

MEMÓRIA DA REUNIÃO DA COMISSÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E DE ACESSO AO SUS/CES

- 1 **Dia: 24 de abril de 2002.**
2 Horário: 8:30horas
3 **Local: Auditório A da SESA**
4 **Coordenação: Marina Fonseca**
5 **Relatora: Alide Marina B. Ferraes**
6 **Presentes: em anexo**
7
8 Os trabalhos iniciaram às 9:00horas.
9 Destaques propostos referentes à ATA da reunião anterior (dia 27/03/02):
10 **Ruy** – linha 34 onde se lê: “nas Unidades de Saúde” altere-se para: “nas equipes de PSF”.
11 – linhas 103, 104 e 105 onde se lê: “e não convocar o conselho” altere-se para: “ e no ser
12 convocado o Conselho Municipal de Saúde em tempo hábil pelas Regionais de Saúde”.
13 **Derivan** – linha 82 onde se lê: “propõe inserção do Terapeuta ocupacional na equipe do PSF”
14 altere-se para: “propõe inserção do terapeuta ocupacional e outros profissionais na equipe do PSF”.
15 **Marina** – linha 114 onde se lê: “pois sem a deliberação do CMS as verbas não são liberadas”
16 altere-se para: “pois sem a deliberação do CMS e aprovação das contas, as verbas não são
17 liberadas”.
18 **Alide** – linha 72 onde se lê “****” coloque-se “Alide”.
19 Pauta do dia 24 de abril de 2002.
20 **Marina** – relembra a pauta específica do dia e o tempo determinado para cada assunto.
21 **Márcia** – coloca que hoje só será discutida NOAS como assunto de pauta. O CES deliberou no dia
22 24 de março de 2002 que o assunto voltasse para apreciação a Comissão de Assistência à Saúde
23 e Acesso ao SUS. Relembra que a Comissão assessora ao CES e que se o CES deliberou deverá
24 ser acatado.
25 Juliano – comenta que o assunto é complicado e extenso e que se tente ser objetivo.
26 **Arlene** - representante da SESA sugere que se comece logo a apresentação.
27 **Paulo** – diz que quer crer que está tudo correto, mas que não pode ter “camisa de força”. Não
28 podemos absorver tudo hoje. É importante que a pauta seja prolongada.
29 **Márcia** - se refere ao regimento do CES.
30 **Juliano** - menciona que plenária é superior à Comissão.
31 **Arlene** – diz que “camisa de força” não seria o termo adequado.
32 *** **SESA**- propõe que a apresentação inicie já uma vez que estão todos concordando com a
33 complexidade e extensão do assunto NOAS.
34 **Márcia** – diz que o assunto já foi apresentado no ano passado, mas como no Conselho tem
35 conselheiros novos, é importante apresentar novamente. Informa que nesta Sexta, dia 26 de abril
36 de 2002 termina o prazo estabelecido pelo MS para enviar o processo de habilitação do Estado à
37 NOAS , e que o mesmo será enviado. Depois de habilitar o Estado à NOAS será possível iniciar-se
38 o processo de implantação da Regionalização, com instalação dos Módulos assistenciais. O Estado
39 do Paraná está na gestão Plena do Sistema e é referência nacional em transplantes e neuro
40 cirurgia. Atende média complexidade. A habilitação permitirá receber um recurso referente a 2
41 milhões para ampliação da ofertada assistência.
42 **Paulo** – gostaria de saber se haverá tempo para discussão no final da apresentação.
43 **Juliano** – sugere que à medida que for apresentado sejam esclarecidas as dúvidas.
44 **Comissão** – todos concordam com a alteração da pauta priorizando a NOAS neste dia uma
45 vez que a SESA enviou representantes para fazer uma primeira apresentação da NOAS aos
46 membros desta Comissão neste ano de 2002 e devido ao prazo de envio do processo de
47 habilitação do Estado que termina dia 26 de abril de 2002.
48 **Marise** – esclarece que o Dr. Sílvio está presente representando o COSEMS e que auxiliará nas
49 discussões e esclarecimentos. Inicia-se a apresentação da NOAS/2001 esclarece que já existe
50 uma nova versão para 2002 com algumas alterações. Pontos principais apresentados: objetivos;
51 eixos (Plano Diretor de Regionalização – PDR, Plano Diretor de Investimentos, Programação
52 Pactuada e Integrada) conceitos chave (microregião, módulo assistencial, município pólo (são12 no

MEMÓRIA DA REUNIÃO DA COMISSÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E DE ACESSO AO SUS/CES

53 estado), ações de alta complexidade); ampliação do acesso (municípios que pela NOB-SUS/96
54 estavam em gestão plena da atenção básica passam a gestão plena da atenção básica ampliada
55 (GPABA), desde que dêem conta das áreas consideradas de atenção básica; valor percapita de R\$
56 10,50) Ano.

57 **Juliano-** esclarece que o controle da hepatite passou a ser incluído no nível de atenção básica.

58 **Sílvio-** fala que o tema é complexo inclusive para quem está lidando com o mesmo. Não existe
59 organização adequada de definição para onde deveria ir o paciente antes da norma. A NOAS
60 define com mais clareza para onde deve ir o paciente. Maiores responsabilidades aos municípios.
61 Os encaminhamentos são diferentes. Outra coisa que preocupa os usuários e gestores: “equidade
62 e garantia de acesso”. Neste ponto que nós gestores questionamos a eficácia da NOAS, que na
63 minha opinião não sei se vai conseguir atingir, e resolver as lacunas de assistência. A gente sabe
64 que o sistema não tem equidade. A NOAS não vai resolver. Mas vai contribuir a ver onde há
65 maiores lacunas a serem trabalhadas. É um passo à frente e junto com ela deveríamos ter uma
66 nova proposta para o financiamento da saúde. É necessário estabelecer os limites que a NOAS nos
67 dá. Os municípios vão receber muito pouco a mais. Por exemplo, Londrina em termos de recurso
68 novo, não receberá nenhum.

69 **Marise-** continua a apresentação.

70 ****** da SESA-** esclarece a diferença entre habilitação e qualificação.

71 **Paulo-** diz que quer fazer analogia com os termos anteriormente usados na NOB-SUS/93, quando
72 se falava em “incipiente” e diz que o controle social não tem atuado de fato. Geralmente se recebe
73 um pacote de cima e as vezes o município nem quer se habilitar porque vai dar muito trabalho.

74 **Marise-** esclarece que todos os municípios devem se habilitar e que será dado um prazo para isto.
75 386 municípios estão na GPAB pela NOB-SUS/96.

76 **Derivan-** pergunta se haverá referência para o valor percapita.

77 *****SESA-** esclarece que se espera atingir um valor percapita estadual e que Londrina e Curitiba tem
78 percapita diferente.

79 **Paulo-** comenta que na região de União da Vitória, o CIS não supre a falta do CRE (Centro
80 Regional de Especialidades). e, que na região o consórcio ficou ocioso. Em relação à NOAS,
81 embora seja bom na teoria, preocupa na prática.

82 **Ruy-** pergunta como será a assistência para a população em trânsito.

83 *****SESA-** esclarece que situação de emergência será atendida em qualquer localidade. Mas que a
84 rotina deverá ser pactuada entre municípios.

85 **Marina-** pergunta se é necessário que município faça parte da microregião e questiona quanto ao
86 cartão SUS que parece estar na contra mão da NOAS, uma vez que com este cartão poderia ser
87 atendido em qualquer posto de saúde de atendimento do SUS.

88 **Juliano-** menciona que já participou de comissão de bipartite regional e que os municípios estão
89 sempre repactuando as suas necessidades e que este é um ponto mais gerencial.

90 **Marise-** apresenta o PDR definido a partir de um longo trabalho realizado em 2001, e que será
91 enviado ao MS. Como o PDR é flexível poderá em uma etapa posterior ser modificado. Apresenta
92 todas as microrregiões de saúde do PR.

93 **Paulo-** pergunta o porque do município quer ser módulo de sua própria população (M1).

94 *****SESA-** esclarece que nesta situação o município consegue atender as necessidades básicas
95 antes especificadas.

96 **Marise-** fala que a idéia toda é quem o paciente seja atendido o mais próximo possível do seu
97 município.

98 **Sílvio-** fala que cartão SUS (já lembrado pela Marina) ajudaria a acompanhar os fluxos e poderia se
99 ter a procedência do paciente. Com o cartão SUS teremos no estado um instrumento para regular.

100 *****SESA-** apresenta o PDI. Esclarece que para se habilitar a GPABA, 70% dos municípios
101 solicitaram eletrocardiógrafo, 9,5% solicitaram investimento em instrumentos para postos de coleta.
102 Para ser sede de módulo, 60% dos municípios solicitaram investimentos.

103 **Juliano-** menciona exemplo de municípios de sua região (Francisco Beltrão) que optam pelo
104 atendimento em Santa Catarina pela facilidade de acesso a este estado.

MEMÓRIA DA REUNIÃO DA COMISSÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E DE ACESSO AO SUS/CES

- 105 **Marina-** volta a questionar sobre a opção do usuário.
- 106 **Márcia-** fala que a pactuação deverá ser vista e que é processo gradativo. Ampliação de 22
107 regionais para 94 na questão da oferta de aspectos básicos.
- 108 **Arlene-** exemplifica mencionando sua região de Cascavel, e diz que se pacientes referenciados
109 para Corbélia verem que a assistência não é qualificada, a pactuação precisará ser revista, o que
110 poderá ser feito se os municípios não se adequarem .
- 111 **Maria Eleonor -** responsável pela Agenda de Saúde/Pr, planejamento controle e avaliação do SUS.
112 Esclarece que a agenda é o documento que estabelece os principais compromissos de governo
113 com a saúde e serve para elaborar a proposta orçamentária anual, relatório anual de gestão e
114 habilitar às condições estabelecidas. Menciona os eixos prioritários:1)redução da mortalidade
115 infantil; 2) doenças preveníveis, transmissíveis e não transmissíveis; 3) melhorar a gestão de
116 acesso e qualidade dos serviços (incluída aí a assistência farmacêutica); 4) modelos assistenciais e
117 descentralização; 5) RH; 6) controle social. Esclarece que a agenda de saúde/Pr tem como base a
118 agenda Nacional de Saúde, e que o prazo para ser aprovado pelo CES é maio. Apresenta o quadro
119 de metas.
- 120 **Marina-** pergunta se tem como saber ou controlar se o município está qualificado para realmente
121 atender as condições de sua habilitação e qualificação, e questiona se como a conselheira poderá
122 solicitar os pontos pactuados pelo gestor de seu município e/o estado para fins da qualificação.
- 123 *****SESA –**esclarece que sim.
- 124 **Arlene-** apresenta PPI. Esclarece que a Bipartite trabalha por consenso e não por votação. O
125 processo exige critérios e parâmetros. Por exemplo: 1) para o M1 foi estabelecido R\$6,00
126 percapita/ano pelo MS. A fase de transição onde cada município define a população própria e a
127 população referenciada. 2)para o M2 o percapita é microrregional. Com exceção de Londrina e de
128 Curitiba, cujo parâmetro é 30% do valor para população referenciada e 70% para a população
129 própria, todos os demais municípios do estado utilizarão os valores de 40% para a população
130 referenciada e 60% para a população própria. 3) para o M3 parâmetro de internação de 8% da
131 população/ano.
- 132 **Isaltina -** questionou sobre o valor de 30% para os municípios referenciados achou injusto na sua
133 opinião o município de Londrina ficar apenas com 70%, deveria ficar com 80% e os demais
134 municípios com 20%.
- 135 **Arlene-** esclarece que municípios vão ter que melhorar seu sistema de controle e avaliação e a
136 regulação vai ser um pouco maior. Em relação às cotas, se tiverem problemas, as mesmas vão ter
137 que ser repactuadas.
- 138 **Sílvio-** Esclarece que um compromisso que um município pequeno deve ter é não deixar que seu
139 usuário diga que reside por exemplo em Londrina.
- 140 **Arlene-** fala que a PPI foi elaborada em cima da produção de 2001 e isto é o que está sendo
141 apresentado para o CES. A PPI traz a figura nova de o Estado estar sendo regulador destas
142 referências e os municípios precisam assinar termo de compromisso com a SESA. O
143 acompanhamento é por relatório trimestral e a revisão é periódica.
- 144 **Paulo-** o Estado elabora. O estado não tem o mesmo quadro de funcionários que tinha antes do
145 CIS. Houve enxugamento do quadro de RH. Houve privatização do serviço.
- 146 **Marina-** preocupação que persiste é a questão do usuário poder optar de uma microregião para
147 outra, considerando optar por outro profissional ou por algum descontetamento.
- 148 **Arlene-** fala que no M1 a população n/ao sai do território, e que no M2 a RS só não absorve parte
149 da região.
- 150 **Derivan-** fala que o encaminhamento está vindo de cima.
- 151 **Arlene-** fala que a migração é preocupante. Os princípios de hierarquização regionalização e
152 controle social devem ser buscados. Precisamos nos convencer de que não podemos correr de
153 lado para outro. Não é só o acesso, quantidade, mas a qualidade no serviço que deve ser avaliada.
154 Se não houver qualidade nu serviço pactuada, a referência deverá ser retirada.
- 155 **Sílvio-** devemos ter claro que com a pactuação, gestor pode negar algum atendimento coisa que
156 não estiver pactuada e não vai estar errado.

MEMÓRIA DA REUNIÃO DA COMISSÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E DE ACESSO AO SUS/CES

157 **Paulo-** não sou conselheiro, só membro da comissão de acesso ao SUS, mas questiono a agenda.
158 A comissão não tem condições de absorver toda a complexidade e pareceres devem ser
159 recomendados para avaliação. Menciona ainda que no interior a questão não avançou.

160 **Alide-** pergunta se no processo de habilitação do estado, os conselheiros municipais de saúde que
161 estão habilitados pela NOB-SUS/96 em gestão plena da atenção básica, também já deveriam ter
162 sido informados da NOAS e esta discutida nos C.M.S .

163 *****SESA-** esclarece que não, e que até o momento participaram os municípios que estavam
164 habilitados na gestão plena do sistema.

165 **Márcia** - pergunta se existe algum aspecto com o qual a comissão de acesso ao SUS não concorde
166 em absoluto.

167 **Marina-** lança a pergunta à comissão.

168 A POSTURA DESTA COMISSÃO FICA ASSIM DIANTE DA APRESENTAÇÃO SOBRE A NOAS E APÓS
169 AS DISCUSSÕES:

170 **A Comissão de Assistência à Saúde e Acesso ao SUS não teve pontos de grande**
171 **divergência quanto à apresentação da NOAS, mas recomenda:**

172 1) o usuário terá o direito ao atendimento/assistência nos locais indicados, de acordo com o
173 pactuado. Se for necessário, o usuário poderá fazer a escolha de acordo com a localização
174 geográfica, especialidade deficiência na qualidade do atendimento, demora ou dificuldades nos
175 encaminhamentos, ou qualquer outro fator de relevante que afete a qualidade e ou continuidade d
176 de atendimento.

177 **2) que os conselheiros municipais de saúde tenham inteiro conhecimento e**
178 **participação nas discussões da NOAS, do PDI, do PDR, do PPI em suas microrregiões,**
179 **uma vez que um dos pré-requisitos para a habilitação e qualificação do município é ter**
180 **Conselho Municipal de Saúde.**

181 Encerrada a apresentação da SESA sobre a NOAS por volta das 12:30hs destaca-se que a
182 discussão sobre o assunto deverá ser constante nas reuniões da Comissão.. A reunião desta
183 comissão prosseguiu até 12:45hs.

184 **Marina-** fez a leitura parcial de 2 ofícios de denúncias e maus atendimentos. Os mesmos serão
185 encaminhados para ouvidoria e solicita que o seu parecer retorne à comissão. Após foi lido outro
186 ofício encaminhado pelo Dr. RUY à SESA sobre atendimento de ortopedia e obstetrícia aos
187 usuários de Paranavaí onde o Hospital credenciado não está atendendo o SUS nestas
188 especialidades. Como desdobramentos deste último ofício, a Comissão encaminha à mesa para
189 que se verifique a situação e sugere que; a SESA interfira com urgência para que a Santa Casa
190 retorne ao atendimento imediatamente, não havendo acordo ou caso haja impedimento neste
191 aspecto, que seja repassado o material solicitado. Ao Hospital São Paulo para qualificar melhor
192 atendimento.

193 **Pauta da reunião em maio:** como não foi possível ser cumprida integralmente a pauta desta
194 reunião, devido tempo cedido para apresentação da NOAS pela equipe da SESA, os assuntos
195 pendentes foram pautados para o mês de maio.

196 **Encaminhamento:** que a relatora Alide Marina Biehl Ferraes também passe a receber
197 informações, atas, minutas, convocação de reunião e outros relacionados à Comissão.

198 Em não havendo tempo hábil para digitar a minuta da reunião para os informes das Comissões
199 Temáticas, a apresentação desta Comissão se dará de forma verbal hoje à tarde, e a memória
200 encaminhadas posteriormente à SESA no dia 10/05/02.

201 Nada mais havendo a tratar, encerrou-se a reunião às 12horas e 45 minutos.