geral sendo avaliado vai se transformar em informação precisa para os gestores. Feitas as correções, se roda a 2ª versão do software e se escolhe um estado para que possa implantar

em todos os seus municípios. Para se desenvolver um sistema com base de trabalho com mais de 40 mil unidades de saúde, mais de 1 milhão de profissionais em 26 estados e no Distrito Federal, com 5 mil municípios, seria preciso no mínimo 6 meses para implantação. **Dr. Jorge Solla** disse concordar com a necessidade desse investimento, que é uma iniciativa importante e o que preocupa é o cronograma e a metodologia que vai ser trabalhado daqui para frente. Colocou ainda que os pilotos são fundamentais e sugeriu que após essa fase fossem instaladas oficinas de avaliação com a presença do CONASS, CONASEMS e o Municípios pilotos, para definir uma versão mais estável e que possa ser ampliada, para posterior aprovação definitiva. **Dr. Cláudio Duarte** disse que o programa não está sendo apresentado para efeito de aprovação, mas para conhecimento mais amplo das lideranças do CONASS e CONASEMS, para que seja feito os ajustes necessários. **Dr. Jorge Solla** disse que o problema que está ocasionando o corte do PAB nos municípios não acontece por causa do Sistema, mas sim por problema na comunicação e transferência dos dados entre os Estados e o DATASUS. No Estado da Bahia, por dois meses ficou em aberto o mês de abril e agosto, onde o estado afirma que enviou e o DATASUS afirma que não recebeu, prejudicando os municípios. Sugeriu que se invista numa proposta cuja comunicação não precise fazer tantas etapas, tal como para o SIH, onde não há problemas, já que os municípios em plena enviam os dados direto para o DATASUS. **Dr. Ricardo Scotti** falou que concorda em grande parte do que foi colocado pelo Dr. Solla e esclareceu que realmente foi feito um convite ao CONASS para participar dessa reunião, que por duas vezes foi adiada. Como não havia disponibilidade da nossa participação, foi indicada a Dra. Nádia. Reafirmou que não está se discutindo a diretriz e sim a questão do cronograma da implantação, para a qual acha importante uma nova discussão, aprofundada, dos estados junto com os municípios. **Dr. Silvio Mendes** disse que perguntou a respeito do cronograma e que ninguém pode discutir a necessidade do sistema ser aperfeiçoado, cumprindo as necessidades que se tem, e que os municípios não podem ficar prejudicados por conta das dificuldades de informações hoje existentes. Daí a importância de se cumprir o cronograma da implantação ampliada. **Dr. Fernando Cupertino** disse que é importante avaliar para saber se o Sistema responde às necessidades do Ministério, dos Estado e dos Municípios, é preciso discutir em profundidade tudo o que já foi feito, como foi concebida a ferramenta, se necessita aperfeiçoamento, se tem equívoco a ser corrigido. Num segundo momento, após todas as análises se estabelece um prazo de implantação e se crie um mecanismo que não penalize os municípios pelos problemas de comunicação existentes. **Dr. Silvio Mendes** insistiu no esclarecimento do cronograma e da Portaria. **Dr. Cláudio Duarte** falou que o sistema de informação do saúde da família é complexo e que se os dados não forem processados corretamente pelo estado e enviados para o sistema nacional não haverá pagamento. Há problemas no fluxo de comunicação e o pagamento é feito por cobertura. O que está sendo discutido é também a disponibilização pela Internet do número de equipes pagas, por município, ficando este em condições de conferir as equipes existentes. Uma outra questão do banco de dados nacional do PAB, cujo sistema de pagamento é per capita é que está acoplado ao banco do SIA, cujo sistema de pagamento é por procedimentos. O município não pode

deixar aberto o banco de dados do SIA por mais de três meses, sem informações, para não gerar fraude por parte do prestador. Decorridos três meses com a base aberta ela é automaticamente bloqueada, bloqueando, por consequência, o PAB, A cada mês crescia o número de municípios que não tinham como abrir o sistema para alimentação dos dados no banco do PAB, o que os levaria a ficar sem receber os recursos. A Portaria permite ao município corrigir as informações e voltar a receber os recursos, já que não se pode flexibilizar um princípio fundamental, que é a obrigatoriedade da alimentação das informações em saúde, e o que se pretender é disponibilizar um sistema que atenda à dinâmica do SIA/Média Complexidade e do PAB/Atenção Básica. A Portaria saiu para permitir que 90 municípios continuem recebendo recursos do PAB, uma solução provisória. Os encaminhamentos aqui sugeridos e acatados deverão ser discutidos numa reunião entre o CONASS, CONASEMS e Ministério, para aprofundar o que foi apresentado e continuar o trabalho de desenvolvimento tecnológico e técnico, para que se construa um novo sistema de informação que reflita as necessidades dos gestores. **Dr. José Guedes** disse que tem algo a mais que os sistemas e fluxos a ser considerado, que é o problema da concepção e do controle. **Dr. Jorge Solla** falou que poderia ser feito algo mais simples do que suspender o bloqueio, da forma como está na Portaria, tal como permitir ao município que por algum motivo não deu informação, pudesse remeter posteriormente os dados, o DATASUS os reincorporasse na base, atualizando-os, atendendo ao objetivo que é preenchimento da base de dados com as informações geradas nos municípios. Quanto à questão do fluxo de informações, retidas no estado, existe uma Portaria do Ministério que não permite ao município entrar mais no sistema para a atualização referente ao período, que se revogue essa decisão, permitindo a alimentação posterior, o que resolve o problema e mantém a lógica inicial de criar um mecanismo que faça com que a informação seja gerada e as bases de dados sejam alimentadas. **Dr. Cláudio Duarte** disse não foi possível resolver o problema dessa forma e que se não houvesse a Portaria, 90 municípios do país estariam sem receber o PAB. **Dr. Otávio Mercadante** colocou a questão da demanda da TRIPARTITE com relação ao sistema de informação da Atenção Básica, para a qual o Ministério e o DATASUS devem aos gestores uma resposta, e que essa apresentação tem por objetivo dar conhecimento aos gestores sobre as iniciativas técnicas e operacionais já realizadas pelos técnicos do Ministério, Estados e Municípios, e para que, com o aval político, possa ser dado prosseguimento a esse processo. Disse que existem alguns pressupostos teóricos em relação à questão do pagamento por procedimentos e do controle federal, que a Atenção Básica é exclusivamente municipal, nenhum outro nível de governo realiza essas ações, e que portanto o sistema tem que contemplar a máxima utilização no nível municipal e a sua consolidação em nível nacional. Disse ainda que se atribuiu a importância que tem a comunicação direta do município com um banco que devolve para cada gestor municipal ou estadual todas informações consolidadas, e que essa proposta atende à operacionalização pelo gestor local, sugerindo a criação, ainda nessa gestão, de uma oficina de trabalho para aprofundamento com o corpo técnico presente. **1 – Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças/ECD - Dr. Jarbas Barbosa** os municípios que solicitaram certificação

são 03 do estado da Bahia, 12 do Maranhão, 01 do Paraná e 05 do Rio Grande do Sul, para os quais não existem pendências, exceto a falta da assinatura da CIB/RS. Informou que perfaz um total de 4.777 municípios certificados, o que representa 86% dos municípios. Dos municípios com mais de 100 mil habitantes, todos estão certificados, exceto Bagé, Manaus e Rio Branco. Disse que existe uma questão relativa ao teto de ECD, apresentada no ano passado na CIT, que é um impasse que ocorreu no Rio de Janeiro, para o qual não se conseguiu resolução na CIB/RJ relacionado à necessidade da repartição de recursos entre os municípios do Rio de Janeiro. Em outubro, a CIT enviou uma comissão à CIB/RJ e a negociação aprovada modificou temporariamente a repartição do teto Estado estabelecendo um valor fixo para todos os municípios, independente do porte. O Estado daria uma parte do saldo para cobrir os meses de novembro e dezembro e a partir de janeiro seria retirado 20% do fixo de 10 mil reais, de maneira que o município possa ter uma maior aporte de recursos. A CIB/RJ encaminhou correspondência reiterando que este acordo é temporário, e que, dada a situação epidemiológica do Rio de Janeiro, o melhor seria não realizar este procedimento de imediato. Sugeriu uma rediscussão com a CIB/RJ, porque, de acordo com as medidas que estão sendo tomadas, pode resultar numa quebra das atividades, trazendo o acordado para a próxima CIT. **Dr. Valter Lavinás** falou que a cada adiamento desse processo se torna mais difícil a solução, e um apelo a FUNASA em relação aos 11 trituradores de pneus que nenhum município tem interesse e nem condições em mantê-los, geram resíduos que não tem como alocar, solicitando a sua substituição por cabines duplas para atendimento à região metropolitana, onde a necessidade é maior e aonde houve um maior número de infestações por Dengue. **Dr. Otávio Mercadante** sugeriu que o assunto levantado também seja objeto de discussão na CIB. **2- Qualificação dos Estados** - **Maria Helena Brandão** disse que os 03 estados a seguir deram entrada na Secretaria Executiva da CIT pedindo habilitação: São Paulo e Rondônia propondo Gestão Avançada e o Rio Grande do Sul propondo Gestão Plena. Analisados os processos Rondônia apresenta pendências, o que impede a habilitação. São Paulo tem uma pendência na PPI, não fechou o teto e não houve negociação no diferencial entre a PPI e o teto. O Rio Grande do Sul apresentou uma PPI com diferencial, mas um acordo na CIB possibilitou uma decisão, caso não houvesse um adicional de recurso. Tem pendência relativa a alimentação do SIOPS, obrigatoriedade de um estado já habilitado, foi sugerida a sua habilitação e a publicação fica na dependência da alimentação do SIOPS, o mesmo que já foi feito para municípios. Em reunião que ocorreu entre CONASS e CONASEMS foi proposto que os efeitos financeiros da habilitação do Rio Grande do Sul passassem a vigorar a partir de fevereiro, de modo que o novo governo tivesse condições de reavaliar a PPI e de organizar a efetuação de pagamentos oriundos dessa habilitação. **Dra. Maria Luíza Jaegger** iniciou agradecendo ao Ministério pelo recurso repassado, via REFORSUS, para apoio à gestão, o que ajudou em todo o processo de construção do PDR e à Lúcia Paiva que ajudou na negociação dos municípios com o estado na elaboração da PPI. Em relação ao SIOPS disse que este estava sendo alimentado e que em 2001 houve um desentendimento por parte da Secretaria da Fazenda do Estado, que mandou o balanço, mas preencheu 2002 ao invés de 2001. Está sendo preenchido o de 2001, que será

encaminhado para o DATASUS, daí a solicitação de homologação da habilitação quando a questão do SIOPS estiver solucionada. Em relação ao teto financeiro, foi solicitada a ampliação do teto para R\$ 9.875.000,00, o que equivale ao déficit que está sendo negociado com o Ministério. O Dr. Renilson Rehem comunicou que é complicado ampliar esses recursos para o estado em final de governo, foi decidido na CIB/RS que se faça a PPI sem o repasse do recurso. Disse que o Rio Grande do Sul tem gasto anualmente 30 milhões de reais, além do teto do estado para pagamento de produção, e que no conjunto de tetos do país, é um dos estados que menos cresceu. Esta é uma questão que será discutida na CIT, sendo a posição de governo e dos municípios a revisão do teto do Rio Grande do Sul, em função da estrutura de serviço e de várias ações mantidas em recursos próprios do tesouro estadual, tais como tratamento fora de domicílio, próteses e medicamentos excepcionais. **Dr. Francisco Izaías** congratulou os técnicos do Ministério, a SAS, a SES e os técnicos dos municípios, que acompanharam ao longo de 2 anos todo o processo, e disse que essa é uma decisão importante, a responsabilidade assumida pelos municípios. Disse ainda que foi assinada na CIB/RS uma resolução propondo um corte linear em torno de 1.36% nos tetos dos municípios, e que há um reconhecimento por parte do Ministério da Saúde do déficit no teto do estado, que não é de 09 milhões. Foram aprovadas as propostas de Rondônia como Rio Grande do Sul, e que o CONASEMS também cumprimenta o estado. **Dra. Maria Helena Brandão** disse que na reunião passada foi aprovada a habilitação do estado do Amazonas, com pendência relativa a transferência da Rede Básica. O Estado encaminhou um documento informando que a questão está sendo resolvida pelo Ministério Público e que está marcado um encontro para 30 de novembro e apresentar a proposta para a solução do problema. A opinião da SAS é de que a situação do Amazonas continue em sobrestado, já que o documento encaminhado indica apenas o encaminhamento para a solução e não o cronograma de transferência da rede básica. **Dr. Francisco Deodato** disse que o documento é do Conselho Estadual de Saúde, aprovado por unanimidade e que o mesmo estabelece um prazo máximo que encerra no dia 26 de novembro e não no dia 30, que está no aguardo da confirmação do Ministério Público da reunião de ajustamento, para que as duas Secretarias assinem o cronograma. Disse que o Estado não se manifestou porque o Ministério Público não havia agendado o encontro das três entes (Ministério Público Estadual, o Governo do Estado e a Prefeitura de Manaus), já que o pacto inicial foi feito somente entre o estado e o Município, necessitando do aval do Ministério Público para encaminhamento, para que o Estado possa cumprir o que foi pactuado na CIT. **Dr. Cláudio Duarte** pediu esclarecimento sobre se está sendo subordinada uma decisão que é dos gestores, por um pacto já estabelecido, ao Ministério Público, para que este decida. **Dr. Francisco Deodato** disse que não é exatamente a decisão. O Estado do Amazonas vive um processo, acompanhado pelos técnicos da SAS, que é um termo de ajustamento com o Ministério Público, o que na leitura do Estado foi muito importante para o processo, para que se pudesse chegar a esse entendimento. **Dr. Cláudio Duarte** disse que as Unidades Básicas de Saúde tem que estar sob gestão do município é uma questão que nacionalmente vem sendo trabalhada e que já está estabelecida tecnicamente e politicamente. **Dr. Francisco Deodato** disse que na reunião passada essa questão foi amplamente discutida,

não existe intervenção no Estado e sim uma participação do Ministério Público provocada pelas duas partes, para que os pactos feitos na CIT sejam cumpridos. **Dra. Maria Helena Brandão** disse que não há necessidade do assunto voltar à CIT, porque já foi deliberado que o Amazonas, entregando o Cronograma, será feita a publicação da habilitação. Falou que Santa Catarina estava com a pendência de implantação da PPI, foi dado um prazo até 1º de dezembro para implantar a PPI, e que é o único estado habilitado que não implantou a PPI. Solicitou a implantação da PPI municipal a partir de 1º de dezembro. São Paulo não habilitou porque não aprovou a PPI dentro do teto financeiro estabelecido e sim acima deste, e não fez a negociação de ajuste quando da ocorrência desse tipo de situação. Assim, o processo está pronto, aguardando a implantação e a alimentação do SIOPS, onde também há problema. **Dr. Fernando Cupertino** disse que havia sido dito que não haveria habilitações no mês de dezembro. Alguns municípios da Paraíba que estão com a documentação pronta deram entrada nas propostas. Solicitou que fosse delegado ao Dr. Mercadante, Dr. Silvio e a ele a atribuição de aprovar as habilitações, desde que os requisitos fossem cumpridos, evitando a realização de uma reunião extraordinária e o prejuízo de estados ou municípios que estão com condições de serem habilitados ainda este ano. **Dr. Silvio Mendes** complementando o que foi dito pelo Dr. Cupertino em relação ao município de Sousa/PB, disse que por problemas assumidos no meio de uma administração, com uma população de 63 mil habitantes, com 56 médicos, 66% de cobertura de PSF, propondo assumir 100%, esse município está sendo impedindo de se habilitar por problemas decorrentes do sistema de informações. O encaminhamento colocado é que a reunião de dezembro seja em conjunto com o Conselho Nacional de Saúde, fazendo uma análise da publicação do CNS, avaliando a atuação da CIT no ano de 2002, no dia 12. Em não sendo possível a reunião conjunta, sugeriu que a reunião tivesse como pauta apenas a habilitação. **Dr. Otávio Mercadante** disse que a data do dia 12 é por conta da reunião do Conselho Nacional de Saúde. **Dr. Fernando Cupertino** perguntou se a idéia é fazer a reunião da CIT com o Conselho Nacional para debater o documento produzido. **Dr. Silvio Mendes** disse que é importante a presença do Conselho Nacional para que se conheça o documento produzido. **Dr. Fernando Cupertino** disse que a preocupação pelo CONASS é que os Secretários tem uma série de obrigações nesse fechamento de gestão, achando difícil conseguir presença significativa até o final do ano. **Dra. Maria Helena Brandão** disse que inicialmente foi pensado fazer uma reunião ampliada, com os Secretários antigos e os novos, a equipe de transição do Ministério e das Secretarias Estaduais, para fazer um balanço da TRIPARTITE. Foi proposto na reunião que ocorreu ontem entre a SAS, CONASS e CONASEMS que a reunião da CIT com o Conselho Nacional tivesse como eixo o documento do Conselho, no dia 16, por ser uma data que já estava acertada antes, sugerindo que se tentasse junto ao Conselho a possibilidade de realizar no dia 16, mesmo que não esteja presente toda a representação do Conselho. **Dr. Otávio Mercadante** disse que ontem se reuniu com o Dr. Nelson e sugeriu que, como o Conselho Nacional de Saúde tem um comitê de coordenação com 6 conselheiros, talvez eles pudessem participar da reunião. Devido a dificuldade de agenda, que se mantenha a data do dia 16, com a presença dessa representação do CNS. **Dr. Fernando Cupertino** disse que as datas de reuniões

das Comissões Bipartites não são uniformes e que seria uma questão de bom senso a elaboração de um calendário, com data certa, para que a habilitação não fique amarrada. **Dr. Maria Helena Brandão** disse que os Municípios que se habilitam hoje em Gestão Plena são: Itaberaba/BA, Ararúna e Bananeiras/PB e Terra Boa/PR, todos na mesma situação, dependendo da assinatura de um documento encaminhado ao SIOPS. O Estado da Paraíba aprovou a proposta de: Cabedelo, Cuité, Guarabira, Piancó e Princesa Isabel; o Paraná: Pato Branco, Maringá; o Piauí: São João do Piauí, havendo mais 02 municípios com pendências, que entraram com a proposta, mas não serão habilitados por conta dessas pendências. O caso mais reivindicado é o do município de Sousa/PB, que tem essa pendência, em que o novo Prefeito reivindica o reconhecimento dos dados desse ano, relacionados à Atenção Básica. **Dr. Silvio Mendes** disse que a reivindicação é justa e que o CONASEMS encaminha pedindo a aprovação do município de Sousa/PB nesta reunião, deixando os outros municípios para o dia 16 de dezembro, o que foi aprovado. **Dra. Márcia Veloso** iniciou informando que nos dias 30 e 31 de outubro foi realizada em Santarém/PA, o 3º Encontro de Gestores Municipais de Saúde da Região Norte do Brasil, onde aconteceu a abertura da mobilização dos municípios para Eliminação da Hanseníase. Agradeceu a presença da SPS e o apoio que vem sendo dado na mobilização dos municípios com maior prevalência de casos. O evento teve como foco central o levantamento das dificuldades da Atenção Básica e foram sugeridas propostas para solução das mesmas. O marco principal foi a reavaliação da discussão do documento da Amazônia, foi feito de comum acordo com o CONASS e CONASEMS, que já foi dado conhecimento ao Ministério da Saúde. Foi aprovada em assembléia geral uma versão atualizada do mesmo, tentando adequá-lo a NOAS, detalhamento mais as propostas, inclusive de financiamento conjunto. O documento será repassado ao CONASS, CONASEMS e para o Ministério da Saúde. **Dr. Jorge Solla** disse que tem dois registros a fazer: o 1º é em relação a habilitação de Itaberaba/BA, pelo que parabenizou o Secretário Municipal de Saúde e agradeceu ao Ministério da Saúde pelo empenho para habilitar um município de um estado que não encaminhou o processo de implantação da NOAS. O 2º é o registro de que há alguns meses vem sendo negociado com a SAS a recomposição dos tetos dos municípios em Gestão Plena do estado da Bahia, municípios estes que estão há 03 anos com o mesmo teto financeiro. O argumento é de que seria necessária uma decisão da CIB solicitando a ampliação dos tetos desses 19 municípios. Em reunião dos mesmos foram definidos critérios, feitos novos diagnósticos de ampliação de ofertas e serviços. Os resultados foram levados a CIB e mesmo com a resistência do estado, foram aprovados e encaminhados ao Ministério da Saúde, que não aprovou a liberação desses recursos em função de um ofício do Secretário Estadual de Saúde da Bahia desconsiderando a decisão da CIB. Considera um absurdo que uma decisão de uma instância como a BIPARTITE não seja acatada pelo Ministério, por conta de uma decisão pessoal do Secretário Estadual de Saúde. São 19 municípios prejudicados, mais uma vez, com a Portaria do dia 4 de novembro na qual o Ministério aumenta os recursos do teto do Estado da Bahia, com expansão de oferta de R\$ 1.200.000.00 (um milhão e duzentos mil reais), expansão essa não discutida na CIB. Há 03 anos que todas as ampliações de tetos financeiros da

Bahia, não só de expansão de oferta, como correção de tabela, são incorporadas no teto do Estado, e nada foi repassado para os municípios. **Dr. Fernando Cupertino** falou que se houve alguma decisão na CIB, composta por duas partes e que não estando o Secretário Estadual de acordo, não tem como haver decisão ou pacto. **Dr. Jorge Solla** disse que houve uma reunião, o resultado foi aprovado e publicado em Diário Oficial. Se o Secretário Estadual não concordou com a posição que seus representantes tomaram, o que não pode é os municípios continuarem sem receber os recursos que foram para o Estado, porque este se apropriou indevidamente desses recursos, que foram para o teto do estado. **Dr. Fernando Cupertino** disse que não está questionando o que está sendo dito pelo Dr. Solla, mas a questão relacionada ao funcionamento da CIB, para a qual se escuta com certa frequência o não entendimento entre as partes. Se não há entendimento entre uma das partes, ela tem que mostrar sua posição, já que as pactuações existem mediante a concordância das duas. **Dr. Jorge Solla** reafirmou que há 03 anos o Estado se apropria das correções de tabela do SIA e SIH, e não repassa os recursos para os municípios em Plena. **Dr. Cláudio Duarte** propôs que a Diretoria do CONASS e do CONASEMS discutissem essa questão da Bahia, e se for o caso pautar para a próxima reunião. **Dr. Fernando Cupertino** disse que tem um registro a fazer da Assembléia do CONASS: **1º** é que foi feito um ofício ao Ministro no dia 7 de novembro, comentando a Portaria 2.047 de 5 de novembro, que detalha questões de diretrizes operacionais para aplicação da Emenda Constitucional, onde tem algumas questões que geram complicações em função das interpretações, para o que está sendo pedido ao Ministério resposta em relação a isso; a **2ª** é uma questão grave, e atinge todo o país, que é sobre a aquisição de medicamentos para doença de Gaucher, que acomete cerca 300 pacientes em todo país. O medicamento é adquirido de apenas um fabricante, que impõe o preço que quer, e que difere de acordo com os estados. Foi solicitado formalmente que o Ministério da Saúde adquira centralizadamente a Hemoglicerase, até por uma questão de economia de escala e distribua aos estados; a **3ª** é de interesse dos gestores estaduais e municipais em saber como ficam os restos à pagar da responsabilidade fiscal, dos serviços de ambulatório e de internação que são produzidos e processados no mês de dezembro, mas cujos créditos são efetuados no mês de janeiro. Está sendo encaminhada uma consulta formal ao Ministério, de como os estados e municípios terão de agir; o **4º** diz respeito à questão do avanço na discussão e aprovação do pacto dos indicadores da Atenção Básica, entendendo que não se pode aprovar pactos na metade do ano, para coisas que vigoram a partir de janeiro. Pediu um empenho especial para que ainda em novembro esse assunto fosse definido, e pactuado o mais rápido possível. **Dr. Cláudio Duarte** disse que serão dados os encaminhamentos para as questões colocadas às respectivas áreas do Ministério, no sentido de avaliar as sugestões do CONASS. **Dr. Jorge Solla** propôs que seja formada uma comissão para fazer a apreciação da proposta do pacto da Atenção Básica e tentar fechar um acordo entre Ministério, CONASS e CONASEMS. Havendo acordo, já fosse dado encaminhamento sem ser preciso voltar a CIT. **Dr. Cláudio Duarte** disse que tem questões internas que a SPS quer avaliar. No recente encontro dos Secretários do Nordeste, a proposta foi elogiada e criticada onde a forma como estão sendo encaminhados os processos. Quanto aos fluxos e métodos, terão que

ser avaliados internamente para aperfeiçoamento. **Dr. Jorge Solla** disse que em relação ao item anterior quer registrar formalmente na CIT a solicitação dos 19 municípios em plena da Bahia, a posição desta, e que a mesma solicite do Ministério, a viabilização do pleito da CIB do estado da Bahia. **Dr. Cláudio Duarte** disse que a lista dos municípios propondo habilitação no PAB Ampliado, em número de 61, foi reduzida para 34, por conta das informações do SIOPS. Será redigitada e será dado o encaminhamento que foi dado ao Presidente do CONASS e CONASEMS, para efeito de habilitação formal dos 34 municípios no PABA, já que apresentou problemas na alimentação do SIOPS. Sobre a prestação de contas do PNCD o **Dr. Ricardo Scotti** disse que se o assunto é importante, estão dispostos a ouvir. **Dr. Cláudio Duarte** propôs que seja marcada uma reunião com a presença do Presidente do CONASS, CONASEMS e da FUNASA, com um consenso de encaminhamento político TRIPARTITE em relação a esse assunto. **Dr. Jarbas Barbosa** disse que então se encaminhe para a Diretoria do CONASS e CONASEMS o resumo da apresentação, que é a prestação de contas da implantação dos componentes do PNCD. Está em início a 4ª rodada de encontros macrorregionais, e dependendo do que for julgado necessário, que o CONASS e o CONASEMS possa ajudar mediante as dificuldades. **Dra. Maria Helena Brandão** disse que nas pastas foram colocados duas minutas de Portaria discutidas na reunião da SAS com o CONASS e CONASEMS. Foram feitas várias sugestões, solicitou um retorno por parte do CONASS e CONASEMS e se pôs à disposição para discutir questões relacionadas ao gasto do dinheiro da média e alta complexidade e sobre a inserção dos Hospitais Universitários na NOAS, que tem problema para mudar a forma de funcionamento. **Dr. Cláudio Duarte** – disse ter outro documento na pasta para o qual foi pedido sugestões, que é a exposição de motivos a TRIPARTITE em relação a desinstitucionalização de pacientes de longa permanência em tratamentos psiquiátricos. **Dr. Ricardo Scotti** fez um convite, em nome do Presidente do CONASS, para a solenidade de comemoração dos 20 anos do CONASS. A reunião foi encerrada.

Visto:

Ministério da Saúde

CONASS

CONASEMS



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

**COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT
REUNIÃO ORDINÁRIA DE 21/11/2002
RESUMO EXECUTIVO**

O Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite, **Otávio Mercadante**, conduziu a 10ª Reunião Ordinária, realizada em 21 de novembro de 2002, informando que acontece hoje a inauguração do Auditório Emílio Ribas, do Ministério da Saúde, quando será apresentado o programa de modernização da rede de hemodiálise.

Pontos de Pauta:

1. Descentralização de Epidemiologia e Controle de Doenças-ECD – foram certificados 21 municípios, com vigência de 1º de dezembro de 2002, sendo:

- ⇒ 03 da Bahia
- ⇒ 12 do Maranhão
- ⇒ 01 do Paraná
- ⇒ 05 do Rio Grande do Sul

Estes dados totalizam 86% municípios certificados, sendo que dos municípios com mais de 100 mil habitantes, todos já estão certificados, exceto Bagé, Manaus e Rio Branco.

Uma questão discutida foi a repartição de recursos entre os municípios do Rio de Janeiro, onde a negociação aprovada na CIB/RJ estabeleceu temporariamente um valor fixo para todos os municípios, independente do porte, e o estado daria uma parte do saldo para cobrir os meses de novembro e dezembro. A partir de janeiro seria tirado 20% do fixo de 10 mil reais. Pela situação epidemiológica do Rio de Janeiro foi sugerido não tomar esta medida agora, o que pode levar a uma quebra das atividades, e aprovada uma reunião com a CIB/RJ, de imediato, e trazer a proposta para a próxima CIT.

2. Qualificação de Estados (NOAS 01/2002) – foi aprovada a qualificação do Estado do Rio Grande do Sul na Gestão Plena do Sistema Estadual, com vigência de 1º de dezembro de 2002.

3. Habilitação de Municípios (NOAS 01/2002):

Gestão Plena do Sistema Municipal – foram habilitados 13 municípios, com vigência de 1º de dezembro, a saber:

- ⇒ 01 da Bahia – Itaberaba
- ⇒ 08 da Paraíba – Araruna, Bananeiras, Cabedelo, Cuité, Guarabira, Piancó, Princesa Isabel e Sousa
- ⇒ 01 do Piauí – São João do Piauí
- ⇒ 03 do Paraná – Maringá, Pato Branco e Terra Boa.

Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada – foram habilitados 34 municípios, com vigência para 1º de dezembro de 2002, a saber:

- ⇒ 06 do Estado da Paraíba
- ⇒ 01 do Estado do Paraná
- ⇒ 18 do Estado de São Paulo
- ⇒ 09 do Estado de Santa Catarina

4. Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados – projeto que representa o Ministério da Saúde junto ao Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade – PBQP, que tem por objetivo definir uma política única de sangue e hemoderivados para o país, garantindo a disponibilidade, segurança e qualidade destes produtos, contemplando a participação do governo e da sociedade civil. Constituído por 12 projetos e um PPA, em 1999 foram investidos 200 milhões de reais para aquisição de hemoderivados para a população de hemofílicos e 350 milhões para custeio da assistência hemoterápica. O Programa tem como objetivos principais:

- a) A auto suficiência de medicamentos essenciais;
- b) O fortalecimento da capacitação de recursos humanos para o setor de hemoterapia;
- c) A doação voluntária;
- d) O gerenciamento de informações;
- e) A ampliação e modernização dos serviços de hemoterapias públicos;
- f) O controle e qualidade dos laboratórios de sorologia e imunohematologia, em parceria com a FIOCRUZ, INCQS e Hemocentros produtores de painéis;
- g) O controle de qualidade dos insumos;
- h) O programa de qualidade da rede;
- i) O programa de acreditação nacional e o fortalecimento da vigilância sanitária.

Os indicadores do PPA mostraram que o sangue descartado saiu de um patamar de 16.5% em 1999, para 8.72% em 2001 e com esse trabalho se espera chegar em 8,3%, que é a meta. No início do projeto o percentual de excedente de plasma de qualidade para obtenção de fator VIII na produção dos hemoderivados era de 74,67% em relação à meta do PPA, que é de 100%. Hoje se tem quase 80% de plasma de qualidade para produção de fatores de coagulação, de albumina e imunoglobulina sendo fracionado no exterior, gerando auto-suficiência do Fator IX e Complexo Protrombínico. A demanda da albumina e imunoglobulina está sendo atendida e para o Fator VIII existe a necessidade de um investimento maior para o atendimento das necessidades. Para o programa de infra-estrutura foram investidos 211 milhões em: capacitação de recursos humanos, controle de qualidade, sistema informatizado para captação de dados de produção e rastreamento das bolsas de sangue, já implantados em 21 serviços. Foram consolidados os dados cadastrais dos serviços de hemoterapia em todo o país. Houve uma evolução nos números de inspeção e foi implantados o sistema de hemovigilância, com o objetivo de possibilitar o rastreamento das transfusões desde o receptor até o doador, disponibilizando informações necessárias com vista a garantir a segurança transfusional.

5 – Apresentação do SIAB/PLUS – Dr. Cláudio Duarte – apresentado com vista a um conhecimento maior pelo CONASS e CONASEMS e para que sejam feitos os ajustes necessários,

trata o Programa da adequação do Sistema de Informações da Atenção Básica, que tem por objetivo disponibilizar aos gestores do SUS, nos diversos níveis, informações que reflitam o perfil de atendimento e a situação de saúde (processo assistencial e morbidade ambulatorial), permitindo adequado planejamento, acompanhamento e avaliação das ações, simplificando os processos por meio da padronização, unificação, atualização tecnológica e flexibilização.

A introdução do registro de morbidade ambulatorial vai permitir um adequado planejamento, acompanhamento e avaliação das ações. Os dados coletados em nível local seriam:

- 1) O número do Cartão Nacional de Saúde ou do Cartão provisório;
- 2) O número do prontuário do paciente;
- 3) Idade;
- 4) Sexo;
- 5) Município de residência;
- 6) O CID – diagnóstico principal e secundário;
- 7) Procedimentos realizados;
- 8) Encaminhamento/finalização do atendimento.

Em relação aos registros dos procedimentos a proposta é de uma tabela preliminar que reduz a quantidade de códigos de 187, para aproximadamente 50, agrupando:

- a) Prevenção e Promoção;
- b) Consulta/Atendimento;
- c) Procedimentos Cirúrgicos;
- d) Diagnose.

O novo cenário prevê uma entrada de dados única para todo atendimento da atenção básica, independente da existência de programas específicos, com geração única de informações, consolidada no Banco de Dados Nacional, acessível por meio da web, a todos os níveis de gestão. O sistema é integrado a vários outros e possui dois módulos: um simplificado, que substitui o SIA/SUS - grupos referentes à atenção básica e o SIAB atual - ação do PACS e PSF (dados consolidados), com preenchimento obrigatório para todos os municípios, e outro opcional, de acordo com a adesão dos municípios aos programas: pré-natal e nascimento, hipertensão, diabetes e câncer de colo, coleta individualizada da vigilância à saúde realizada pelos ACS e gerenciamento local de unidades de saúde.

Os níveis de operacionalização são: **a)** nos estabelecimentos assistenciais de saúde; **b)** no município, para entrada de dados; **c)** regional, para os estados em que os municípios não dispõem de máquinas suficientes; **d)** estadual, onde houver necessidade em contemplar a entrada de dados pelo nível estadual; e, **e)** o subsistema federal - geração de banco de dados nacional e disponibilização para estados e municípios e processamento dos registros de ações/procedimentos da Atenção Básica que subsidiam o pagamento de incentivos do PAB variável.

Para a implantação do SIAB PLUS há necessidade de: **a)** acompanhar a conclusão do desenvolvimento dos sistemas com os quais deverá se integrar para garantir a padronização; **b)** entrega/disponibilização do Cartão SUS definitivo ou provisório, para os usuários cadastrados no CADSUS; **c)** disponibilização dos códigos do CNES para os EAS nos municípios piloto de: Campina Grande/PB, Natal/RN, Porto Alegre/RS, Caxias do Sul/RS, São Paulo/SP, Venda Nova do Imigrante/ES, Campo Grande/MS e Goiânia/GO.

Foi aprovada a formação de uma oficina de trabalho, para atuar em conjunto com o corpo técnico que trabalha a proposta.

Foi informado sobre o movimento de mobilização dos municípios para Eliminação da Hanseníase, cuja abertura ocorreu por ocasião do 3º Encontro de Gestores Municipais de Saúde da Região Norte do Brasil, nos dias 30 e 31 de outubro, em Santarém/PA.