



Ministério da Saúde
Secretaria Executiva
Comissão Intergestores Tripartite
Secretaria Técnica

8ª Reunião Ordinária 2002	ATA DA REUNIÃO	19.09.02
------------------------------	-----------------------	----------

1. MEMBROS DA COMISSÃO

MINISTÉRIO DA SAÚDE			
Órgão	Representante	T/S	Frequência Acumulada
SE	Otávio Mercadante	Titular	06/08
		Suplente	
SAS	Renilson Rehem de Souza	Titular	07/08
	Maria Helena Brandão	Suplente	04/08
SPS	Cláudio Duarte da Fonseca	Titular	06/08
	Tânia Lago	Suplente	03/08
ANVS	Luiz Carlos Wanderley Lima	Titular	
	José Agenor Alvares da Silva	Suplente	04/08
FUNASA	Mauro Ricardo Machado Costa	Titular	01/08
	Jarbas Barbosa da Silva Jr.		06/08

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS			
Região	Representante	T/S	Frequência Acumulada
N	Francisco Deodato Guimarães	Titular	03/08
	Grace Mônica Alvim	Suplente	
NE	Marta Oliveira Barreto	Titular	02/08
	Anastácio de Queiroz e Souza	Suplente	
SE	José da Silva Guedes	Titular	08/08
	João Felício Scárdua	Suplente	
S	João José Cândido da Silva	Titular	04/08
	Maria Lúiza Jacger	Suplente	02/08
CO	Fernando Passos Cupertino	Titular	07/08
	Izaías Pereira da Costa	Suplente	

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE - CONASEMS			
Região	Representante	T/S	Frequência Acumulada
N	Eliana Pasini	Titular	07/08
	Márcia Helena C. P. Veloso	Suplente	03/08
NE	Sílvio Mendes de Oliveira Filho	Titular	07/08
	Jorge José Pereira Solla	Suplente	07/08
SE	Valter Luís Lavinias	Titular	07/08
	José Ênio Sevilha Duarte	Suplente	07/08
S	Francisco Isaias	Titular	06/08
	Luciano Ducci	Suplente	
CO	Otaliba Libânio de Moraes Neto	Titular	06/08
	Beatriz Figueiredo Dobashi	Suplente	05/08

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.	ALVARO NASCIMENTO	ENPS/FIOCRUZ
8.	MIRIAN COHEN	ENPS/FIOCRUZ
9.	PATRICIA LEAL	DAB/SPS
10.	ADNEI MORAES	SPS/MS
11.	LETICIA BARTOLLO	SAS/MS
12.	SILVANA PEREIRA	SAS/MS
13.	ANA DE LUCENA	DDGA/SAS
14.	TANIA BONEEL	SAS/MS
15.	CARLOS MATOS	SAS/MS
16.	LUCIA QUEIROZ	SAS/MS
17.	BRUNO JAIME	SAS/MS
18.	M ^a DAS GRAÇAS P. DE SOUZA	SES/PE
19.	M ^a JOSÉ R.	SES/PE
20.	MARIA ESTHER JANSSEN	ST/CONASS
21.	VERA NUNES FIGUEIREDO	DAB/SES/MS
22.	RICARDO SCOTTI	CONASS/ST
23.	RENÉ S. M. SANTOS	CONASS/ST
24.	VALTER VUOLO	OUVIDORIA/SUS
25.	CARLOS AFONSO	OUVIDORIA/SUS
26.	JOELLYNGTON MEDEIROS	CONASEMS
27.	TIMOSHENKO DE ALEANTARA	ANS
28.	WAN T. M. KAKIMOT	SAA
29.	MARIA CRISTINA FERNANDES	DAB/SPS/MS
30.	MARIA MOELINS BRITO	CGPLAE
31.	FERNANDA NOGUEIRA	DST/AIDS
32.	GILBERTO GINARI	CGH
33.	ANGELO LUIS TESSER	SESA/PR
34.	CLÉCIO ESPEZIM	SES/SP
35.	FLAVIA REGINA	SPS/MS
36.	GISELE BAHIA	DGA/MS
37.	NEILTON OLIVEIRA	SPS/MS

3 – PAUTA

1. Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças–ECD – FUNASA/MS
 - 1.1 – Certificação de Municípios
2. Qualificação de Estados (NOAS 01/2002) – SAS/MS
3. Habilitação de Municípios (NOAS 01/2002)
 - 3.1– Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada–SPS/MS
 - 3.2– Gestão Plena do Sistema Municipal–SAS/MS
4. Ouvidoria do SUS – GM/MS
5. Institucionalização da CIT e CIBs – CONASEMS
6. Câmara Técnica da CIT – SE/MS
7. Relatório de Desenvolvimento das Atividades de Controle da Tuberculose e Eliminação da Hanseníase – SPS/MS

4 – Desenvolvimento da Reunião - o Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite -CIT, Dr. Otávio Mercadante conduziu a 8ª Reunião Ordinária da CIT realizada no dia 19 de setembro de 2002.

1 – Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças

– ECD – foram certificados 60 municípios, com vigência de 1º de outubro de 2002, sendo: 06 da Bahia, 01 do Goiás, 06 do Maranhão, 01 do Mato Grosso do Sul, 01 do Paraná, 39 do Rio Grande do Sul e 06 do Tocantins. Dr. Mercadante disse que tem um assunto pendente em relação à adequação dos valores para ECD com base na atualização da população dos municípios e que isso representa valores importantes no orçamento do Ministério. Adiantou que essa questão está em estudo e que existem dificuldades em cumprir essas demandas por conta das restrições orçamentárias. **Dr. Fernando Cupertino** registrou a questão do Pró Formar e que foi enviado um ofício a FUNASA no dia 30 de agosto, ainda sem resposta.® Falou da preocupação em relação ao Pró Formar que está sendo direcionado para capacitação quase que exclusiva dos servidores da FUNASA nos estados e que se deve caminhar num processo de descentralização efetiva, com essa capacitação atingindo todos os profissionais que trabalham nessa área. Disse que espera, por intermédio da Secretaria Executiva, a resposta do encaminhamento feito a FUNASA, esperando que seja atendido o pleito e corrigida essa distorção que reputou como muito grave. **Dr. Otávio Mercadante** perguntou se houve, como resultado desse ofício, alguma modificação na prática e disse que iria cobrar a resposta por parte da FUNASA. **2 – Qualificação de Estados–NOAS 01/2001**

- **Dra. Maria Helena Brandão** disse que em setembro foram solicitados três pleitos de habilitação: do Amazonas em Gestão Avançada e Minas Gerais e Rio Grande do Sul em Gestão Plena. Nenhum dos três processos está adequado para habilitação, necessitando complementar documentos e concluir o processo de negociação para aprovação da PPI. A expectativa é de que na próxima CIT as pendências tenham sido resolvidas. Existem 13 estados habilitados, sendo 12 na Gestão Plena e 01 na Gestão Avançada. Não há nenhuma proposta para aprovação na reunião de hoje. O Secretário Adjunto de Estado da Saúde de Minas Gerais **Luíz Márcio** colocou que foi encaminhado o pedido de habilitação do estado, com pendência da PPI, e que em função do evento ocorrido na semana passada em Belo Horizonte realizado pela

representação dos municípios para premiar iniciativas inovadoras dentro do estado não teve como fechar a PPI. O teto excedeu em torno de 3 milhões/mês, Minas Gerais tem condições de ser Gestão Plena, o que inclusive proporcionará alguns benefícios como a questão do piso em consulta especializada. Em função do não fechamento da proposta o estado se prejudica em relação a esses recursos. Falou da importância do apoio do Ministério no sentido de facilitar o processo que levou mais de um ano para elaboração, não cabendo que se perca agora no final, dada a representatividade do estado, que possui 853 municípios. Esse trabalho demandou um grande esforço, e solicitou a continuidade do apoio para que até o fim do ano se consiga qualificar o estado. O Secretário Executivo do COSEMS/MG **Luís Felipe Karan** disse que esse trabalho vem sendo feito há 1 ano e meio numa parceria entre a Secretaria de Estado da Saúde e o COSEMS/MG e que ao se concluir a PPI verificou-se que haveria: 1º com a assinatura do TCGA uma dificuldade financeira para os municípios caso não consigam cumpri-lo; 2º é que houve, por parte de alguns municípios, erro na proposta da PPI o que gerou distorções enormes no fechamento da mesma, sendo a intenção do Estado realizar um processo de habilitação dentro de parâmetros que possam ser cumpridos. **Dr. Renilson Rehem** disse não entender o fato de se achar que a Gestão Plena gera mais despesas e que tem sido feito um esforço, frente às restrições orçamentárias do Ministério da Saúde, em aumentar o teto dos estados, inclusive o de Minas Gerais e que a partir de necessidades geradas com o processo de habilitação, a modelo do que foi feito para outros estados, foi colocado mais de 07 milhões/ano no teto de Minas Gerais nesse mês, junto com o recurso para consulta especializada que é em torno de 11 milhões, chegando-se na faixa de 18 milhões no teto. Colocar 36 milhões não tem nenhuma possibilidade, pois não existe recurso para tanto. **Dra. Maria Helena Brandão** complementou dizendo que tem mais 23 milhões da MC₁ referente ao processo de qualificação previsto para Minas, relacionado com o plano de investimento, para quando este for implantado. A PPI foi feita com base no plano de investimento, como se esses equipamentos já estivessem disponíveis. **3 – Habilitação dos Municípios pela NOAS** - o Coordenador da CIT pediu para que Maria Helena explicasse a proposta de alteração da NOAS publicada por meio de portaria ministerial, ao que a mesma

disse que saiu a Portaria que permite que municípios em Plena, habilitados na NOB/96, que estejam em estados não qualificados possam se habilitar em GPAB-A. A Portaria prevê que os municípios nessas condições ficarão na seguinte condição de habilitação: pela NOAS em Plena da Atenção Básica Ampliada e pela NOB/96 na Plena do Sistema. Prevê os requisitos para os estados em relação às sínteses das avaliações das plenas que estão sendo solicitados, e que não estavam escritos na NOAS. Outra questão que está sendo discutida é que se volte a habilitar pela NOAS municípios em estados não qualificados, desde que esses municípios sejam sede de módulos, tenham comando único e que o estado encaminhe um teto financeiro separando o que é da população própria e o que corresponde à população de referência. Foi adicionado um parágrafo, resultado de acordo fechado em reunião ocorrida no dia anterior, que discorre sobre que todos os estados publiquem o teto das plenas, nesse formato, até o final de outubro. Com relação às propostas de habilitação em GPSM para hoje, são 16 os pedidos de habilitação. Desses, 05 cumpriram todos os requisitos para a EC29, dados da SIS, 09 não cumprem a Emenda e 02 não cumprem o requisito do comando único. Isso está sendo resolvido, e na próxima CIT se espera esses 02 municípios de Mato Grosso do Sul sejam habilitados. Os municípios aptos para habilitação são: **Alagoas - Maceió, Mato Grosso do Sul - Dourados, Ivinhema e Maracajú, Pará - Ourilândia do Norte.** **Dr. Fernando Cupertino** pediu esclarecimentos para a razão pela qual os municípios não estão sendo habilitados: se por não cumprirem a emenda ou não alimentarem o SIOPS, perguntando o que diz a NOAS, nesse aspecto. **Maria Helena Brandão** disse que a referência que a NOAS faz para a alimentação do SIOPS é em relação aos estados já habilitados. Foi solicitada na CIT a inclusão de referência para os municípios não habilitados, mas essa alteração ainda não foi feita, está em avaliação na Consultoria Jurídica do Ministério. A TRIPARTITE aprovou que reconhece habilitação v.s. cumprimento da emenda mediante documento do Tribunal de Contas, quando não existe dados no SIOPS. Para os municípios que não conseguem ter acesso ao documento, a SAS solicita a SIS que informe quais municípios cumprem os requisitos. Esse é o procedimento que está sendo dado. **Dr. Fernando Cupertino** disse que todos lutam pela EC 29 e que o critério de habilitação merece discussão no sentido de clarear se o requisito é

alimentação do SIOPS, pois os estados estão no último ano de gestão. Como há implicações do ponto de vista legal, colocou que não é papel do SIOPS verificar o cumprimento da emenda e sim dos Tribunais de Contas. Se se definir aqui que a alimentação do SIOPS é requisito, está de pleno acordo, mas que a aferição do cumprimento da EC 29 é atribuição do Tribunal de Contas.

Dr. Otávio Mercadante esclareceu que é exatamente esse ponto que está em discussão na Consultoria Jurídica, porque mesmo que a CIT aprove um determinado consenso, quem assina a Portaria resultante é o Ministro e o consultor jurídico foi bem claro ao dizer que o Ministro só poderá assinar depois que a Consultoria aprovar. **Dr. Renilson Rehem** disse haver um consenso de todos que é o cumprimento da Emenda e que há dúvida na forma de conferir o cumprimento desta. Colocou que a apresentação de documento de aprovação pelo Tribunal de Contas também já é consenso. Assim a CIT entendeu e assim é que se está agindo. Se para os municípios não tem essa exigência, mas tem uma referência explícita na NOAS relacionada à alimentação do SIOPS, é com base nisso que se está trabalhando. Entende que o processo de habilitação de municípios não deve ser suspenso, pois com toda dificuldade 05 municípios foram habilitados hoje, 02, por conta de detalhes não foram, o que seguramente na próxima CIT estará resolvido, e que enquanto não houver o esclarecimento sobre a dúvida que paira, que se continue trabalhando e habilitando o que for possível, ficando no aguardo da decisão da Consultoria Jurídica, e que se continue acatando o consenso da manifestação do Tribunal de Contas. **Dr. José Guedes** disse concordar com o encaminhamento do Dr. Renilson, por ter sido o tratamento que os estados receberam e que o dado do SIOPS é referente ao orçamento de 2002, e não o executado em 2001. Registrou a reunião que o CONASEMS teve com a SAS e o CONASS, onde foram superadas uma série de dificuldades e que concorda com o encaminhamento proposto pelo Dr. Renilson, de que a cada 15 dias antes da CIT, haja uma reunião para que se discuta os assuntos que na CIT não se tem oportunidade, e concorda em não habilitar quando não houver comando único. Quanto à questão das informações do SIOPS, concorda tanto com a posição do CONASS, como a da SAS, pelo encaminhamento da aprovação. Indagou como fica a condição de habilitação e outras responsabilidades caso não haja cumprimento da EC 29. **Maria Helena Brandão** disse que não está se usando

duas medidas. O que acontece é que se o estado e o município apresentam a aprovação do Tribunal de Contas, o documento é acatado, mas o que está acontecendo é que o município não tem como apresentar. De regra é apresentado documento relacionado às contas do ano anterior, e que mesmo assim a maioria dos estados não tem nem a do ano anterior, ainda. **Ricardo Scotti** falou que entendeu que a questão do recibo do Tribunal proposta pelo Dr. Marcelo Teixeira ficaria temporariamente como o requisito considerado. Disse sobre o cuidado que se deve ter ao encaminhar, para assinatura do Ministro, decisões da CIT que possam por em risco a legitimidade e que, por outro lado, a Norma Operacional publicada não exige o cumprimento de valor, e que na página 80, anexo 03, tem referido como instrumento de comprovação a emissão do recibo de alimentação do SIOPS. Sendo assim não está se descumprindo a norma e, portanto, não haveria necessidade de uma Portaria do Ministro. **Dr. Renilson Rehem** disse que entende da seguinte forma: a questão do cumprimento da EC29 está ultrapassando os limites da própria NOAS, essa discussão está no campo jurídico e que a Tripartite possui um limite de deliberação sobre o assunto. Seria necessária manifestação e posição jurídica a respeito da matéria. Disse ainda que para ser dado algum encaminhamento, o que considera seguro é que dentro daquilo que é institucionalmente acatado no país, pelas instituições e num regime democrático é o fato de ter Tribunal de Contas, e que se possa continuar atuando dessa forma, para não parar o processo. Não adianta perder tempo polemizando se na NOAS está claro ou não, pois mesmo todo mundo estando convencido que na NOAS está suficientemente claro, a posição do Ministério da Saúde, que é parte dessa comissão, e que será a nossa posição institucional, será sempre com base na conclusão da avaliação da legalidade.. **Dr. José Guedes** disse que está entendendo que quem conseguir apresentar um documento do Tribunal de Contas, se habilita, e que aparentemente a maioria dos municípios não poderá apresentá-lo, por isso não se habilitará. Perguntou se é essa a conclusão a que se está chegando. **Dr. Cláudio Duarte** disse que leu a NOAS, e que no caso dos municípios está explícita a necessidade de alimentar o SIOPS para cumprir os requisitos de habilitação no PAB-A, o que está sendo checado, o que por conseqüência, para a Gestão Plena. Disse que o ponto seguinte da pauta traz, para deliberação, um conjunto

de municípios em BPAB-A, em número de 170, avaliados também em relação ao requisito SIOPS. Os municípios não precisam e não têm como viabilizar a declaração do Tribunal de Contas. Outra questão é como trabalhar o requisito Emenda, exercício 2001, para os municípios que fecharam o balanço de 2001 e não a cumpriram, já que para a situação de descumprimento não há prazos estabelecidos e o orçamento já está fechado. Essa é uma situação diferenciada, para a qual está se tentando ver a possibilidade da Secretaria de Investimento informar quem está cumprindo de acordo com a interpretação formal de cumprimento da Emenda. **Dr. Otávio Mercadante** disse que pelo que foi entendido em relação ao encaminhamento do Dr. Renilson é que precisa haver uma mobilização e um consenso em relação ao que se quer – implantar a NOAS e ter a maior parte dos municípios e estados habilitados. Não se pode tomar nenhuma decisão que no futuro possa ser questionada e que a CIT não tem competência jurídica para decidir sobre a matéria que está em análise na Consultoria Jurídica. No entanto como prevalece o princípio de habilitar o maior número de estados e municípios, esse processo está correndo com base no que está escrito e com os estados apresentando o documento comprobatório de cumprimento, o que deve continuar, encerrando o assunto em relação aos estados. Em relação aos municípios e em cumprimento à NOAS o requisito é o SIOPS, para a questão do cumprimento da Emenda está se fazendo o possível para qualificar e há que se aguardar o parecer da Consultoria Jurídica. **Maria Helena Brandão** fez uma observação dizendo que para estados e municípios não habilitados o requisito está escrito exatamente igual. **Dr. José Guedes** estranhou a colocação dizendo que há pouco havia sido dito que em relação a município não habilitado era diferente, ao que respondeu **Maria Helena Brandão** que em relação ao município e estado não habilitado o requisito é o mesmo. Os estados já habilitados têm apenas que alimentar, e não necessariamente cumprir, é o que está escrito na NOAS como resultado de um acordo. Na reunião anterior isso foi questionado pelos municípios que pediram igualdade de tratamento e a CIT aprovou esse tratamento igualitário, que ainda não foi publicado por fazer parte do conjunto que está na CJUR. Com relação ao recibo do SIOPS, o que está efetivamente escrito é que ele traz o percentual. As auditorias, mesmo com a presença da aprovação do Tribunal de Contas, quando checam a documentação assinada,

se baseia nas decisões tomadas pela CIT quanto ao processo de habilitação. Mesmo assim há necessidade de uma deliberação/portaria, pois a auditoria na examina o que está escrito como norma. **Dr. Silvio Mendes** perguntou se o não cumprimento da emenda constitucional só implica na não habilitação do município, mas que entende haver outras conseqüências pelo não cumprimento, que o que está emperrando é o menos importante, que é não habilitar e que seria preciso aguardar o parecer jurídico, dar o mesmo tratamento para os estados e municípios, como ficou acordado na CIT ou que se faça um encaminhamento para que esses municípios buscassem essa declaração no Tribunal de Contas, até porque resguarda a CIT. **Dra. Maria Helena Brandão** falou que todos os municípios que apresentam o parecer do Tribunal de Contas favorável estão sendo habilitados. **Dra. Márcia Helena** disse que o tratamento está sendo igual para os estados e municípios e que o problema está na morosidade de determinados Tribunais de Contas de estados ou municípios em avaliar as Secretarias. Citou como exemplo o Pará que está avaliando a gestão de 1999, uma responsabilidade que não é da saúde, mas que não se pode deixar de ser considerada. **Dr. Otávio Mercadante** falou que as questões estão sendo conduzidas com bom senso, que não haja interrupção do processo e se tenha por consenso que se avance, mas resguardando as autoridades, evitando cobranças posteriores. **Dr. Renilson Rehem** disse que essa é uma questão que vem sendo levantada em várias CIT e que o problema está entre a idéia e o que foi colocado no papel, o que tem uma certa distância, que é a possibilidade de habilitar municípios em estados não habilitados pela NOAS. Em reunião formal com representação do CONASS e CONASEMS a idéia foi: **1ª permitir a habilitação de municípios em GPSM, desde que tenha PPI aprovada, estejam identificados no PDR, aprovado pela CIB e Conselho de Saúde, como sede de módulo assistencial e cumprido os demais requisitos, inclusive comando único sobre os prestadores,** e caso não tenha PPI aprovada, foram colocadas alternativas, como a separação de recursos destinados a assistência da população local e a população referida; **2º a proposta de recomendar que até 30 de outubro todos os estados concluem a PPI, de acordo com os requisitos da Portaria 1.020. Em não sendo possível concluir a PPI até a data prevista, que os municípios que hoje estão em GPSM, tenha seu teto publicado na lógica do art.1º, separando o**

teto da população local com o da população referida. O que se pretende é que todos os municípios de estados não habilitados tenham possibilidade de se habilitar em GPSM, sem desmontar a lógica que vem sendo trabalhada com a NOAS. **Dr. Otávio Mercadante** esclareceu que essa proposta de portaria que altera a NOAS foi resultado de uma reunião ocorrida entre o CONASS, CONASEMS e SAS. Aprovada a portaria proposta, que será enviada para publicação. **Dr. Cláudio Duarte** disse que foi discutido na reunião anterior o esforço conjunto do Ministério, CONASS e CONASEMS e mobilização das CIBs no sentido de aumentar o grau de informação dos municípios aptos a habilitação no PAB Ampliado, e foi encaminhado um ofício para os secretários estaduais e municipais informando os municípios com indicadores da atenção básica avaliados e em condições de aprovação e quadro contendo os indicativos de habilitação de alguns municípios a partir da confirmação por parte da SIS do cumprimento da EC29. **Dra. Heloísa Machado** falou que a Secretaria de Política enviou um ofício a 1.134 municípios que cumpriram os requisitos da Portaria 2215, de Avaliação da Atenção Básica, que é um dos requisitos para habilitação. Desse total, a Secretária recebeu 553 termos de adesão dos municípios com interesses em se habilitar e desses 553 termos, 194 vieram com aprovação da CIB, sendo 171 com alimentação do SIOPS aprovado e que estão no aguardo do parecer da SIS, em relação ao item do cumprimento da emenda. Em relação aos 194, 171 estão alimentando o SIOPS, o que os torna aptos para habilitação, aguardando somente o envio do termo de adesão e dos quadros de avaliação da Atenção Básica. Alem desses 553 termos que vieram, existem mais 293 termos de municípios que não receberam o ofício, mas que por disseminação da informação e acesso a Internet enviaram seus termos, o que totaliza 846 termos de adesão, o que expressa o interesse dos municípios para habilitação. **Dr. Cláudio Duarte** disse que caso a SIS confirme o cumprimento da Portaria, será encaminhada a relação dos 171 municípios para aprovação da habilitação e publicação da portaria, e que as CIBs enviem os processos adequadamente instruídos e que serão devolvidos as BIPARTITES, os 359, mais os 293 termos de adesão que vieram diretamente, para que as BIPARTITES procedam de acordo com as orientações dadas pelo CONASS. Existe mais ou menos 550 municípios, para os quais um vez enviadas pelas CIBs as fichas de habilitação, haveria

condições de avançar na habilitação em PAB-A, além dos que ficam tramitando nas BIPARTITES. Destacou o trabalho do Estado de São Paulo, Piauí e Rio Grande do Sul. **Dra. Heloísa Machado** disse que os 171 municípios aptos e aprovados pela BIPARTITE não têm parecer quanto ao cumprimento da Emenda, e que está no aguardado da resposta da SIS, para aprovação. Em sendo aprovado, será encaminhada portaria para publicação, sem precisar voltar para a TRIPARTITE. **Dr. Silvio Mendes** disse que existem, no meio desses municípios, alguns que perdiam valores ao serem habilitados no PABA, o que faz com que o município perca o interesse pela habilitação. Qual seria a decisão final, já que o encaminhamento do CONASEMS é que se houver perdas financeiras, que o município não seja habilitado. **Dr. Renilson Rehem** disse que quando o município é só Gestão Básica e tem serviços/procedimentos sob a gestão do estado, produzem serviço faturados e geram um pagamento que é gasto no processo de gestão do município, valores maiores do que os que ele irá receber pelo PAB Ampliado, relacionado a esses procedimentos. Como o dinheiro não sai do estado, essa questão pode ser equacionada pela CIB, por que se o município é Plena do Sistema, não tem problema, porque o dinheiro está incluído no teto, não sendo plena a questão se resolve na CIB. **Dra. Márcia Helena** falou da necessidade de uniformizar os critérios de avaliação dos municípios para habilitação, ao que respondeu o **Dr. Cláudio Duarte** dizendo que existem regras definidas e pactuadas na CIT, e se o Estados e as BIPARTITES querem estabelecer outros critérios de avaliação, que então pactuem na BIPARTITE, já que isso não pode ser uma decisão unilateral da Secretaria Estadual. O que foi acordado é aplicável a todos, é a regra da NOAS. Fora disso, que seja pactuado. **Dr. Otávio Mercadante** colocou para aprovação a habilitação dos municípios de Santa Catarina, que cumprem todos os requisitos, inclusive o da Emenda, o que foi aprovado. **4 – Ouvidoria do SUS -** **Dr. Otávio Mercadante** comentou a respeito do recente decreto que reformula toda a área de Controladoria da União, e que está em implantação o sistema de ouvidoria. O Ouvidor Geral da Controladoria da União-CGU, **Dr. Nelson Paruque** disse que a Controladoria é um órgão da Presidência da Republica com três funções essenciais: o **Controle Interno**, que é a Auditoria Pública, órgão da CGU que verifica a adequação da aplicação das verbas federais; a **Corregedoria**, que retifica erros verificados e

zela pela boa aplicação de sanções, quando necessário, e a **Ouvidoria Geral** que é o órgão controlador da função de ouvidoria do Poder Executivo Federal. A Ouvidoria vem ser a plena realização da participação do cidadão na Administração Pública e está prevista no Artº37 da Constituição Federal, onde impõe às administrações públicas os princípios da legalidade, moralidade, impessoalidade, da publicidade e principalmente o da eficiência, que é uma obrigação do servidor e agente público em todas as instâncias. O Artº37, no parágrafo 3º, prevê que a Lei vai regular as formas de participação direta do cidadão usuário na Administração Pública, suas reclamações quanto ao mau atendimento no serviço público, que serão transmitidas ao gestor maior para as retificações necessárias. Ela coordena todas estruturas e funções de ouvidoria existentes no poder executivo federal, estimulando a criação de novas, para facilitar o acesso do cidadão. **Dr. Otávio Mercadante** disse que a Ouvidoria do Ministério da Saúde foi criada em abril de 2002, com o apoio da CJUR. O Ouvidor do Ministério da Saúde, **Dr. Benedito Nicotero** iniciou dizendo da sua obrigação em procurar todos os órgãos de tomada de decisão do Ministério da Saúde e da saúde de um modo geral, e que o que será apresentado é uma minuta e não uma proposta final de organização da Ouvidoria do Ministério sujeita, portanto, a contribuições. Criada pelo Decreto Presidencial nº 4.194, de 11 de abril de 2002, foi incluída no Art. 25 da estrutura regimental do Ministério, quando de sua reestruturação. **Dra. Pubenza López** iniciou a apresentação dizendo que a idéia era mostrar a Proposta de Implementação do Sistema de Ouvidoria em Saúde/SIS. O grupo de trabalho foi formado por Gilberto Gindri de Porto Alegre, Ivan Tuyoshi do Ministério da Saúde, Pubenza López pela Fundação Getúlio Vargas, com orientação e revisão da Dra. Ana Maria Malik, Dr. Nicotero e o Dr. Rogério Pires. Colocou que a Ouvidoria foi instituída no mesmo Decreto que criou o Pró Saúde, e que tem por missão promover e salvaguardar os direitos dos usuários do SUS. **Possui as seguintes atribuições: receber, encaminhar e intermediar** as manifestações (denúncias, reclamações, sugestões e solicitações) dos usuários do Sistema; **zelar** pela qualidade e efetiva humanização dos serviços de saúde oferecidos à população. **Regimentalmente** é um órgão da assessoria do Ministro, composto por duas coordenações gerais: a de Atendimento ao Usuário e Análise da Informação e a outra de Qualidade do Serviço e Humanização do Atendimento.

No processo de sua formação foi pensado pelo grupo a superposição de suas atividades com outras áreas do Ministério da Saúde (qualidade, humanização e auditoria), mas como não estava muito claro o papel da Ouvidoria, que sugeria também uma atuação muito direta (executiva) do ouvidor na solução dos problemas do usuário, atitude não recomendada por comprometer o caráter de isenção no exercício desta atividade, a medida proposta foi inserir a promoção e salvaguarda dos direitos dos usuários do SUS entre as competências do Ministério da Saúde, alterar o nome do Centro Nacional de Promoção da Qualidade e Proteção aos usuários do SUS–Pró Saúde, para a Ouvidoria Geral em Saúde e criar um Sistema Nacional de Ouvidoria em Saúde – SISOS. As modificações propostas para introduzir competências da Ouvidoria Geral em Saúde compatíveis com as funções de pesquisar a satisfação do usuário com a qualidade dos serviços oferecidos e de promover ações educativas de conscientização dos direitos e deveres dos usuários do SUS, aliado ao fato da existência de muitas denúncias que requerem desencadeamento de auditoria, tornou necessária uma vinculação estreita de cooperação entre a Ouvidoria Geral em Saúde e o Departamento Nacional de Auditoria do SUS–DENASUS. Foi sugerida a elaboração de uma **declaração de direitos e deveres dos usuários do SUS**, boa parte dela baseada nas diretrizes estabelecidas pelo Estado de São Paulo. Será elaborado também um **código de boa conduta** para a Ouvidoria Geral em Saúde e uma **página na Internet**, canal direto de comunicação do usuário com a ouvidoria e ainda um **guia dos usuários** do SUS facilitando o acesso, um **sistema de pesquisa de satisfação dos usuários** com a qualidade dos serviços oferecidos no SUS, e também a **promoção e divulgação de ações educativas** para o usuário na ótica do consumo consciente. O Sistema Nacional de Ouvidoria em Saúde – SISOS seria **organizado sob a forma de sistema** que abrangesse todas as ações relativas às reclamações, críticas, opiniões, elogios e sugestões sobre os produtos e serviços prestados ao cidadão e a coletividade na área de saúde, com **finalidade** de promover, assegurar e defender a participação efetiva e a manutenção dos direitos do cidadão e da coletividade, baseado nos princípios do SUS de hierarquização e descentralização, com uma Ouvidoria Geral e Ouvidorias Regionais. Do **ponto de vista de gestão** a proposta seria da Ouvidoria Geral vinculada administrativamente ao Ministro da Saúde e as

Ouvidorias Regionais nos estados e municípios, do ponto de vista administrativo vinculadas ao Secretário Municipal ou Estadual de Saúde. Os **produtos esperados** são: o apoio ao cidadão e usuários de serviços de saúde, integração nacional de instâncias e atividades que visem garantir os direitos dos usuários do SUS, análise crítica do cenário em que se desenvolvem as ações do SUS e o impacto dos produtos e serviços da saúde na população, subsídios para elaboração de projetos de lei e regulamentação que garantam os direitos do cidadão no que se refere a saúde do indivíduo e da coletividade, e a participação na definição e harmonização das políticas de proteção dos usuários de sistemas e serviços de saúde nos contextos nacional e global dos mercados. As **principais funções** da Ouvidoria como atendimento ao usuário seria receber reclamações, sugestões, denúncias, elogios e solicitação de informação dos usuários do SUS de forma escrita, por meio de cartas, e-mail e fax, ou pelo Disque-Saúde, encaminhar essas manifestações para serem tomadas soluções cabíveis, monitorando as respostas, integrando tecnicamente as ouvidorias regionais e subsidiar a elaboração de projetos de lei e normas que garantam os direitos do cidadão no que se refere à saúde individual e da coletividade, fomentar a criação e Centros de Conciliação para a solução de conflitos entre usuários e o SUS, evitando que situações passíveis de resolver entre os envolvidos, cheguem ao sistema judiciário, cooperar na divulgação de informação que visem a proteção dos direitos individuais e coletivos da população no que se refere ao consumo de produtos e serviços do SUS, garantir ao usuário o acesso, a segurança e sigilo das informações individuais relacionadas à sua saúde, democratizar o acesso a informação de saúde, de interesse da comunidade, por intermédio de um centro de documentação. **Dentro da proposta constam os direitos** que os usuários do SUS tem, tais como: acesso à assistência universal, igualitária e gratuita; cuidados com a saúde de boa qualidade; garantia do respeito e a dignidade para o paciente. Conta com um **parágrafo especial** para os pacientes terminais no que respeita a privacidade e confidencialidade; segurança nos procedimentos assistenciais e com a integridade física em relação aos procedimentos submetidos; direito a informação sobre a identidade e outras informações sobre os membros da equipe de saúde; direito ao consentimento esclarecido sobre toda a conduta tomada sobre o paciente, e de uma segunda

opinião sobre o paciente por outro profissional ou equipe; recusa de tratamento ou o procedimento, dentro dos limites dos conselhos e das negociações necessárias, e ainda o direito à educação de saúde, esclarecimentos acerca de como está a saúde do usuário e os riscos que ele corre. Quanto aos **deveres** dos usuários do SUS seriam no sentido de sempre fornecer informações completas as equipes de saúde, cumprir as orientações fornecidas pela equipe de saúde, assumir a responsabilidade decorrente do ato de recusar o tratamento ou os procedimentos que deveriam ser tomados, respeitar os regulamentos e estatutos das instituições de saúde, respeitando os profissionais e os outros usuários do SUS. Disse que se espera que a Ouvidoria Geral tenha uma **forte interação** com o Disque-Saúde, que está sendo discutida uma forma de integração administrativa, tendo sido sugerida uma administração colegiada. Haverá uma vinculação técnica com as Ouvidorias Regionais e parcerias formais, especificando o papel de cada - IDEC, DENASUS, PROCON e Conselhos Profissionais que acabam sendo um canal para ouvir a população, e ainda outras ouvidorias que tenha algum reflexo com a saúde. Já **a participação** das Secretarias do Ministério, Comissões de Bioética, Agências do Setor Saúde e Conselhos de Saúde, sempre que convidados, será como fóruns que possam acrescentar informações sobre a população. Na **Educação em Saúde** o foco da Ouvidoria não é educar as pessoas em relação à prevenção, mas ensinar à população os direitos e deveres com cidadania, fornecer informações de como usar adequadamente o Sistema disponível, o fluxo de atendimento e os benefícios das ações básicas de saúde como o Programa Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde, e divulgar todos os programas de auto cuidado, prevenção e promoção de saúde feitos pelo Ministério que possam beneficiar a população, e também a divulgação dos benefícios dos programas de certificação e acreditação restritos ao círculo técnicos e pouco acessíveis à população, elaboração do Guia do Usuário do SUS e realização de campanhas “específicas” de conscientização dirigida ao público jovem, considerando que atualmente os jovens possuem uma grande autonomia, inclusive financeira sendo um alvo fácil de campanhas e promoções. Quanto ao Sistema de Pesquisa de Satisfação, ficou claro que a partir do momento em que se estuda a qualidade de serviço, existe uma relação muito estreita entre qualidade e

satisfação do usuário. O setor público já evoluiu e incorporou os conceitos de qualidade. Existem programas formais em várias instituições, porém o conceito de como mensurar a satisfação do usuário é incipiente no setor público, e será necessário o desenvolvimento de um modelo mais adequado para avaliar a satisfação do usuário. Nessa proposta de satisfação o primeiro passo metodológico seria identificar junto a população elementos que sirvam para a elaboração de indicadores de satisfação, definidos por tipo de serviço, por região, indicadores dos programas e políticas de saúde. Uma vez feita essa primeira abordagem passaria então para uma segunda fase que seria a **elaboração de pesquisa nacional**, garantindo amostras estaticamente significativas, com instrumentos de avaliação tecnicamente adequados para preservar o interesse público e veracidade das respostas, no sentido de buscar saber se a pessoa entendeu o que está sendo perguntado, considerando que essas pesquisas do ponto de vista metodológico, deverão ser realizadas sempre por instituições independente e reconhecidas por sua capacidade técnica, e **pesquisas populacionais** da satisfação do usuário com a qualidade dos serviços do SUS, com a definição de indicadores de satisfação. Os resultados são consolidados, analisados e divulgados, definindo metas da satisfação para o SUS, e a monitorização dessas metas, por meio da realização de pesquisas periódicas que complementaríamos esse ciclo. A segunda parte da apresentação foi realizada pelo **Dr. Valter Vuolo** que iniciou dizendo que o **Sistema Nacional de Informação de Ouvidores em Saúde–SINOS está numa fase de conceituação** e que os usuários do SUS geram uma demanda captada por meio do Disque Saúde, DENASUS, Internet (e-mail), fax e correio. No caso do Disque Saúde, que seja criado um sistema onde o próprio atendente possa ter a possibilidade de detectar de onde é a ligação e transferir a ligação para o estado ou município desejado pelo usuário, e que seja criado um sistema nacional com base de dados única, tendo o Ministério da Saúde como gestor do sistema e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e as Unidades de Saúde como membros que acessam ou registram no sistema, de acordo com o nível de competência. A interação do sistema seria toda operada por Internet. Mesmo que a captação seja feita em Brasília, o sistema pode detectar que a competência para a questão é da Ouvidoria da secretaria de saúde de um determinado estado, passando

imediatamente para lá o problema. O Ministério proveria para os usuários dos estados e municípios toda a infra-estrutura, tanto de 0800, como de informática e de sistema, para a população acessar as estatísticas e o que ocorre em cada estado ou município, receber respostas para suas demandas. A arquitetura geral do Sistema, de abrangência nacional com base de dados única, é formada pelos usuários e os órgãos do SUS, Ministério da Saúde e sociedade em geral, formando os quatro níveis de interação. **Dr. Benedito Nicotero** disse que a **entrada no Sistema Nacional de Ouvidoria é por adesão**, mantida a homogeneidade, onde cada integrante terá uma senha de acesso ao mesmo. **Dr. Otávio Mercadante** colocou que este é o primeiro contato que a TRIPARTITE está tendo com a proposta, que está em construção e que vale a pena ser dada uma rodada de contribuições de sugestões por parte dos secretários e de esclarecimento de dúvidas. A representante do CONASEMS para a região Norte **Dra. Márcia Helena** disse ter dúvida em relação a obtenção da senha para acessar o programa, se seria automático ou se necessitaria de uma manifestação do interesse pelas Secretarias Estaduais ou Municipais? **Dr. Benedito Nicotero** disse que haverá um processo de credenciamento bastante simples, por meio de um formulário que a entidade interessada preenche e envia, após o que a senha é enviada. O acesso às informações é sigiloso, e de preferência deve haver um único responsável para acessar o sistema, como um meio de determinar responsabilidades por quebra de sigilo, por exemplo. **Dr. Silvio Mendes** disse que a proposta é abrangente e audaciosa por envolver educação e informação que necessita ser trabalhada, o que requer cuidados na condução, e que o processo ouvidoria deve ser eficiente desde o início, para poder ter credibilidade. Citou como exemplo o seu município, onde é feito um monitoramento por parte da rede pública em relação ao grau de satisfação da população dos serviços prestados, onde 90% das reclamações dizem respeito a relações pessoais, o que é natural, por fazer parte do comportamento social pequena parte se manifestar elogiando. Esse tipo de sistema é utilizado, sobretudo, para reclamações, denúncias, solicitação sobre andamento de processos. Colocou que o que se busca na ouvidoria é a qualidade do sistema e o seu aperfeiçoamento, e que é preciso muito cuidado na divulgação desse processo para que ela não acabe virando um canal de denúncia, desvirtuando sua finalidade. O que deve ser discutido é a busca da

qualificação das ações e serviços do sistema de saúde, a condução do processo de forma ética, onde o acesso às informações por senha não seja feito por qualquer pessoa. Colocou que talvez por dessa lógica do foco colocado na reclamação, só tenha sido desenvolvido modelo de carta de reclamação, entendendo que deveria existir também modelo de carta de elogios. Disse que é fundamental o papel educativo, pois na forma como que foi colocado no final, dá sinais claros da proposição de divulgar processos, projetos, campanhas, etc, coisas que não são feitas com a competência necessária para mostrar o SUS que se está construindo e que a população desconhece. Reforçou a questão da manipulação do acesso às informações que serão disponibilizadas, para que não acabe desvirtuando a finalidade da Ouvidoria, que é melhorar a qualidade do sistema nos vários aspectos quando ela estiver atuando, e perguntou a quem cabe aos profissionais de saúde recorrer, reportando-se ao quesito deveres dos usuários/respeito aos profissionais de saúde. O **Dr. Benedito Nicotero** disse que o segundo passo seria a criação das ouvidorias internas, onde os profissionais teriam acesso a seu próprio processo para fazer as suas observações, sugestões, reclamações. Em relação à atividade sindical v.s. ouvidoria, foram alertados para ter cuidado para não haver confusão entre os dois processos, e que em relação ao aspecto do sigilo está sendo pensada a possibilidade de colocar pessoas sem vínculo com o Ministério da Saúde, dada a preocupação com vazamento de informações, o que está de acordo as sugestões do Dr. Silvio. **Dr. Silvio Mendes** disse que a proposta é correta e reforçou a questão ética do acesso de quem quer que seja a esse banco de informação e também a forma de verticalização da solicitação de providências, colocando que se existem três esferas de governo, é preciso que não se faça um pré-julgamento, pois muitas vezes recebe questões absurdas, com julgamentos que agridem o profissional, o gestor e a quem busca a solicita providência, o que acaba desvirtuando o resultado. **Dr. Benedito Nicotero** disse que esses aspectos serão levados em conta, já que muita coisa pode ser prejudicada quando conduzidas de forma desastrada. **Dr. Nelson Paruque** disse que a função da Ouvidoria se fundamenta principalmente na ética, e que o discurso da ouvidoria é ético e esses cuidados são inerentes à própria ação da Ouvidoria, colocando como exemplo a preservação do sigilo de quem reclama, a análise para procura da

fundamentação, da pertinência da reclamação como questões próprias do trabalho da ouvidoria. Não é pelo fato de reclamar que a ouvidoria parte do princípio de que alguém está errado. A reclamação pode ser por um mau atendimento, por uma constatação de uma inadequação do serviço que está sendo prestado, ou por ignorância de como é a forma correta. Citou como exemplo uma reclamação recebida de uma usuária que achava um absurdo a violência que presenciou na prisão de um suspeito de um crime que estaria reagindo à prisão, onde no confronto a autoridade policial usou da violência para deter o suspeito, situação que, na verdade, a autoridade policial tem por função institucional é prender suspeitos, considerando o grau de suspeita. A resistência a esse exercício legal, além de ser um delito, permite ao policial usar a força se necessário, e a pessoa achou exagero por parte do policial e não viu mal nenhum na resistência do suspeito. Reclamar não quer dizer que haja erro, é apenas um indicio, onde pode se fazer necessário apurar o fato, que não é apurado sem a existência de uma reclamação, onde é necessário verificar com a autoridade ou o órgão o que de fato ocorreu. As reclamações sem fundamento, sem provas, têm que ser avaliadas na Ouvidoria, com preservação do sigilo tanto para quem reclama, como para a parte reclamada, daí a conduta ética fazer parte da ouvidoria, sempre. **Dr. Otávio Mercadante** disse as sugestões do CONASS e CONASEMS fossem dirigidas ao Dr. Benedito Nicotero ou por meio do e-mail **nicotero@saude.gov.br**. **Dr. Silvio Mendes** sugeriu que o assunto fosse colocado na página do CONASS e CONASEMS, para que todos tivessem a oportunidade de contribuir. **Dr. Otávio Mercadante** agradeceu a participação do Dr. Nelson, disse que a construção da Ouvidoria é um processo que desafia os dirigentes de todas as esferas, que a mesma já existe em várias unidades assistenciais, secretarias estaduais e municipais, funcionando e com experiências. Colocou que o momento é oportuno para trocas de experiências, voltando ao velho desafio do SUS de tentar construir um sistema nacional que respeite cada instância de governo, e que o Sistema Nacional é importante para o usuário identificar um conjunto de ações e serviços com o qual ele vai se relacionar. Esse é o ponto que está em processo de construção, valendo para todas as ações do SUS de âmbito nacional. **5 - Institucionalização da CIT e CIBs – Dr. Silvio Mendes** disse que foi elaborada uma proposta pelo CONASEMS, como resultado de uma

discussão com o Ministério da Saúde e com o CONASS e com a contribuição de alguns juristas, para definir, através de decreto, a legalidade das pactuações e deliberações da CIT, pois de acordo com o colocado nas justificativas, esses fóruns, CIT e CIBs, criados por Portarias de 1991 e 1993, decidem questões importantes, e na realidade não sabe muito sobre o amparo legal, dessas decisões. Apelou para que a proposta tenha uma seqüência rápida, para se possa resguardar as deliberações. **Dr. Renilson Rehem** disse da sua preocupação com o espaço de pactuação política representado pelas BIPARTITE, que tratam de repartição clara de poder e dinheiro e que tem mostrado muita fragilidade e dificuldade e que não funcionam de forma adequada. Propôs para o CONASEMS um encaminhamento formal, uma avaliação crítica da BIPARTITE e colocou que repetidamente a CIT e o Ministério são procurados para mediar situações que a CIB não está dando conta de resolver, daí que se tivesse uma oportunidade de discutir essa questão. Que a CIT, dada a sua própria conformação, não polariza, ficando mais distante dos problemas urgentes, portanto fica mais tranqüila. Sua colocação é uma sugestão de estratégias de encaminhamento e se manifestou favorável a que deva ser dado um caráter mais formal aos espaços de deliberação. **Dr. Fernando Cupertino** disse que o CONASS é favorável a idéia, propondo o aprofundamento da discussão, até mesmo para aprimorar o texto, incluir outras questões, identificar com clareza as funções da Comissão TRIPARTITE e que se reflita a questão da denominação da TRIPARTITE e BIPARTITE, são consagradas pelo uso. Concorda com a colocação do Dr. Renilson de que se faça um documento para aprovação. **Dr. Otávio Mercadante** perguntou se essa questão pode ser encaminhada como sugestão da TRIPARTITE para análise da Consultoria Jurídica ou aguardar sugestões, já que para a proposição terá que se reportar à Lei 8.080. **Dr. Silvio Mendes** disse que seria melhor juntar as contribuições e encaminhá-las para a Assessoria Jurídica e que na reunião do MS, CONASS e CONASEMS agendada para o início de outubro já tivesse a contribuição da Assessoria Jurídica para a proposta inicial ser submetida na próxima reunião da CIT.® Disse também concordar com a preocupação do Dr. Renilson em relação ao papel da CIT e que as CIBS e a CIT tenha um amparo legal, que para elas seja elaborado um regimento interno, com as respectivas funções, mas não na

forma de decreto. **Dr. Otávio Mercadante** disse que esse vai ser o encaminhamento. **6 – Câmara Técnica da CIT – Dr. Otávio Mercadante** disse que há algum tempo atrás foi apresentada uma proposta de revisão da Câmara Técnica da CIT, mas que esse assunto ainda não foi definido, e que se foi procurar experiências em câmaras ou comissões permanentes específicas temáticas. Já foi formada a Comissão de Vigilância Sanitária, a Comissão de Informação e Informática. **Dr. Ricardo Scotti** registrou que teria dois aspectos, que se possível gostaria que fossem modificados: o 1º que não consta um item relativo às competências para analisar e re-propor possíveis alterações nos atuais e futuros sistemas de informações; o 2º é em relação a convocação do comitê, para o que tinha sido acertado que tanto o Ministério, CONASS e CONASEMS poderiam solicitar reunião e na Portaria saiu como atribuição do coordenador, no caso o diretor do DATASUS ou a CIT. Em sendo possível as modificações, que se corrija o nome da SIS acrescentando a palavra Gestão. **Dr. Otávio Mercadante** pediu para o Scotti um encaminhamento, e como se trata de um acordo prévio existente, considera incluído e resolvido. Em seguida registrou alguns pontos: o 1º é que deu-se início, na última reunião do Conselho Nacional de Saúde à apresentação sistemática da síntese da reunião da CIT, para o que Coordenador Geral do CNS, Dr. Nelson, encaminhou um ofício elogiando a participação; o 2º é a dificuldade, por razões operacionais por parte do CONASS e do CONASEMS, em indicar representações no CNS. A partir de agora haverá uma ligação contínua da Secretaria Executiva da CIT com o CNS, sendo importante que os representantes do CONASS e CONASEMS estejam afinados com essa apresentação que será feita sempre pela Dra. Deildes Prado. Comunicou que os Seminários da Auditoria realizados em três regiões do país tem sido bem sucedidos e agradeceu a participação dos Secretários Estaduais de Saúde na composição e realização desses seminários, que além do alto nível técnico, tem trazido como consequência a implantação dos Sistemas Estaduais de Auditoria. Já foram realizados os das Regiões Norte/Nordeste na cidade de Maceió, no Sudeste, em Minas Gerais, no Centro Oeste em Goiás e o último para São Paulo e o a Região Sul será realizado na cidade de São Paulo. **7 - Relatório de Desenvolvimento das Atividades de Controle da Tuberculose e Eliminação da Hanseníase – Dr. Cláudio Duarte** iniciou falando sobre o balanço do processo de mobilização,

reestruturação e desenvolvimento das ações de controle de prevenção e eliminação da Hanseníase e controle da Tuberculose, e que considerando que o tema foi pautado no início de janeiro, espera que até o fim do ano se esteja prestando conta das atividades feitas em conjunto, e discutindo com o CONASS e o CONASEMS os obstáculos para o avanço em relação a essas duas doenças. Como **1º ponto** colocou que a mobilização técnica, política e social é um componente muito importante e que foi constituído um grupo de mobilização nacional e acompanhamento para as duas doenças, já com duas reuniões realizadas; foi reestruturado o comitê de tuberculose e hanseníase que assessora o programa nacional; foram definidas linhas de investigação, monitoramento e avaliação para a tuberculose, questões importantes no sentido de compreender melhor algumas dificuldades da estratégia nacional em relação à tuberculose. Estão feitos o acompanhamento e a supervisão técnica, e sendo dado apoio para as Secretarias Estaduais de Saúde. Até agosto já foram realizadas 84 supervisões, 02 tele-conferências em parceria com empresas e sistemas de indústria e comércio, SESC, SENAC e SENAT e foi estabelecido um acordo de cooperação técnica e financeira com a USAID, CDC e a OPAS, no sentido de ampliar o monitoramento do programa nacional. A área de Tuberculose foi integrada à de AIDS com vista a apresentação de um futuro projeto de intensificação das ações coordenadas por essas duas áreas em regiões onde esses problemas são extremamente graves, embora não tenhamos no Brasil a co-infecção como um problema importante na retomada da tuberculose, como ocorreu em alguns locais desenvolvidos, como Nova Iorque, que de certa maneira teve a tuberculose reativada por conta da infecção. O problema se efetiva principalmente nas regiões sul e sudeste, onde é a primeira manifestação de infecção, onde, junto com a coordenação nacional está se tentando mobilizar nas periferias e nas regiões metropolitanas, as equipes, para uma mudança de comportamento, ou seja, o paciente com tuberculose orientado para realizar o teste para HIV, pois muitas vezes a infecção está associada e passa despercebida por muitos serviços. Essa questão é muito importante e está se melhorando a realização da baciloscopia. O plano de intervenção da co-infecção tuberculose e HIV visa mudar, na rede básica de saúde e nos centros de referência, a cultura em relação a essa questão, e mesmo considerando que a epidemia de AIDS está estacionada no

Brasil, já que a estimativa de casos esperados não foi alcançada por conta das ações de controle e prevenção, não deixa de ser uma questão preocupante. No caso da hanseníase foi estabelecida uma estratégia que tem como meta eliminar a hanseníase até 2005. Com base em alguns cálculos, se não houver antecipação em algumas ações de detecção de hanseníase oculta é possível que se chegue no prazo estabelecido sem ter eliminado a doença. É necessário que alguns estados e municípios desencadeiem uma ação intensiva, adequada a cada realidade, no sentido de detectar a hanseníase oculta. Citou como exemplo a ação feita pela Secretaria Estadual de Saúde do Pará, no município de Marabá, que no ano de 2000/2001 diagnosticou cerca de 230/250 casos de hanseníase por ano, para o qual foi realizada uma mobilização com apoio da Prefeitura, das ONGs, da Secretaria Estadual de Saúde e em 15 dias foram identificados e confirmados 40 casos de hanseníase, foi o município estruturado em atenção básica. 20 casos foram identificados como abandono, e alguns municípios estão detectando mais hanseníase do que a tuberculose. Cerca de 150 municípios estão se mobilizando. Foi realizada ainda uma adequação das normas técnicas para hanseníase e tuberculose, com distribuição de manuais na rede básica de saúde e foi reformulado, há 02 meses atrás, a nova estratégia de expansão do bônus do tratamento supervisionado da tuberculose. Foi feito um seminário nacional de expansão da estratégia DOTS e 36% da população já está com tratamento supervisionado, para o qual foi ampliado o valor do bônus, por ser um estratégia efetiva. Existem fatores que pesam na definição e vinculação dos pacientes de hanseníase e tuberculose, relacionados à pobreza, exclusão, isolamento e falta mínima de consciência sanitária e informação. Nestes casos a tendência é aumentar o nível de supervisão, em torno de 30 a 40% dos pacientes detectados. Sem essa ação é muito difícil interromper a transmissão da tuberculose, pois os pacientes abandonam o tratamento e ficam alimentando o processo de disseminação da doença. Em relação **ao 2º ponto - descentralização das ações e mudanças do modelo da atenção,** trata-se de uma incorporação mais efetiva das ações de controle, por meio do PACS e PSF, através de capacitação e discussão com as coordenações estaduais onde o dado do DOTS mostrou uma expansão de 32%, a organização da referência e contra-referência através de centros colaboradores, em articulação

com a abordagem de HIV; **3º. ponto** trata da Assistência Farmacêutica para a qual houve um intenso trabalho com as secretarias estaduais no sentido de melhorar a programação de medicamentos, principalmente de tuberculose, para os quais, no ano de 98, por conta de falhas na programação, que não levaram em conta as bases epidemiológicas, vários medicamentos foram incinerados. Solicitou ao CONASS e o CONASEMS que até o fim do ano, considerando a mobilização das regiões em campanhas para detecção de sintomáticos respiratórios e da hanseníase, possa determinar para cada secretaria uma reavaliação da programação,[®] pois alguns municípios se queixam de dificuldades na hora de solicitar os medicamentos, quando está havendo por parte do Ministério da Saúde a preocupação em garantir o conjunto de medicamentos necessários para a tuberculose e hanseníase. É necessário um monitoramento para que não sejamos surpreendidos com a expansão da detecção de sintomático respiratório e da hanseníase v.s. falta de medicamento, o que nesse momento de transição é fundamental que não aconteça. Considerando a estimativa da Organização Mundial de Saúde que é de 130 mil casos por ano, com uma prevalência de 95 mil casos e uma incidência de 87 mil casos, foi feita uma programação de medicamento para 100 mil pacientes, daí que o monitoramento junto as Secretarias é para que não sobre ou falte medicamentos. Está se tentando com a cooperação da USAID e da OPAS desenhar um estudo nacional para confirmar ou não essa estimativa de casos anuais de tuberculose, visto que esses resultados provem de cálculos matemáticos, que levam também em conta dados internacionais. O **4º ponto** é sobre a rede de laboratórios e diagnóstico, componente fundamental para a tuberculose, considerando que o diagnóstico da hanseníase é basicamente clínico. Essa questão é crítica no que respeita a atenção para a baciloscopia, que apesar do aumento importante em 99, baseado nos dados do sistema, ainda há muitos sub-registros nos laboratórios públicos, mesmo considerando que a baciloscopia é paga pelo FAEC, o que resulta em perdas de recursos. Em 1999 foram 247 mil, ampliada de maneira forte foram realizadas 792 mil em 2001 e em 2002 existe a possibilidade de se chegar 1 milhão. Estima-se que para detectar cerca de 80% dos casos previstos, teria que estar sendo feito cerca de 3 a 4 milhões de baciloscopias/ano para tentar bloquear a cadeia de transmissão através do

sintomático respiratório. Essa é uma questão grave e importante, o esforço de descentralização de laboratório, para a qual existem barreiras. Todos os 329 municípios identificados como prioritários possuem laboratório de baciloscopia, concentram 80% dos casos no Brasil, sendo possível realizar uma estratégia de detecção de sintomático respiratório. Foi desenvolvida atividade com vista a melhoria da qualidade desses laboratórios, o que resultou em aumento de 45% do controle de qualidade, com diminuição do falso negativo, atentando para o problema da resistência bacteriana, que no Brasil possui um índice pequeno, mas que considerando que o nível de abandono está em torno de 13 a 14%, quando o ideal seria 5%, é importante estar atento tanto para a questão da qualidade, quanto para a detecção da resistência bacteriana primária e secundária. Para tanto, em conjunto com o VIGISUS, foi viabilizada a complementação de equipamentos com 61 Microscópios destinados aos laboratórios dos municípios prioritários, cuja capacitação e supervisão é feita em parceria com a FUNASA. O **5º ponto** trata da melhoria da Vigilância Epidemiológica e do Sistema de Informação que está sendo feita pela Secretaria de Política junto com a FUNASA, num esforço para melhorar a versão do SINAN para todas as doenças de notificação compulsória e para a tuberculose, hanseníase e HIV. O CENEPI há 02 meses divulgou a última versão, estando os estados com as versões atualizadas, portanto em condições de consolidar os bancos de dados nacionais. Praticamente todos os estados estão trabalhando com o SINAN, para a hanseníase e tuberculose, e será preciso um esforço desses no que diz respeito a melhoria da qualidade da informação e ao fechamento dos bancos de dados, que fossem adiantadas as informações, tanto por parte dos estados, quanto dos municípios para fechar o banco de dados de 2001, para que, a partir daí, se possa estar avaliando se as estratégias de controle estão sendo ou não efetivas. A capacitação para o desenvolvimento de recursos humanos é uma questão fundamental para a descentralização. Foi reestruturado o nível central da área de tuberculose, que estava comprometido devido a problemas gerenciais e falta de quadro, sendo uma questão crítica identificada em alguns estados, a perda da militância que existia há 30 anos atrás. Para o programa nacional foi ampliada a capacitação no âmbito da Atenção Básica para quase 05 mil profissionais de nível superior nos municípios prioritários e 22 mil agentes comunitários de saúde para ações

de educação de promoção da saúde, para a qual está sendo feito um curso de especialização envolvendo 10 estados, com participação dos coordenadores estaduais, componente este fundamental para melhorar a qualidade dos programas estaduais. O **6º ponto** trata da capacitação da Vigilância Epidemiológica e do Sistema de Informação articulada nos pólos de capacitação do PSF para que as atividades de descentralização possam ser agilizadas. Existem municípios que não implementaram o tratamento descentralizado, que é uma questão fundamental para evitar o abandono e aumentar o acesso e detecção precoce de casos, porque não tiveram condições de capacitar equipes de médicos e enfermeiros seja do PSF, Rede Básica ou Agentes Comunitários. Finalizou ressaltando o compromisso que o Brasil está tendo com relação à Tuberculose, que o país participa do esforço mundial de controle da doença, que estamos entre os 22 países com carga de doença, e que o Brasil é um dos poucos que possui uma política de acesso universal às drogas e tratamento ligado à tuberculose e hanseníase. O programa de controle está inserido na estrutura do SUS, está sendo adaptado para trabalhar dentro das Políticas de Organização do Sistema Nacional, com financiamento externo. Outro compromisso é eliminar a hanseníase, questão que envolve dois componentes fundamentais: a forte decisão política dos municípios e estados e o desenvolvimento de ações, já acontecendo nos municípios de médio e grande porte com alta carga de hanseníase. Estão sendo articulada com as Secretarias Estaduais semanas de mobilização para tentar aumentar o grau de detecção, vinculação, tratamento e redução de incapacidade. Esse esforço conta com a participação da diretoria de CONASS e do CONASEMS, pela qual agradeceu o empenho do Dr. Fernando Cupertino e do Dr. Silvio Mendes. Disse que o Brasil preside a aliança global de eliminação da hanseníase, que visitarão Moçambique até o final do ano para apoiar o esforço na eliminação da Hanseníase, e em fevereiro a República do Miamá, que está assumindo a aliança global de combate. **Dr. Fernando Cupertino** disse que o grau de sucesso vai depender do envolvimento e utilização das equipes do PSF e indagou sobre o PROESF, ferramenta importante para colocar em andamento todo o projeto. **Dra. Márcia Helena** disse que a preocupação do CONASEMS tem sido constante com a necessidade de trabalhar para conseguir eliminar a hanseníase e a

tuberculose, e que a preocupação maior era com a região norte, pois de acordo com dados anteriores era onde havia maior prevalência de hanseníase. Só o Estado do Pará detinha 10% dos casos, e que embora essa prevalência tenha diminuído na região norte, houve um aumento na região Centro Oeste, que detém o maior número de casos. No sudeste do Pará mais de 05 municípios detém 80% dos casos de hanseníase, impressionando, no município de Marabá os resultados a apresentados. Com o apoio da Secretaria Estadual, Ministério da Saúde, das ONGs, Igrejas, Câmaras de Vereadores foi traçada uma estratégia diferenciada para melhorar o acesso aos meios de comunicação, dado ao fato de que alguns lugares não alcançarem as informações. A imigração também preocupa, por conta da reativação do garimpo da Serra Pelada, que certamente irá contribuir para o aumento de caso nessas áreas, onde o índice de abandono é maior, e a necessidade de capacitação dos profissionais de nível superior é fundamental, já que grande parte dos casos de prevalência oculta que não tinham sido diagnosticados já havia passados por profissionais médicos, a bacterioscopia negativa afastava o diagnóstico da doença, que não estava sendo diagnosticada e tratada, e que se trabalhe nessas áreas a questão do estigma da hanseníase. **Dr. Silvio Mendes** disse que em razão do movimento feito para avançar no processo de eliminação da hanseníase, preocupa o fato de não se poder cumprir a meta proposta para 2005. Disse que o programa dispõe de remédios, recursos, incentivos de diagnósticos e de conclusão de tratamento e propôs um programa de incentivo para o portador, de regra geral e baixa renda, do tipo Bolsa Alimentação, como forma de evitar o abandono, que continua elevado ou que se estudasse uma estratégia que garantisse o cumprimento da meta. **Dr. José Guedes** disse que o doente de hanseníase é crônico, está a espera de ser diagnosticado, vai para os serviços de saúde e muitas vezes não tem o devido atendimento, então que se trabalhasse na formação de uma equipe especialmente preparada para esse tipo de atenção, aumentando o número de equipes, fazendo varredura em determinados lugares, colocando que apesar de ser uma estratégia antiga, talvez esteja na hora de se avaliar melhor essa situação. Com relação à tuberculose, introduzir a busca do sintomático respiratório nos serviços de emergência, que usa Raios X para diagnóstico, devendo usar a baciloscopia. Colocou que há dois anos uma equipe que trata

de tuberculose programou durante 02 semanas uma pesquisa em todos os serviços de emergência, quando foi constatado que é grande o número de sintomático respiratório. Seria preciso que nos serviços de atendimento os profissionais médicos saibam que a baciloscopia faz parte do atendimento de emergência. Na reunião para premiação dos Municípios e Unidades de Saúde que conseguiram mais de 80% de cura da tuberculose houve um debate sobre a questão de se estar utilizando alguns fatores da tuberculose de forma mecânica, como o doente tomar a medicação na frente do médico. Comentou a respeito da tese defendida pela FIOCRUZ que compara o tratamento supervisionado com o não supervisionado, e disse que a diferença está na maneira como os pacientes estão sendo acolhidos e tratados, e assim fixar o paciente ao tratamento. A representante do CONASEMS para a Região Norte **Eliana Pasini** falou sobre os municípios prioritários e citou como exemplo Rondônia, que por ser um estado pequeno, possui um número menor de municípios considerados prioritários, o que complica a forma de trabalhar a questão da doença no estado como um todo. **Dr. Cláudio Duarte** disse que o PROESP estava com problemas na Procuradoria Geral e na Fazenda Nacional que já foram resolvidos e o projeto está aguardando assinatura, que depende do entendimento do Ministro da Saúde com o Ministro de Planejamento em relação a questões orçamentárias, considerando que são da ordem de U\$285 milhões de dólares nos próximos 05 anos, e estando o ano em curso já incluído no orçamento, uma vez o projeto assinado já teria que se começa a executar o trabalho. Baseado no que foi dito pelo Dr. Silvio disse que não há como diagnosticar, vincular e completar o tratamento através de estratégias variadas, onde não se pode definir algum tipo de padrão de conduta para a questão e que para que o município consiga diagnosticar a hanseníase oculta, terá que sair da rotina. Essa mudança deu resultado em Marabá, que contou com uma grande mobilização, resultando numa mudança que contribuiu para detectar a hanseníase oculta. Com base no que foi colocado pelo Dr. Guedes disse que é importante estudar estratégias de vinculação, acolhimento e monitoramento, que existem problemas de barreiras administrativas nas unidades básicas tradicionais e que está em discussão como montar uma estratégia nacional que auxilie o enfrentamento da doença, o vínculo, a manutenção e o abandono. Que se mobilizasse o terceiro setor de maneira mais orgânica, citando como

exemplo a experiência da AIDS. Disse que em novembro será feito um seminário dentro da estratégia de articular HIV com Tuberculose, para discutir se o fato de utilizarmos a experiência do terceiro setor contribui para aumentar o nível de adesão e de suporte que precisa ser feito. Disse concordar com o Dr. Silvio na questão de ser pragmático e objetivo, que os Secretários tem que mobilizar as unidades de saúde, treinar recursos humanos, mobilizar a mídia, os prefeitos, pedir apoio ao Ministério para tentar solucionar a questão da hanseníase e da tuberculose. É preciso fazer por região ou por estado, ações mobilizadoras combinadas, já que não sentido o município realizar suas ações somente para atender às demandas do Ministério. Disse que poderá ser discutida na TRIPARTITE uma estratégia para que cada estado, dentro de um prazo estipulado, lance sua aliança para eliminação da hanseníase, aumentando o grau de escala, já que para a tuberculose, por ser o trabalho mais rotineiro precisa ser pensado que outras estratégias possam ser tomadas no sentido de enfrentar a questão do abandono, que é bastante complexa. A respeito do que foi dito pelo Dr. Guedes em relação aos serviços de urgência e emergência é fundamental, que dispõe de material específico para médicos, para o qual deveria haver um reforço de reprodução por parte das Secretarias de Saúde para disponibilizá-los para os plantonistas, São 20 mil as internações de tuberculose por ano, com um gasto de 20 milhões de reais com internações que poderiam ser evitadas, caso houvesse uma ação mais efetiva na rede básica. Encerrada a reunião.

Visto:

Ministério da Saúde

CONASS

CONASEMS



Ministério da Saúde
Secretaria Executiva
Comissão Intergestores Tripartite
Secretaria Técnica

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT
REUNIÃO ORDINÁRIA DE 19/09/2002
RESUMO EXECUTIVO

O Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite, Otávio Mercadante, conduziu a 8ª Reunião Ordinária, realizada em 19 de setembro de 2002.

Pontos de Pauta:

1. Descentralização de Epidemiologia e Controle de Doenças-ECD - foram certificados 60 municípios com vigência de 1º de outubro de 2002, sendo:

- 06 da Bahia
- 01 de Goiás
- 06 do Maranhão
- 01 do Mato Grosso do Sul
- 01 do Paraná
- 39 do Rio Grande do Sul
- 06 do Tocantins

2. Qualificação de Estados (NOAS 01/2001) – nenhum estado foi habilitado

3. Habilitação de Municípios (NOAS 01/2001) –

3.1 – Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada - GPAB-A - foram habilitados 13 municípios do Estado de Santa Catarina com vigência para 1º de outubro de 2002, a saber:

- Faxinal dos Guedes
- Itapema
- Jupiá
- Lajeado Grande
- Lindóia do Sul
- Pedras Grandes

- Petrolândia
- Porto Belo
- Pouso Redondo
- São Ludgero
- Sombrio
- Witmarsum

Foi aprovada a habilitação de 171 municípios, ficando sua homologação na dependência de que resolvam as questões relativas à pendências de documentação, alimentação do SIOPS e comprovação do cumprimento da Emenda Constitucional 29, sendo:

- 16 municípios do Piauí
- 73 municípios do Rio Grande do Sul
- 82 municípios de São Paulo

3.2 - Gestão Plena do Sistema Municipal - GPSM – foram habilitados 05 municípios, com vigência de 1º de outubro de 2002:

- Maceió/AL
- Dourados, Ivnhema e Maracajú/MS
- Ourilândia do Norte/PA

Ainda em relação à habilitação de municípios, foi publicada a Portaria Ministerial nº 1666, de 17.9.02, permitindo que municípios em Plena, habilitados na NOB/96, que estejam em estados não qualificados, se habilitem em GPAB-A, desde que cumpridos os requisitos exigidos para habilitação nessa condição de gestão. A Portaria prevê:

- a) Que os municípios nessa situação ficarão na seguinte condição de habilitação: pela NOAS em Plena da Atenção Básica Ampliada e pela NOB/96, na Plena do Sistema.
- b) O processo de avaliação, pelos estados, dos municípios em GPSM, no que respeita aos requisitos e responsabilidades, não previsto na NOAS, a partir de visita técnica.

Outra questão em relação à habilitação de municípios que está em discussão é que se volte a habilitar pela NOAS municípios em estados não

qualificados, desde que esses municípios sejam sede de módulos, que tenham comando único, e que o estado encaminhe um teto financeiro separando o que corresponde à parcela da população própria e o que corresponde à parcela destinada à população de referência, devendo os estados publicarem o teto das plenas, nesse formato, até o final de outubro.

4. Ouvidoria do SUS – criada pelo Decreto Presidencial nº 4.194, de 11 de abril de 2002 e incluída no Art. 25 da estrutura Regimental do Ministério da Saúde, quando da sua reestruturação, foi apresentada proposta da organização do Sistema de Ouvidoria em Saúde–SISOS,

A idéia é que o SISOS seja organizado tendo uma Ouvidoria Geral e Ouvidorias Regionais de modo a abranger todas as ações relativas às reclamações, críticas, opiniões, elogios e sugestões sobre os produtos e serviços prestados ao cidadão e a coletividade na área da saúde, com a finalidade de promover, assegurar e defender a participação efetiva do cidadão e o respeito aos seus direitos, com base nos princípios de hierarquização e descentralização que norteiam o SUS.

Foi sugerida pelo grupo de trabalho a elaboração de uma declaração de direitos e deveres dos usuários do SUS. Será elaborado também um código de boa conduta para a Ouvidoria Geral em Saúde e uma página na Internet, canal direto de comunicação do usuário com a ouvidoria e ainda um guia dos usuários do SUS facilitando o acesso, um sistema de pesquisa de satisfação dos usuários com a qualidade dos serviços oferecidos no SUS, e também a promoção e divulgação de ações educativas para o usuário na ótica do consumo consciente.

Os produtos esperados são: o apoio ao cidadão e usuários de serviços de saúde, integração nacional de instâncias e atividades que visem garantir os direitos dos usuários do SUS, análise crítica do cenário em que se desenvolvem as ações do SUS e o impacto dos produtos e serviços da saúde na população, subsídios para elaboração de projetos de lei e regulamentação que garantam os direitos do cidadão no que se refere à saúde do indivíduo e da coletividade, e a participação na definição e harmonização das políticas de proteção dos usuários de sistemas e serviços de saúde nos contextos nacional e global dos mercados.

Do ponto de vista da gestão do sistema a proposta é de que a Ouvidoria Geral seja vinculada administrativamente ao Ministro da Saúde e as Ouvidorias Regionais vincular-se-ão aos Secretários Estaduais ou Municipais. A proposta foi apresentada para apreciação e sugestões.

5. Institucionalização da CIT e CIBs - foi elaborada uma minuta pelo CONASEMS, como resultado de uma discussão com o Ministério da Saúde e com o CONASS, e com a contribuição de alguns juristas, para trabalhar essa

proposta. O Secretário de Assistência à Saúde propôs ao *CONASEMS* uma avaliação crítica das BIPARTITES como uma sugestão de estratégia de encaminhamento, manifestando-se favorável a que deva ser dado um caráter mais formal aos espaços de deliberação. O CONASS colocou-se favorável à idéia, propondo o aprofundamento da discussão, até mesmo para aprimorar o texto, incluir outras questões, identificar com clareza as funções da Comissão TRIPARTITE e que se reflita a questão da denominação da TRIPARTITE e BIPARTITE, consagradas pelo uso. Foi deliberado pelo encaminhamento da proposta à Consultoria Jurídica e que na reunião do Ministério, CONASS e CONASEMS, agendada para o início de outubro, já tivesse essa contribuição, para que a proposta inicial seja submetida à apreciação na próxima reunião da CIT.

6 - Câmara Técnica da CIT – a proposta de revisão da Câmara Técnica da CIT ainda não foi definida, porém já foram formadas as Comissões de Vigilância Sanitária e a de Informação e Informática em Saúde. Para esta última foram propostas as seguintes modificações:

- a) Acrescentar um item relacionado às competências para analisar e re-propor possíveis alterações nos atuais e futuros sistemas de informações;
- b) Em relação à convocação da Comissão, que tanto o Ministério, CONASS ou CONASEMS poderiam solicitar reunião;
- c) Correção do nome da SIS acrescentando a palavra Gestão.

Foi registrada a participação da CIT no Conselho Nacional de Saúde, por meio da Coordenação da Secretaria Técnica, na pessoa de sua coordenadora Dra. Deildes Prado, que a partir desse mês iniciou a apresentação sistemática da síntese da reunião da CIT, naquele colegiado.

7 - Relatório de Desenvolvimento das Atividades de Controle da Tuberculose e Eliminação da Hanseníase - o Secretário de Políticas de Saúde apresentou um balanço das estratégias adotadas no enfrentamento dessas duas doenças, que foram centradas em 06 pontos:

1. Mobilização nacional e acompanhamento:

- Constituição de um grupo de mobilização nacional e acompanhamento das duas doenças, que já realizou 02 reuniões;
- Reestruturação do Comitê de Tuberculose e Hanseníase que assessora o programa nacional;
- Definição de linhas de investigação, monitoramento e avaliação para tuberculose;

- Acompanhamento, supervisão técnica e apoio da SES, o que possibilitou a supervisões e 02 teleconferências em parceria com o SESC, SENAC e SENAT, e ainda um acordo de cooperação técnica e financeira com a USAID, CDC e OPAS para a ampliação do monitoramento do programa nacional;
- Integração das áreas de Tuberculose e AIDS para promover futuro projeto de intensificação de ações coordenadas por essas duas áreas, em regiões aonde o problema ocorra de forma mais intensiva, como é o caso das regiões Sul e Sudeste;
- Desencadeamento de ação intensiva em alguns estados e municípios, para a detecção da hanseníase oculta. A Secretaria Estadual de Saúde do Pará já realizou uma ação desse tipo no município de Marabá, com sucesso e há, atualmente, 150 municípios em fase de mobilização;
- Adequação das normas técnicas para hanseníase e tuberculose, e distribuição de manuais na rede básica de saúde;
- Adoção de nova estratégia de expansão do bônus de tratamento supervisionado da tuberculose, com ampliação do seu valor.

2. Descentralização das ações e mudanças do modelo de atenção - por meio da incorporação das ações de controle pelo PACS e PSF, capacitação e discussão com as coordenações estaduais, organização da referência e contra-referência pelos centros colaboradores, em articulação com a abordagem para HIV.

3. Assistência farmacêutica - foi realizado um trabalho intensivo junto às Secretarias Estaduais no sentido de melhorar a programação dos medicamentos com a utilização de dados epidemiológicos. Foi solicitado ao CONASS e CONASEMS que se mobilizem para que, até o fim do ano, possa ser determinado que as Secretarias façam uma reavaliação da programação, com base nos dados de detecção de sintomáticos respiratório, a fim de que seja garantida a oferta de medicamentos.

4. Rede de laboratórios e diagnóstico - fundamental para o diagnóstico da tuberculose, a realização de baciloscopia teve um aumento importante em 1999, com base nos dados do sistema de informações, porém há muito sub-registro nos laboratórios públicos. Em 1999 foram realizados 247 mil exames, 792 mil em 2001 e há a possibilidade de se chegar a 01 milhão em 2002. A estimativa é a de que para detectar 80% dos casos previstos, precisariam ser feitos 3 a 4 milhões de bacterioscopias/ano, para tentar bloquear a cadeia de transmissão através do sintomático respiratório. Daí o reforço para que:

- Os 329 municípios identificados como prioritários, que concentram 80% dos casos do país, possuam laboratório de baciloscopia;
- Promover melhoria da qualidade desses laboratórios, que resultem na diminuição do número de exames falso negativos. Esta ação feita em conjunto com o VIGISUS possibilitará a complementação dos equipamentos dos laboratórios, cuja capacitação e supervisão é realizada em parceria com a FUNASA.

5. Melhoria da Vigilância Epidemiológica e do Sistema de Informação - está sendo realizada pela Secretaria de Política de Saúde, em conjunto com a FUNASA, num esforço para melhorar a versão do SINAN para as doenças de notificação compulsória, como a tuberculose e hanseníase. Para isso:

- É necessário um esforço dos estados e municípios para o fechamento do banco de dados de 2001, o que vai possibilitar a avaliação das estratégias de controle;
- Foi ampliada a capacitação de pessoal no âmbito da atenção básica para quase 05 mil profissionais de nível superior e 22 mil Agentes Comunitários de Saúde, para as ações de educação e promoção da saúde. Está sendo realizado curso de especialização envolvendo 10 estados, com a participação dos coordenadores estaduais.

6. Capacitação da Vigilância Epidemiológica e do Sistema de Informação - articulada nos pólos de capacitação do PSF com vista à agilização das atividades de descentralização, tendo em vista que a implantação do tratamento descentralizado é fundamental para evitar o abandono do mesmo e aumentar o acesso e a detecção precoce dos casos.

O assunto foi colocado para apreciação do plenário, sendo sugerido que:

- Seja um programa de incentivo ao portador, que regra geral é de baixa renda, incentivo esse do tipo bolsa alimentação, como forma de evitar o abandono do tratamento.
- Formação de equipes especialmente treinadas para o diagnóstico de hanseníase;
- Seja feita a busca do sintomático respiratório nos serviços de emergência, mediante a realização de bacterioscopia.