



**ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**

**ATA DA 172ª REUNIÃO ORDINÁRIA
DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**

LOCAL: Rua Esteves Júnior, 160, 8º andar – CEP. 88015-130 – Centro – Florianópolis/SC

DATA: 20 de setembro de 2012

HORÁRIO: 13 h

Presentes à Reunião

Secretaria de Estado da Saúde:

Dalmo Claro de Oliveira; Acélio Casagrande; Jocélio Voltolini; Helma Finta Uba; Ângela Blatt Ortiga, Winston Zomkowski, Lisiane Tuon Bitencourt.

Conselho de Secretarias Municipais de Saúde:

Eloi Trevisan (Campo Erê); Celso Luiz Dellagiustina (Bombinhas); Denizéte Monteiro Mota (São José do Cerrito); Sonia Bodanese (Vargeão); Alfredo Spier (São Miguel do Oeste); Marlei Paulo (Santa Rosa do Sul); Marcus Maluf (São Bento do Sul); Juliana Rigo (Blumenau); Maria de Lurdes Spricigo Freccia (Treviso).

Desenvolvimento dos trabalhos

A 172ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite teve início às 13:00 h, com a presença dos Membros acima descritos, sob a Coordenação do Coordenador da CIB/COSEMS Eloi Trevisan.

APROVAÇÃO DA ATA

A Ata da CIB 171ª foi aprovada.

1 DELIBERAÇÕES

2

3 a) PPI: ALTERAÇÕES DE FLUXOS DA PPI E TRANSFERÊNCIAS DE GESTÃO

4 A CIB **APROVOU** a transferência de gestão do Município de Mafra; revisão de
5 transferência de gestão dos Municípios de São Miguel do Oeste, Joinville, Morro da Fumaça,
6 Palmitos; e pagamentos retroativos para os Municípios de São Miguel do Oeste; Jacinto
7 Machado, Videira, Jaraguá do Sul, Caibí, Modelo, Santa Terezinha do Progresso, Sul Brasil,
8 Morro da Fumaça e Dona Emma e alterações de fluxos. Eloi Trevisan, Coordenador da
9 CIB/COSEMS, informa que dos 293 países que assinaram o pacto em SC, 122 assumiram a
10 gestão plena e considera esse número baixo. Preocupa-se com o fato de que alguns grupos de
11 procedimentos transferidos não são acompanhados do recurso. Independente de haver a
12 comprovação da produção pensa que o recurso deveria ser repassado simultaneamente.
13 Jocélio Voltolini, Diretor de Planejamento, Controle e Avaliação, cita que todos os
14 municípios já extrapolaram as datas que haviam se comprometido a assumirem a gestão. Que
15 se fará um trabalho para que todos os municípios assumam, no mínimo, os serviços próprios
16 e que as regras permanecem as mesmas até a assinatura do COAP.

17



18 **b) TRS: ENCONTRO DE CONTAS**

19 A CIB **APROVOU** o pagamento administrativo do déficit da TRS, competência agosto a
20 dezembro de 2011 e janeiro a junho de 2012, totalizando R\$ 497.678,81. O valor de R\$
21 349.937,32 para os municípios sede do serviço e o valor de R\$ 147.741,49 para a Gestão
22 Estadual.

23

24 **c) INDICADORES DO ESTADO (SISPACTO)**

25 A CIB **APROVOU** a pactuação dos indicadores de diretrizes, objetivos e metas de 2012.
26 Eloi Trevisan, Coordenador da CIB/COSEMS, esclarece que os municípios terão autonomia
27 para pactuar os seus indicadores, já que estes indicadores do Estado representam a média
28 alcançada pelo conjunto dos municípios. O Estado apresenta diferenças regionais. Ivone
29 Carmen Bieger, Coordenadora do Núcleo do Pacto, menciona que foi necessário ajustar a
30 série histórica do Estado. Com relação ao **item 7** – citopatológico, a taxa está acima do que
31 se pensava. A meta em 2011 já foi em 0,71 e a SES estava com 0,30%, constatando que
32 houve falha. A pactuação foi consensuada em 0,70%, sendo que a média nacional é de 0,75.
33 Quanto ao **item 9** – Seguimento/tratamento, a discussão preconiza que se façam 100% das
34 mulheres. Houve também problemas na alimentação do Siscolo. Em 2011, a meta alcançada
35 em SC foi de 32,16%. Ivone sugere que a meta deva ser de 100% para que nenhuma mulher
36 fique de fora, mesmo que a série histórica esteja baixa. Acélio Casagrande, Secretário
37 Adjunto de Estado da Saúde, considera baixos os 40% pactuados, mas também considera
38 altos os 100%. Sonia Bodanese, Secretária Municipal de Vargeão, acredita que há erros nos
39 cálculos e na alimentação deste indicador. A pactuação foi consensuada em 70%. **Item 6** –
40 número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência implantada: Em 2011,
41 houve 412 unidades notificadoras e a meta é aumentar 20% das unidades e que estas
42 unidades devam ser registradas no CNES. Ivone Carmen cita que a meta seriam 82 unidades
43 adicionadas às 412 unidades. Essas 82 unidades em número absoluto representam o
44 acréscimo de 20%. No MS, o registro desse indicador deve ser em número absoluto. Celso
45 Dellagiustina, Secretário Municipal de Saúde de Bombinhas, pensa que, se é obrigatório a
46 notificação, todas as unidades tem que fazer o registro no CNES, passando todas as UBS de
47 SC serem notificadoras. Ivone Carmen Bieger cita que o índice é baixo porque não há o
48 registro no CNES. O **item 10** – partos normais: em 2011, a meta já era de 41%, ficando
49 pactuado em 41%. Jocélio Voltolini lembra que os partos realizados em caráter particular ou
50 de outros convênios, a SES não possui governabilidade. **Item 11** – com sete ou mais
51 consultas de pré-natal. Ivone Carmen cita que a meta proposta é de 69%. A série histórica
52 mostra isso e teoricamente, não se pode pactuar menos do que SC já alcançou. Denizéte
53 Mota, Secretária Municipal de Saúde de São José do Cerrito, considera a taxa alta, alegando
54 que as adolescentes já chegam às unidades básicas com 3 a 4 meses de gestação. Sonia
55 Bodanese, Secretária Municipal de Saúde de Vargeão, alega que o índice é alta e menciona
56 os ambulantes do Oeste devido aos assentamentos, povos indígenas, safras, fronteiras, que
57 chegam às unidades de saúde com gravidez adiantada, não permitindo o alcance desta meta.
58 Celso Dellagiustina, Secretário Municipal de Saúde de Bombinhas, cita que no PMAQ há o
59 protocolo que permite mais 03 consultas de pré-natal realizadas pelas enfermeiras. E pensa
60 que se compensaria, sobretudo nas gestações de risco dessas pacientes. Ficou pactuado em
61 69%. **Item 14** – óbitos infantis e fetais investigados. Ivone Carmen informa que SC já está
62 em 2011 com 46,3%. A meta Brasil é 35%. Ficou pactuado em 47%. **Item 22** – Óbitos com
63 causas básicas definidas. Ficou pactuado em 95%. Quanto aos **itens 26 e 29**, não se pode
64 modificar os enunciados. Quanto ao **item 31** – Ouvidoria, Ivone Carmen esclarece que foi



65 pactuado este número de 1,36%. Esse indicador é pactuado em proporção de municípios para
66 o Estado. O Município que necessita implantar uma Ouvidoria, ele pactuará uma Ouvidoria
67 em número absoluto. O Município entra em contato com a Ouvidoria do Estado, recebe um
68 Kit de apoio onde serão realizadas as orientações e capacitações. Para SC, a CIT definiu 04
69 municípios em SC para implantação de Ouvidoria em 2012. Celso Dellagiustina, Secretário
70 Municipal de Saúde de Bombinhas, lembra do **indicador 18** – de redução de fratura de fêmur.
71 A Sociedade Brasileira de Ortopedia diz que não se **conseguiu** reduzir 2% das fraturas de
72 fêmur. Que conseguiram incluir na linha de cuidado da assistência farmacêutica, como
73 obrigatório para mulheres acima de 65 anos, o uso do aledronato e na prática observou que
74 houve redução com o uso do aledronato. Ivone Carmen cita que SC já alcançou 21%. A
75 pactuação deveria ser um pouco maior. Ficou consensuado em 2%. **Mirvaine Panizzi**,
76 Técnica da Gerência da Atenção Básica, sugere no **item 3** – pactuar 74%, porque SC já
77 alcançou 73,8%. Esse indicador é novo, do COAP e considera saúde da família e atenção
78 básica pela carga horária do médico.

79

80 **d) HABILITAÇÃO DE 10 LEITOS DE UTI ADULTO TIPO II PARA A SOCIEDADE BENEFICENTE**
81 **HOSPITALAR DE MARAVILHA**

82 A CIB **APROVOU** a habilitação de 10 leitos de UTI Adulto Tipo II, para a Sociedade
83 Beneficente Hospitalar de Maravilha, do Município de Maravilha. Esta habilitação segue as
84 exigências da Portaria GM/MS 3.432 de 12 de agosto de 1998, ficando condicionado o
85 incremento de recurso financeiro no Teto Livre do Estado por conta do Ministério da Saúde,
86 impreterivelmente. Jocélio Voltolini, Diretor de Planejamento, Controle e Avaliação,
87 informa que já havia a solicitação do Hospital e que esses leitos já estavam autorizados e a
88 SES já vinha pagando esses leitos de forma administrativa. O Hospital cumpriu com as
89 exigências e a documentação necessária para a habilitação. Eloi Trevisan, Coordenador da
90 CIB/COSEMS, cita que já melhorou o acesso na Região, que é de acordo com a habilitação,
91 mas é necessário que a Portaria GM/MS 3.432 seja cumprida com relação à carga horária.

92

93 **e) PROTOCOLO DE MANCHESTER – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO – ADOÇÃO PARA SC**

94 A CIB **APROVOU**, como critério para implantação e ‘implementação’ de acolhimento com
95 classificação de risco, o Protocolo de Classificação de Risco no Serviço de Urgência e
96 Emergência/Sistema Manchester, como linguagem única adotada em urgência e emergência
97 no Estado de Santa Catarina, **em todos os níveis de atenção**. O Secretário Municipal de
98 Saúde de Bombinhas, Celso Dellagiustina, cita que o Protocolo de Manchester é considerado
99 um dos mais seguros pela literatura mundial; já foi sanado o problema em que enfermeiros
100 não poderiam realizar classificação de risco, considerando que não conota um ato médico,
101 então ele pode ser adotado para toda SC. Mas, sugere que o protocolo deva ser estendido às
102 redes, acrescentado também à atenção básica. Ana Búrigo, Coordenadora da Rede de
103 Urgência e Emergência, cita que é importante à aprovação desse protocolo, pois com a
104 implantação nas macrorregiões Norte e Nordeste, será dado início a programação de
105 implantação nas outras regiões de SC. Informa que o recurso já está alocado para as
106 capacitações de profissionais ligados à SES que funcionarão como replicadores. Ângela Blatt
107 Ortiga, Gerente de Planejamento do SUS, para a liberação do recurso do BIRD, é necessário
108 que exista um documento aprovando a adoção do protocolo em SC. Salienta que o problema
109 com outros protocolos é que esses não possuem uma diretriz de fluxograma e isso dificulta
110 para o classificador. O Secretário Municipal de Saúde de Bombinhas, Celso Dellagiustina,
111 menciona que o caminho do MS é pela adoção do protocolo de Manchester pelo grau da sua



112 segurança. Também define as responsabilidades na atenção básica, ou seja, a atenção básica
113 tem que ter condições de dar o primeiro atendimento. Se os funcionários na atenção básica
114 não saberem fazer a classificação, sem segurança poderão se equivocar e procederem a
115 encaminhamentos errôneos. Sonia Bodanese, Secretária Municipal de Saúde de Vargeão,
116 solicita que os hospitais sejam comunicados da adoção do Protocolo de Manchester para que
117 não invistam em outros protocolos, já que o mesmo não será adotado de imediato em todas
118 as Regiões do Estado de Santa Catarina.

119

120 **f) ALTERAÇÃO DO PLANO DA CARDIOLOGIA – INCLUSÃO DE TUBARÃO NO PLANO**

121 A CIB **AUTORIZOU** a vistoria no Hospital Nossa Senhora da Conceição, no município de
122 Tubarão, com vistas à habilitação como Unidade de Assistência em Alta Complexidade, nos
123 serviços de assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular e em procedimentos
124 da cardiologia intervencionista. A unidade relacionada será vistoriada e deverá atender os
125 requisitos especificados na legislação vigente. O Fluxo do Plano para a Organização da Rede
126 Estadual de Atenção em Alta Complexidade de Cardiologia em Santa Catarina só será
127 alterado após a publicação da habilitação pelo Ministério da Saúde, devendo o processo
128 retornar à CIB para a devida aprovação. Ângela Blatt Ortiga, Gerente de Planejamento do
129 SUS, informa que o Ministério da Saúde quebrou os parâmetros da cardiologia, Portaria
130 433/2010, em função do desenho das redes e do tempo resposta. Em função disso, foram
131 reavaliados os parâmetros e no Sul, há quase um milhão de habitantes, mas o parâmetro
132 populacional ficará baixo com a implantação de outro serviço em Tubarão. Marlei Paulo,
133 Secretária Municipal de Saúde de Santa Rosa do Sul e Coordenadora da CIR do Extremo Sul
134 Catarinense, solicita que a vistoria no Hospital de Tubarão seja realizada com urgência, pela
135 necessidade do serviço e das várias reclamações em relação ao serviço de Criciúma. Eloi
136 Trevisan, Coordenador da CIB/COSEMS reforça o pedido da Secretária de Santa Rosa do
137 Sul, pela necessidade do serviço na Região.

138

139 **g) PLANO DE TRABALHO DA PORTARIA 2.979/2011 – RECURSO DO ANEXO II**

140 A CIB **APROVOU** o Plano de Trabalho referente ao recurso do Anexo II das Portarias
141 GM/MS n° 2979, de 15 de dezembro de 2011 e a Portaria GM/MS n° 3.160 de 27 de
142 dezembro de 2011, de Santa Catarina, condicionado à avaliação do Grupo de implantação e
143 implementação do Decreto 7.508/2011 em SC. Ângela Blatt Ortiga, Gerente de
144 Planejamento do SUS, esclarece que o Ministério da Saúde enviou Ofício, cobrando o Plano
145 de Trabalho para a liberação dos 30% e 40% dos recursos finais. Ângela Blatt Ortiga
146 informa também que os percentuais sobre os instrumentos de gestão de SC, que constam do
147 Ofício do Ministério da Saúde já foram atualizados. E ainda há 07 municípios em SC, sem
148 Relatórios de Gestão.

149

150 **h) PLANO DE EXPANSÃO DA RADIOTERAPIA: RETIFICAÇÃO DA DEL. 114/CIB/2012**

151 A CIB **APROVOU** o Novo Plano de Expansão da Radioterapia de Santa Catarina,
152 considerando a mudança na prioridade número 1, onde incluiu a implantação de um segundo
153 serviço na Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira Hospital Regional do Oeste. Jocélio
154 Voltolini, Diretor de Planejamento, Controle e Avaliação, esclarece que essa mudança se deu
155 em função do Hospital Santo Antônio de Blumenau já ter recebido recurso do Estado de SC,
156 já estar construindo a Casamata e também adquirido o equipamento de radioterapia. Desse
157 modo, vai em sentido contrário ao projeto do Ministério da Saúde que é a construção da
158 Casamata com o equipamento comprado pelo Ministério da Saúde, sendo excluído então o



159 Hospital Santo Antonio da lista anterior do Plano de Expansão. A escolha do Hospital do
160 Oeste foi em função de que aquele serviço já opera em três turnos, acima da sua capacidade
161 instalada. Poderia ter sido em São Miguel do Oeste, mas este Município já visualiza a
162 dificuldade na contratação do profissional físico e do radioterapeuta.

163

164 i) **RATIFICAÇÕES DE ORDEM DE SERVIÇO E CONCLUSÕES DE OBRA**

165 A CIB APROVOU as ratificações de Ordem de Serviço e Atestado de Conclusão de Obra,
166 Portarias MS 2.226/2009, 2.206/2011, 1.401/2011 e 2.648/2011 (Brusque, Florianópolis, São
167 Cristóvão do Sul, Laguna, Coronel Martins, Lontras, Jaraguá do Sul).

168

169 j) **FINANCIAMENTO FEDERAL – PORTARIA MS 2.198/2009**

170 A CIB APROVOU a solicitação de financiamento para Ibicaré, para aquisição de
171 equipamentos, recurso Portaria MS 2.198/2009.

172

173 k) **FINANCIAMENTO FEDERAL – PORTARIA MS 22/2012**

174 A CIB APROVOU a solicitação de financiamento para São Bento do Sul, recurso Portaria
175 MS 22 de 09 de agosto de 2012 – cultura e Paz.

176

177 **HOMOLOGAÇÃO**

178 **Deliberações ad referendum:** 380/CIB/2012 – Aprova a solicitação de recurso para
179 aquisição de equipamentos e material permanente, para o Município de CHAPECÓ, recurso
180 Portaria Ministério da Saúde 2.198/2009; 381/CIB/2012 – Aprova a solicitação de recurso
181 para aquisição de equipamentos e material permanente, para o Município de CHAPECÓ,
182 recurso Portaria Ministério da Saúde 2.198/2009; 382/CIB/2012 – Ratifica a Ordem de
183 Serviço, de 28 de maio de 2012, de São José do Cerrito, para construção da Base do SAMU –
184 Município de São José do Cerrito, recurso Portaria 2.226/2009; 383/CIB/2012 – Ratifica a
185 Ordem de Serviço 003, 03 de agosto de 2012, de Brusque, para reforma da Unidade de Saúde
186 Cedrinho, Município de BRUSQUE, recurso Portaria Ministério da Saúde 2.206/2011;
187 384/CIB/2012 – Ratifica a Ordem de Serviço 004, 03 de agosto de 2012, de Brusque, para
188 reforma da Unidade de Saúde Bateas, Município de BRUSQUE, recurso Portaria Ministério
189 da Saúde 2.206/2011; 385/CIB/2012 – Ratifica a Ordem de Serviço 009, de 14 de agosto de
190 2012, para reforma do Posto de Saúde Central, Rua José Bahia Bittencourt, S/N – Balneário
191 Piçarras, recurso Portaria Ministério da Saúde 2.206/2011; 386/CIB/2012 – Ratifica a Ordem
192 de Serviço de 30 de agosto de 2012, para reforma da Unidade Sanitária Sede, Rua Juarez
193 Távora esquina com Eugênio Avanci – Município de GARUVA, recurso Portaria Ministério
194 da Saúde 2.206/2011; 387/CIB/2012 – Ratifica a solicitação de mudança de endereço que
195 consta na Proposta 4218302490951/10571, CNES 2490951 – Unidade Sanitária Campininha
196 – Município de Três Barras, para a Unidade Básica de Saúde da Família CNES 7101864 –
197 Município de Três Barras, recurso Portaria Ministério da Saúde 2.206/2011; 388/CIB/2012 –
198 Aprova solicitação de financiamento federal para projeto da SES – Hospital Governador
199 Celso Ramos; 389/CIB/2012 – Aprova solicitação de financiamento federal para projeto da
200 SES – Hospital Infantil Joana de Gusmão; 390/CIB/2012 – Aprova solicitação de
201 financiamento federal para projeto da SES – Nereu Ramos; 391/CIB/2012 – Aprova
202 solicitação de financiamento federal para projeto da SES – Hospital Hans Dieter Schmidt;
203 392/CIB/2012 – Aprova solicitação de financiamento federal para projeto da SES – Hospital
204 Regional de São José Homero de Miranda Gomes; 393/CIB/2012 – Aprova solicitação de
205 financiamento federal para projeto da SES – Hospital Geral e Maternidade Tereza Ramos;



206 394/CIB/2012 - Aprova solicitação de financiamento federal para projeto da SES – Hospital
207 Waldomiro Colautti; 395/CIB/2012 – Aprova solicitação de financiamento federal para
208 projeto da SES – Instituto de Cardiologia de Santa Catarina; 396/2012 – Aprova solicitação
209 de financiamento federal para projeto da SES – Maternidade Carmela Dutra; 397/CIB/2012 –
210 Aprova solicitação de financiamento federal para projeto da SES – Maternidade Dona
211 Catarina Kuss; 398/CIB/2012 – Aprova solicitação de financiamento federal para projeto da
212 SES – Maternidade Darcy Vargas; 399/CIB/2012 – Aprova solicitação de financiamento
213 federal para projeto da SES – Maternidade Darcy Vargas, inclusão na Rede Cegonha;
214 400/CIB/2012 – Aprova solicitação de financiamento federal para projeto da SES –
215 Maternidade Carmela Dutra, inclusão na Rede Cegonha; 401/CIB/2012 - Aprova solicitação
216 de financiamento federal para projeto da SES – Hospital e Maternidade Tereza Ramos,
217 inclusão na Rede Cegonha.

218

219 **DISCUSSÃO E ENCAMINHAMENTOS**

220 Não houve assunto pautado neste item.

221

222 **DOCUMENTOS RECEBIDOS**

223 Justificativas de ausências na reunião desta CIB, da Secretária Municipal de Saúde de
224 Joinville, Maria Antonia Grigol;

225 Justificativas de ausências na reunião desta CIB, do Secretário Municipal de Saúde de Iporã
226 do Oeste, Edson Thesing;

227 Justificativas de ausências na reunião desta CIB, da Secretária Municipal de Saúde de
228 Pomerode, Maria Regina de Souza Soar.

229

230 **INFORMES**

231

232 a) **RELATÓRIO DE AUDITORIA**

233 A Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação da SES/Gerência de Auditoria
234 encaminhou o relatório de auditoria, referente ao mês de agosto de 2012, para que os
235 gestores constatem sobre as auditorias em andamento ou concluídas em seus municípios.

236

237 b) **PROCESSOS EM ANDAMENTO NA GERÊNCIA DE ATENÇÃO BÁSICA**

238 A Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação da SES/Gerência da Atenção Básica
239 encaminhou as planilhas com os processos em andamento na Gerência de Atenção Básica,
240 para que os gestores constatem se há pendências em seus municípios.

241

242 c) **ONCOLOGIA DE RIO DO SUL**

243 Ângela Blatt Ortiga, Gerência de Planejamento do SUS, informa que não foi realizada a
244 vistoria no serviço de Rio do Sul para a habilitação em alta complexidade – UNACON,
245 porque o mesmo informou que está em construção.

246

247 d) **PROESF**

248 Antes de iniciar o informe sobre o PROESF, Lisete Contin, Gerente de Atenção Básica,
249 informa sobre o folder de prevenção de redução de fratura de fêmur para o idoso. Cita que,
250 por iniciativa do Secretário Adjunto de Estado da Saúde Acélio Casagrande, a Gerência da
251 Atenção Básica realizou um Encontro Estadual (04/09/2012) onde foi lançada a semana de
252 sensibilização da saúde da pessoa idosa, com medidas de promoção e prevenção. Acélio



253 Casagrande, Secretário Adjunto de Estado da Saúde, menciona que a atenção primária de
254 saúde merece toda atenção, pois o seu funcionamento impacta nas ações hospitalares. Celso
255 Dellagiustina, Secretário Municipal de Saúde de Bombinhas, concorda com as orientações de
256 redução de fratura de colo de fêmur, sendo que hoje o Ministério da Saúde inseriu como
257 obrigatório o uso contínuo do alendronato de sódio, considerando que o mesmo reduz
258 efetivamente a fratura do colo de fêmur. Retornando ao item do PROESF, Mirvaine Panizzi,
259 Técnica da Gerência da Atenção Básica, apresenta o Programa de Expansão e Consolidação
260 da Saúde da Família – PROESF em SC. Cita que é uma iniciativa do Ministério da Saúde,
261 viabilizada a partir de um acordo de empréstimo celebrado com o Banco Interamericano de
262 Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD). A primeira fase do Projeto PROESF está
263 concluída. A segunda etapa da Fase 2 do PROESF relaciona-se com o atual momento de
264 desenvolvimento da Atenção Básica Brasileira marcado pela publicação da Portaria n 2.488,
265 de 21 de outubro de 2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a
266 revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e para a Estratégia
267 Saúde da Família e da Portaria n. 1.654, de 19 de julho de 2011 que institui o Saúde Mais
268 Perto de Você – Acesso e Qualidade, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da
269 Qualidade da Atenção Básica – PMAQ. A segunda etapa da fase II do PROESF deverá ser
270 executada até dezembro de 2012, de acordo com o Termo de Compromisso nº 330119/2012,
271 assinado entre a SES e o Ministério da Saúde. Os indicadores a serem contratualizados na
272 segunda etapa da fase II do PROESF são: Dimensão Apoio Institucional; Dimensão
273 Educação Permanente; Dimensão Monitoramento e Avaliação e a Dimensão Financiamento
274 Estadual. Para atender estes indicadores e suas dimensões, foi contratada uma instituição
275 universitária; uma empresa especializada para o Gerenciamento e Prestação de Serviços,
276 além de aquisição de computadores para a GEABS e GERSA. 1 – Instituição universitária
277 para atuar como Centro Colaborador da SES no aperfeiçoamento do Plano Estadual de
278 Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica; na capacitação da Gerência de Coordenação
279 da Atenção Básica e Gerências Regionais de Saúde em monitoramento e avaliação da
280 Atenção Básica, como parte do processo de planejamento e programação, e na divulgação
281 das informações e resultados alcançados, bem como no uso destes resultados; na realização
282 de aperfeiçoamento da Metodologia de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica,
283 desenvolvida durante o PROESF-1; e na realização de Avaliação dos Núcleos de Apoio à
284 Saúde da Família em Santa Catarina. 2 – Empresa Especializada para o Gerenciamento e
285 prestação de Serviços para a realização de Cursos, Capacitação, Oficinas, Transporte,
286 Hospedagem, Alimentação, Local para realização de Seminários e Serviços de Terceiros,
287 assim descritos: Capacitação de duas turmas EAD sobre Gestão de Recursos Financeiros do
288 SUS com parceria da Escola de Saúde Pública da SES/SC; Um curso presencial de
289 monitoramento e avaliação, contemplando o desenvolvimento de ferramentas de
290 acompanhamento dos indicadores do Pacto pela Saúde e do PMAQ, para subsídio ao apoio
291 institucional das Coordenações Macrorregionais de Fortalecimento da Atenção Básica da
292 GEABS, GERSA e municípios. Contratação de assessoria para o desenvolvimento,
293 atualização e adequação à legislação de conteúdo, em acordo com a Portaria 2527 de
294 19/10/2006, que define os conteúdos mínimos do curso introdutório para profissionais da
295 Saúde da Família e 2488 de 21/10/ 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica,
296 visando atender a demanda de Capacitação das Equipes Saúde da Família de SC.
297 Desenvolvimento de curso EAD de apoio institucional, a ser ofertado para os
298 coordenadores/responsáveis pela Atenção Básica dos 293 municípios, via Telessaúde. O
299 foco do curso será a organização do processo de trabalho da gestão e das equipes,



300 qualificando-os para a adesão, desenvolvimento e bom desempenho no PMAQ. Oficinas de
301 fortalecimento do apoio institucional de acompanhamento do desenvolvimento do PMAQ, e
302 de avaliação dos processos de gestão e de apoio, para a Gerência de Coordenação da
303 Atenção Básica. Oficinas Macrorregionais de fortalecimento do apoio institucional para
304 Atenção Básica; de acompanhamento do desenvolvimento do PMAQ, e de avaliação dos
305 processos de gestão e de apoio.

306

307 e) PMAQ

308 Mirvaine Panizzi, Técnica da Gerência da Atenção Básica, apresenta o processo de avaliação
309 em SC. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ, criado pela
310 Portaria 1.654 do Ministério da Saúde, de 19 de julho de 2011, é um componente da nova
311 Política Nacional de Atenção Básica – PNAB. A criação do “Componente de Qualidade” do
312 Piso de Atenção Básica – PAB Variável possibilita aos municípios até dobrar o recurso
313 recebido por equipe, caso alcancem um desempenho “ótimo” nos “padrões”. Equipes bem
314 avaliadas poderão receber até R\$ 11 mil adicionais, por mês, sendo R\$ 8.500,00 por Equipe
315 de Atenção Básica e R\$ 2.500,00 por Equipe de Saúde Bucal vinculada a uma ou a duas
316 Equipes de Atenção Básica. O PMAQ está organizado em quatro fases: 1 – Adesão e
317 Contratualização; 2 – Desenvolvimento; 3 – Avaliação Externa; e 4 – Reconstrução.
318 Ao aderir, cada EAB passou a receber vinte por cento do Componente de Qualidade do PAB.
319 Esse percentual é repassado até a realização da avaliação externa e conclusão da certificação
320 da equipe, quando passa a depender do desempenho alcançado. **Na fase de adesão, Santa**
321 **Catarina apresentou o melhor percentual de equipes que aderiram ao PMAQ entre**
322 **todos os estados, com quase 80% das equipes existentes. Na fase de desenvolvimento,**
323 **onde um dos componentes é o uso da autoavaliação, Santa Catarina novamente**
324 **alcançou o melhor resultado entre os estados brasileiros, com 100% das equipes**
325 **utilizando o AMAQ.** A terceira fase é a da avaliação externa, realizada por Centros
326 Colaboradores, no caso de Santa Catarina foi a UFSC em parceria com a Universidade
327 Federal de Pelotas. A avaliação externa foi realizada no período de 25 de junho a 31 de
328 agosto de 2012. Foram avaliadas 1.104 equipes de Saúde da Família e realizado censo em
329 mais de 1500 Unidades Básicas de Saúde. O Ministério da Saúde anuncia que o resultado
330 final, apresentando o desempenho alcançado pelas equipes avaliadas será oficialmente
331 disponibilizado na segunda quinzena de novembro, conforme pactuado na Comissão
332 Intergestores Tripartite – CIT. Mas os primeiros resultados, apenas por municípios e não por
333 equipe, já estão disponíveis no endereço www.saude.gov.br/dab. Nesta primeira lista
334 constam 193 municípios catarinenses. Os valores são retroativos aos meses de abril, de maio,
335 de junho e de julho de 2012. Conforme avança a certificação, os valores estarão sendo
336 disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

337

338 f) EDUCAÇÃO PERMANENTE E CONTINUADA

339 Hellen Bunn, Técnica da Gerência da Atenção Básica, apresenta a proposta para a Educação
340 Permanente. Cita que a Educação Permanente vem sendo pensada a partir do recurso
341 repassado pelo Ministério da Saúde. Que a mesma foi discutida no Grupo de Trabalho da
342 Câmara Técnica da Atenção Básica e o documento orientador foi construído a partir dessa
343 discussão, no sentido de agregar os treinamentos da Atenção Básica e Estratégia de Saúde da
344 Família. Ressalta que se continua fazendo educação continuada e não educação permanente.
345 Que há diferenças entre as duas: Educação Permanente – o diagnóstico, as necessidades de
346 treinamento e os problemas a serem resolvidos devem surgir de dentro do Local de Trabalho



347 e devem promover mudanças nos processos de trabalho. Similar ao método da Pesquisa
348 Ação, a pergunta da pesquisa ou a questão necessária para o treinamento surge do local do
349 trabalho e não do pesquisador/treinador, enquanto que a Educação Continuada referem-se
350 aos treinamentos/aulas professor-aluno. Não realiza um diagnóstico preciso das necessidades
351 de treinamento no local do trabalho o que acaba em que profissionais realizam o mesmo
352 treinamento várias vezes ou que recebem treinamento aquém do seu conhecimento. Para que
353 todos os profissionais de saúde e gestores compreendam essas diferenças, foi construído o
354 documento orientador que será compartilhado. A seguir a transcrição do documento
355 orientador “O Sistema Único de Saúde–SUS, constituído organicamente pelas Leis 8.080/90
356 e 8.142/90 e regulamentado pelo Decreto 7508/11, tem desde sua constituição a Atenção
357 Básica em Saúde entendida como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e
358 coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o
359 diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o
360 objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia
361 das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (MINISTÉRIO
362 DA SAÚDE, 2011). A Portaria 2488/11, em seu Anexo I inciso VI apresenta que é
363 responsabilidade de todas as esferas de gestão o desenvolvimento de mecanismos de
364 valorização dos profissionais da Atenção Básica em Saúde para a educação permanente,
365 visando a qualificação da atenção e da gestão. A educação permanente em saúde é
366 apresentada ainda como responsabilidade em particular de cada esfera de gestão.
367 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Para tanto o MS criou a Política de Educação
368 Permanente em Saúde para o Sistema Único de Saúde, instituída pela Portaria 1996/2007 e
369 em seu Anexo II apresenta que: “*A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde
370 o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A
371 educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de
372 transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como
373 aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações.
374 Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os
375 conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm (grifo nosso) Propõe que os
376 processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do
377 processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos
378 trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os
379 processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das
380 práticas profissionais e da própria organização do trabalho*” (MINISTÉRIO DA SAÚDE,
381 2007). A referida portaria reforça que é necessário o rompimento com a idéia da
382 verticalização do sistema e o entendimento da cadeia de cuidados progressivos à saúde, a
383 partir do cuidado em rede. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Ainda, buscando entre outras
384 diretrizes, estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e
385 indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os
386 resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica o Ministério da Saúde
387 instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
388 (PMAQ-AB) por meio da Portaria 1654/11 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a).
389 Regulamentando as capacitações necessárias, a Portaria 2527/06 apresenta uma proposta de
390 capacitação com conteúdo mínimo de 40 horas para as equipes da Saúde da Família as quais
391 devem iniciar-se concomitantemente ao início dos trabalhos das equipes. (MINISTÉRIO DA
392 SAÚDE, 2006). Nota-se que a Portaria 2488/11 apresenta a Estratégia de Saúde da Família
393 como forma prioritária de atenção porém inova com necessidade de adscrição de população



394 também na atenção convencional, apresenta ainda esta atenção convencional como ponto de
395 atenção às redes. O Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, bem como os planos
396 regionais precisam entender os processos de trabalho das equipes, as peculiaridades deste
397 trabalho e a partir destes processos de suas fragilidades e dificuldades constituir estratégias
398 de educação que venham a minimizar estes fatores. O PMAQ por meio da autoavaliação das
399 equipes e da avaliação externa realizada nas equipes que aderiam ao processo, faz um
400 diagnóstico das fragilidades e principalmente aponta para o planejamento por meio das
401 matrizes de intervenção. A Portaria 2527/06 começa a não dar conta das modificações legais
402 e estruturais ocorridas, quando não considera a história da atenção e da gestão vivenciadas,
403 propondo um conteúdo que não promove a discussão e avaliação da prática cotidiana e desta
404 trajetória. Torna-se inócuo realizar treinamentos informativos para profissionais da atenção,
405 sem a efetiva discussão dos problemas do cotidiano e formas de enfrentamento. Diante do
406 arcabouço legal apresentado orienta-se: O Sistema Único de Saúde precisa realizar espaços
407 de educação permanente em seus pontos de atenção de rede de forma ininterrupta; Os
408 processos de educação permanente precisam estar em consonância com o Plano Regional de
409 Educação Permanente municipal e estadual; No momento da admissão o servidor precisa ter
410 um momento de reflexão sobre o espaço onde irá desenvolver seus trabalhos, a legislação
411 pertinente, a política de saúde existente e informações acerca de gestão e educação; Após
412 esta admissão, torna-se imprescindível que sistematicamente os servidores discutam seus
413 processos de trabalho, formas de enfrentamento dos problemas e articulação entre os pontos
414 de rede, utilizando preferencialmente os dispositivos do PMAQ, principalmente-AMAQ e
415 Matriz Diagnóstica como disparadores dos processos de educação permanente; A construção
416 das estratégias de educação permanente precisam ser de forma articulada entre Comissão de
417 Integração Ensino-Serviço, município, estado, Telessaúde, escolas do SUS, entre outras. A
418 Política Nacional de Humanização em seu dispositivo da Co-gestão apresenta que as
419 transformações ocorrerão na medida em que todos se sentirem responsáveis pelos processos
420 de produção. Para o Ministério da Saúde (2011), os sujeitos sociais, atores concretos e
421 engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente,
422 transformar realidades, transformando-se a si próprios neste mesmo processo”
423 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). O Coordenador da CIB/COSEMS, Eloi Trevisan,
424 parabeniza a apresentação.

425

426 Sonia Bodanese, Secretária Municipal de Saúde de Vargeão, pergunta sobre as cirurgias
427 eletivas de laqueadura e vasectomia. Como os hospitais que aderiram ao mutirão de cirurgias
428 poderão realizar se os mesmos não estão cadastrados para a realização desses procedimentos.
429 Jocélio Voltolini, Diretor de Planejamento, Controle e Avaliação, esclarece que todos os
430 Hospitais que farão cirurgias de laqueadura e vasectomia e não estejam cadastrados, sejam
431 encaminhados para a Gerência de Contratualização, para receberem as orientações de
432 habilitação.

433

434 Por fim, O Coordenador da CIB/COSEMS, Eloi Trevisan, sobre o Ato que ocorreu nesta
435 semana, no dia 18/09/2012, no Centro Administrativo do Governo do Estado, sobre o Pacto
436 por Santa Catarina com relação à saúde, manifesta a insatisfação enquanto COSEMS, por
437 não ter sido oficiado sobre o evento. Cita que recebeu o convite em mala direta como
438 Secretário Municipal de Saúde de Campo Erê. Lembra que os grandes articuladores e
439 executores das ações de saúde são os municípios, representados pelo COSEMS. Cita que a
440 fala do Secretário de Estado da Saúde, Dalmo Claro de Oliveira, nesse Ato, enalteceu a



441 atenção básica em Santa Catarina, mas foi esquecido que essas ações são desenvolvidas
442 pelos municípios. Que o COSEMS não é contrário a esse Pacto e em nome do COSEMS
443 coloca-se a disposição para colaborar com a implantação e a implementação em Santa
444 Catarina. Com relação às propostas, questiona quais serviços serão ofertados e como se dará
445 a gestão das Policlínicas. Lembra ainda que as CIRs, CIBs e as CITs foram legitimadas na
446 Lei 12.466 de 24 de agosto de 2011 como os fóruns de discussão. Ressalta que esse Pacto
447 deveria ser uma política de Estado e não de Governo. Mas, reforça que não são contrários e
448 se colocam à disposição para colaborar. Solicita que os locais de implantação das
449 Policlínicas sejam selecionados com acessibilidade e com garantia de acesso e regulação.
450 Também menciona que se deva pensar em ampliar o cofinanciamento da atenção básica em
451 SC. Dalmo Claro de Oliveira, Coordenador da CIB/SES, quanto ao Ato “Pacto por Santa
452 Catarina com relação à Saúde”, contextualiza o fato. Que já haviam demandas de
453 aprimoramentos e expansões em alguns hospitais e que foi oportuna a vinda desse recurso
454 para a saúde, dentre outros projetos do Estado de Santa Catarina. O Instituto de Cardiologia
455 funciona anexo ao Hospital Regional de São José e há reivindicação antiga para que
456 houvesse edificação própria adequada à cardiologia; Hospital Regional do Oeste está com a
457 capacidade instalada limitada e insuficiente e já havia um projeto para expansão; Hospital
458 Marieta Konder Bornhausen já havia projeto e já até havia iniciado; da mesma forma o
459 Hospital e Maternidade Tereza Ramos de Lages; O Hospital Florianópolis que está em
460 construção e que possui projeto doado pela Comunidade Amigos do Hospital e outros
461 Hospitais Próprios da SES. Mas há algumas exigências para o recebimento desse recurso
462 proveniente do BNDES, que os recursos sejam aplicados em construção, ampliação,
463 expansão em móveis do Estado. Em relação a leitos ou política hospitalocêntrica, há leitos
464 sobrando em pequenos hospitais, mas faltam leitos de UTI, leitos especializados. Ao concluir
465 este projeto, SC terá acrescentado 177 leitos de UTI. O Instituto de Cardiologia não
466 consegue ampliar o número de cirurgias por falta de leitos de UTI e área física. Esses são os
467 aspectos em que foram pensados aplicar os recursos destinados pelo Governo do Estado de
468 Santa Catarina. Acélio Casagrande, Secretário Adjunto de Estado da Saúde, agradece ao
469 COSEMS pela manifestação de apoio em todo o momento, pois é no município que
470 acontecem as coisas. Quanto as Policlínicas, o incentivo para o custeio no valor de R\$0,30
471 per capita já havia sido aprovado aqui na CIB. Mas, para que seja repassado esse recurso de
472 custeio, há exigências para construção e ou ampliação como número de habitantes; o terreno
473 deve ser do Estado, caso contrário, o BNDES não financia, sendo que esse recurso chegou
474 em boa hora. Quanto à gestão das Policlínicas, Acélio Casagrande cita que a SES e
475 Municípios trabalharão com os Consórcios Públicos e que os Consórcios serão discutidos
476 com a Associação dos Prefeitos. Hoje, está em 15.000 a lista de espera de pessoas do interior
477 para consultar com os especialistas aqui na capital; 15.000 que estão registrados, acredita que
478 esse número seja maior. Se as Policlínicas forem implantadas em cada Região, esses
479 deslocamentos acabarão ou serão bastante reduzidos, pois as 21 Policlínicas estarão
480 contemplando todo o Estado e as pessoas não se deslocarão a uma distância maior do que o
481 tempo de uma hora. Esperamos que consigamos atender todas as exigências do BNDES.
482 Desculpa-se por não ter ligado diretamente para o Presidente do COSEMS, menciona que
483 isso não mais ocorrerá e que estarão sempre compartilhando esses grandes momentos
484 importantes na evolução da integração do SUS. Eloi Trevisan, Coordenador da
485 CIB/COSEMS cita que há necessidade de mudar as datas das reuniões da CIB de outubro e
486 novembro. Ficaram pactuadas as datas de 08 de novembro e 06 de dezembro para as
487 próximas reuniões da CIB, não havendo reunião em outubro de 2012. A reunião de 06 de



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

488 dezembro, provavelmente será realizada no Meio Oeste. Eloi Trevisan e Dalmo Claro de
489 Oliveira agradecem a presença de todos e encerram a reunião.

490

491 Nada mais havendo a tratar, eu, Lourdes de Costa Remor, lavrei a presente Ata, assinada por
492 mim e pelos Coordenadores.

493

494

Florianópolis, 20 de setembro de 2012.