

Manhã – 9 às 12 h

- 1. Proposta de Regionalização da Assistência à Saúde - Secretaria de Assistência à Saúde/SAS/MS**
- 2. Habilitação dos Estados em Vigilância Sanitária – ANVS/MS**
- 3. Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças – ECD – FUNASA/MS**
 - 3.1 - Certificação de Municípios
- 4. Habilitação de Estados**
 - 4.1 – Gestão Avançada do Sistema Estadual
 - 4.2 – Gestão Plena do Sistema Estadual
- 5. Habilitação de Municípios**
 - 5.1 – Plena de Atenção Básica
 - 5.2 - Plena do Sistema Municipal

Tarde – 14.30 h

- 6. Plano de Saúde/Relatório de Gestão – Agendas de Prioridades – Secretaria de Assistência à Saúde/SAS/MS**
- 7. Padrão de Potabilidade para Água de Consumo - FUNASA**

4 – DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

O Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, coordenou a 11ª Reunião Ordinária da CIT, do dia 15 de dezembro de 2000.

1 - Proposta de Regionalização da Assistência à Saúde - o Secretário de Assistência à Saúde Dr. Renilson Rehem fez a apresentação da proposta de regionalização da assistência na qual estão contidas 3 áreas: 1) regionalização e organização da assistência; 2) fortalecimento da capacidade de gestão do SUS; 3) revisão de critérios de habilitação de estados e municípios. A proposta inclui ainda o detalhamento da elaboração do Plano Diretor de Regionalização, da ampliação da Atenção Básica; da qualificação das microrregiões na assistência à saúde, a organização da média complexidade e a política para a alta complexidade. A elaboração do Plano Diretor de Regionalização é uma atividade básica a ser assumida pelos estados através da SES e deverá ter os conteúdos mínimos do mecanismo de relacionamento intermunicipal, ou seja: a referência e o mecanismo de organização dos fluxos de referência, garantia de acesso, proposta de estruturação de redes, identificação da necessidade e proposta de fluxo de referência para outros estados. A intenção é que isso seja relacionado a toda assistência e não só à organização do primeiro nível. Com relação à Básica Ampliada, a intenção é de que todos os municípios brasileiros possam prestá-la num médio e longo prazo, e definir as áreas de atuação estratégicas para a Atenção Básica. O desdobramento do trabalho sobre a definição da responsabilidade sanitária para essa área já está sendo feito e isso vai levar à incorporação de novos procedimentos na atual relação dos procedimentos do piso da Atenção Básica. Na qualificação das microrregiões, a microrregião de saúde tem a base territorial para esse planejamento que pode compreender um ou mais módulos assistenciais, ou seja: um módulo pode ser uma microrregião, mas uma microrregião pode ser constituída por 2 ou mais módulos. O módulo é uma unidade menor, com resolubilidade correspondente ao 1º nível de referência, portanto tem que ter, por exemplo, laboratório, radiologia simples, ultra-som obstétrico e leitos que garantam pelo menos a assistência ao parto, com área de abrangência mínima estabelecida. Esse módulo assistencial pode ser um conjunto

formado por um município sede em Gestão Plena de Sistema com capacidade de ofertar a totalidade dos serviços do 1º nível de referência, e demais municípios adstritos na microrregião que encaminham sua população para atendimento do 1º nível de referência nesse município sede, ou município com capacidade de ofertar com suficiência a totalidade de serviços para sua população, mas que não precise desempenhar um papel de referência microrregional para outros municípios. Assim, pode-se ter uma microrregião: um só módulo, com 2 módulos ou ainda com município sede e municípios adstritos e ainda, uma microrregião composta para 3 módulos, mais com 1 módulo sede. Não é o município que resolve ficar sozinho, isso só vai acontecer se não houver municípios que dependam dele, e a definição dessa condição se dará de acordo com a perspectiva do interesse da região. Com relação ao financiamento, a idéia é de implantar um valor per cápita nacional na classificação das microrregiões da assistência, correspondentes a esse conjunto de serviços ambulatoriais, porque na Atenção Básica a incorporação de outros procedimentos significa também a ampliação do valor do PAB. Após a qualificação da microrregião, o município polo do módulo assistencial passará a receber a transferência fundo a fundo dos recursos correspondentes à cobertura da sua população e à cobertura da população residente em outros municípios do mesmo módulo, nesse grupo de serviços. Esses recursos serão transferidos separados, e isso é fundamental, porque muitos estados vão ter módulos grandes que progressivamente vão se subdividindo, e a expectativa é de que isso venha a direcionar os futuros investimentos. Portanto um módulo grande se subdivide em módulos menores para garantir o acesso com maior proximidade. Com esses critérios foi feito um levantamento a partir das informações do SIA, e verificou-se que cerca de 1000 municípios poderiam assumir essa condição. A média complexidade deve fazer parte do Plano Diretor e ser resultado da PPI, por isso não está sendo definida. Com relação à alta complexidade, o Ministério da Saúde tem responsabilidade pela definição de normas e diretrizes nacionais, mas está sendo explicitada uma maior responsabilidade em relação à garantia de acesso e à participação no financiamento, numa responsabilidade solidária com a SES, quando se coloca que o gestor estadual é o responsável pela gestão política da alta complexidade no estado. No fortalecimento da capacidade de gestão estamos tratando: da programação da assistência, da garantia do acesso da

população referenciada, do controle, avaliação e regulação da assistência. Um ponto que surgiu ao longo dos debates nesses meses é sobre a situação dos hospitais públicos sob gestão de outro nível de governo, não só o hospital público estadual sob gestão municipal, mas também o hospital municipal sob gestão estadual ou um hospital federal sob gestão estadual ou municipal. A PPI é fundamental na programação da assistência, porque ela é que vai definir fluxos, programação de serviços e a alocação dos recursos federais, com a definição de limites financeiros para todos os municípios do estado, independente da condição de gestão. O limite financeiro da assistência por município seria o máximo de recursos financeiros a ser gasto com os serviços existentes em cada território municipal, que teria duas partes: o recurso destinado à própria população e o destinado à população de referência. Essa 2ª parte decorre da negociação e de que seja firmado um Termo de Compromisso de Garantia da Referência que vai definir as responsabilidades do município e do estado em relação a essa referência: do município basicamente a prestação de serviços, e do estado a garantia do financiamento. Os limites financeiros da assistência para os municípios devem ser revistos de acordo com a reprogramação em função da revisão da PPI, e a parcela da referência pode ser alterada pelo gestor estadual em decorrência de ajustes pontuais no Termo de Compromisso. Está sendo proposto que essa revisão da PPI seja feita pelo menos uma vez ao ano, mas ela deve ser periódica e deve ocorrer quando houver alguma alteração significativa na oferta ou na organização de serviços que leve à necessidade de repactuação. Ainda nessa linha, há que se especificar a responsabilidade do gestor estadual de coordenar a PPI e alocar recursos para os municípios organizarem o sistema de referência intermunicipal, celebrar Termo de Compromisso com município em Gestão Plena para garantia de acesso da população referenciada e alterar parcela de recursos correspondente às referências intermunicipais no limite financeiro dos municípios, quando necessário. Esse foi um ponto polêmico e está se tentando detalhar quando é que se pode mexer nisso: se periodicamente na revisão global da PPI, no mínimo anual, trimestralmente por ajuste do termo de compromisso, ou pontualmente devido a cobertura de novos serviços, mudanças no fluxo de referência ou situações que demandem ação imediata. Com relação aos hospitais públicos a proposta é que o financiamento tenha uma certa estabilidade.

Finalmente com relação às disposições transitórias, tem de haver clareza de uma regra de transição e de como vamos evoluir com isso. A proposta é que os municípios habilitados na Atenção Básica após a avaliação descrita na Instrução Normativa a ser realizada pela Secretaria de Políticas de Saúde, sejam habilitados a esse Básico Ampliado, e os municípios que ficarão no básico deverão se adequar às condições estabelecidas para a Atenção Básica. Nesses dois primeiros itens não foram estabelecidos prazos. As regras atuais de habilitação dos municípios em Plena do Sistema serão mantidas durante 30 dias após a vigência da Instrução Normativa para a entrada do processo junto à CIB, e 90 dias para homologação na CIT. O município que está em Gestão Plena do Sistema teria um prazo de 180 dias para se adequar as novas regras. Os municípios cujos processos já estejam no Ministério da Saúde, terão 60 dias para resolver as pendências. Caso não resolvam, os processos caducam e terão de ser reencaminhados dentro das novas regras. A responsabilidade, fluxo e prazos para operacionalização dos processo de habilitação e desabilitação seriam definidos em Portarias do Ministério da Saúde, em 60 dias. A Diretora do Departamento de Descentralização Maria Helena Brandão relatou que foi feito um levantamento na Instrução Normativa e verificou-se que existe, já citados nela, 12 outros atos que têm de ser editados complementarmente. Essas regulamentações vão desde uma nova Portaria que regulamenta fluxo, documento a ser apresentado na própria habilitação, até as regras mais claras para o funcionamento da alta complexidade, que não estão contidas no detalhamento, e as diretrizes da programação da PPI. São vários atos, mas foram dados prazos para a complementação, inclusive para a CIT aprovar as regras complementares, o que tem a ver com a proposta de prazo colocada para a fase transitória da habilitação que precisa ser avaliada levando em conta a capacidade dos estados de se organizarem e ter o Plano Regional de Saúde e a PPI prontos para mudar a regra de habilitação das plenas, já que a regra pressupõe que no teto financeiro dos municípios já venha destacado o que é da própria população e da população de referência, o que implicará numa programação já feita com esse formato. O representante do CONASEMS para a Região Centro-Oeste Dr. Elias Rassi comentou que com relação à estratégia, a proposta após quase um ano de discussão mostra que o consenso está bem constituído, e com relação aos municípios polo quando se fala

da necessidade da existência de laboratório, ultrassom obstétrico, RX simples e mais alguns serviços, é imprescindível que se acople a isso o raciocínio de capacidade instalada suficiente para aquela população. Um segundo aspecto é com relação a entrada de novos serviços de alta complexidade dentro de qualquer base territorial no estado, cujo conceito poderia ser trocado para novas ofertas, porque o serviço depende muito do relacionamento e da forma de atenção de quem faz a gestão no município. Não parece razoável que o estado seja o definidor de qual o serviço, ou de novos serviços, já que isso passa pelo relacionamento municipal, muitas vezes pela lei de licitações, e a incorporação de novas ofertas modifica essa relação no campo administrativo. Dr. Renilson Rehem explicou que com relação à 1ª colocação, pode não ter ficado muito claro na apresentação, mas é exatamente isso, oferta com suficiência. Com relação ao 2º ponto a idéia não é a definição do prestador, dado que o gestor que vai contratar é o município e ele vai seguir aquelas regras que estão definidas para a participação do setor público e do setor privado, inclusive de fazer processo público de seleção. Por exemplo: se um estado tem 2 municípios com clínicas de hemodiálise e a população está dividida e direcionada para elas, então se um terceiro município vai instalar um serviço de hemodiálise, essa decisão não vai poder ser uma decisão individual do município, ela deve ser colocada para o gestor estadual e isso vai levar à necessidade de repactuar a PPI porque a população terá que ser redistribuída. O representante do CONASEMS para a Região Norte Dr. Néilton Oliveira disse estar de acordo com o que foi dito, mas o que está escrito leva a uma interpretação um pouco diferente quando fala por exemplo: "o gestor estadual vai definir a mudança de teto", e também que a reorganização e a alteração trimestral ou anual que precisam ser feitas nesse conjunto, não está claro. Dra. Maria Helena Brandão ponderou que com relação à habilitação, se o município se organizar será mais fácil o estabelecimento de uma regra muito mais curta para os municípios de plena da Atenção Básica. Já o Pleno do Sistema é diferente porque pressupõe a organização do estado, então nos estados que não deram conta de cumprir os prazos, não tem como habilitar os municípios em Plena dentro das novas regras. Assim, a regra para as novas habilitações deve ser mais casada, podendo-se ter estratégias diferentes com prazos diferentes para as modalidades de Plena da Atenção Básica e de Plena do Sistema. O secretário de Políticas de

saúde Dr. Cláudio Duarte colocou que a seu ver não se deveria deixar sem prazo para desencadear esse processo, para não perder a possibilidade de lhe dar um ritmo no sentido de instrumentalizar os estados, municípios e as CIBs para em alguns meses desencadear o processo efetivo de habilitação, à partir da definição do financiamento, no que respeita à questão do PAB ampliado. Considerando o desenho de microrregiões e dos planos estaduais, a leitura que tinha da portaria é de que o município em Plena de Atenção Básica para passar para Básico Ampliado teria que ser num contexto de planejamento microrregional, já que agora a capacidade de programação será ampliada à partir de prioridades e não mais à partir de procedimentos. Sugeriu que fosse agilizado o que determina o Artº 6º incisos 5º e 6º da Portaria, com a formação de uma comissão técnica da SPS-CONASS-CONASEMS para definir os fluxos, critérios e a metodologia para a habilitação no PAB ampliado, o mais rápido possível. Não se pode ser inflexível, o estado de São Paulo por exemplo está fazendo um trabalho extraordinário de habilitação das regionais no pré-natal humanizado: o município de Marília já foi habilitado e está sendo habilitada a regional de Ribeirão Preto. Então o estado de São Paulo não concluiu o seu processo de entrada global dos municípios no Pré Natal humanizado, mas 2 regiões entraram, assim isso poderia ser utilizado como critério enquanto se trabalha o conjunto do plano estadual de regionalização. À medida que se vai fechando algumas microrregiões nesse novo desenho, vai-se habilitando aqueles municípios. Isso é uma questão que deve ser trabalhada principalmente num desenho de prioridade, que a SES junto com o COSEMS, possa definir. Pode ser que a prioridade seja iniciar pela região metropolitana e após o seu fechamento, dar seqüência com as demais regiões. O **representante do CONASS para a Região Sudeste Dr. José da Silva Guedes** colocou que quem estiver na gestão básica tem de ser habilitado, mais com relação a se habilitar em gestão plena à moda antiga, se está sendo reformulada a idéia de gestão plena, é complicado com relação a valores. Disse estar preocupado com o fato de que se continue trabalhando com uma série de médias nacionais ou de municípios relacionados, que na realidade dependem de uma informação clássica de produção de serviços cujos valores não representam o custo de determinada assistência, e que seria mais lógico trabalhar com parâmetros, e fazer os cálculos a partir desses. É preciso discutir além do dinheiro proveniente do Fundo Nacional

de Saúde também o dinheiro nos estados e nos municípios, e para que ele está sendo gasto. Quando se começa a discutir a rede hospitalar estadual começa-se a ter uma linguagem de co-financiamento, mas em várias outras coisas precisa ser discutido qual a expectativa do que se vai fazer com o dinheiro federal e o dos municipais. Dr. Elias Rassi colocou que as definições de políticas de prioridades funcionam um pouco como movimentos pendulares: em determinado momento em que a municipalização tinha um papel e um peso muito grande, certamente isso criou algumas dificuldades na definição do papel dos estados nas Secretarias Estaduais. Nesse momento parece que este movimento caminha para a redefinição do papel do estado, e após uma longa discussão conseguiu-se construir um consenso importante no que diz respeito a isso. Porém é preciso oferecer algumas ressalvas para o pêndulo não ultrapassar os limites dessa pactuação e desse consenso. Os estados não funcionam de maneira homogênea, então é possível que alguns estados não consigam oferecer a organização necessária e suficiente, seja na microrregionalização seja na organização da alta complexidade que dê resposta as iniciativas municipais, podendo acontecer também o contrário. Assim devem ser oferecidas algumas ressalvas ou garantias na ausências ou na omissão da esfera estadual. Se a esfera estadual não consegue num determinado prazo organizar as suas microrregiões, ou se ele não consegue realizar o seu plano de assistência no que diz respeito à alta complexidade, os municípios vão ficar imobilizados, inclusive na possibilidade de habilitação plena. Se uma determinada região, estado ou localidade não tem as condições necessárias para o acompanhamento do que é definido como a mínima necessidade de organização, não cabe intervenção estadual. Não temos o menor poder para fazer isso, mas não podemos condenar aqueles municípios que tenham outras condições políticas e culturais para oferecer um serviço de melhor qualidade. A nossa posição é de que é muito importante que essas garantias sejam oferecidas, já nesse documento. Em paralelo a isso, a paralisação das habilitações municipais seja na básica ou na plena também pode trazer um prejuízo muito grande. Está se tentando construir um novo instrumento para habilitação da plena onde os valores venham definidos, o que implica na elaboração de um PPI. Com a experiência que nós temos, a elaboração de instrumental, preparação de pessoal, pactuações estaduais e municipais e assim

por diante, os prazos não são tão condensados que nos permitam paralisar o processo de habilitação, ou seja: a expectativa, se estivermos pensando de estar habilitando municípios em março, estará equivocada. A próxima reunião da CIT está marcada para 15 de fevereiro de 2001 e teremos nesse meio tempo uma transição importante no CONASEMS. Assim, mesmo que os instrumentos estejam prontos nessa data, eles não serão aprovadas em 15 de Fevereiro. Então a decisão de paralisação de habilitação corre um risco muito mais sério do que a habilitação, porque estaríamos fazendo uma paralisação de praticamente todo o 1º semestre do ano, se tudo correr bem, e caso haja dificuldades isso pode repetir o início da nossa gestão que foi um trauma e um atraso muito grande. Desse modo temos de encontrar uma forma de darmos seguimento, de não paralizarmos esse processo. Acho importante o adendo feito com relação à discussão dos recursos estaduais e municipais. Nós temos uma Emenda Constitucional que começa a vigorar de fato, se nós tivermos força suficiente para isso agora já em janeiro, e temos que pensar em formas de pressão, conscientização e articulação, para que isso represente novos recursos, que se forem pactuados naquilo que for pertinente vamos construir novos campos de pactuação muito ricos. Dra Maria Helena Brandão esclareceu que o proposto é que para a plena do sistema, o processo poderia entrar nas regras antigas até 30 dias após a publicação da portaria, e teria 90 dias para homologação na CIT. Depois desses 30 dias terá de haver um período de interrupção de qualquer jeito, porque o estado não terá condições de se organizar em 30 dias. O que o Dr Elias Rassi levantou é uma coisa que talvez pudesse facilitar a pactuação, ou seja: qual o tempo que o estado vai demorar para se organizar minimamente? O Ministério da Saúde tem de ter clareza de que essa 1ª rodada com os estados não vai ser no nível de detalhamento e de aprofundamento ideal, vai-se tentar organizar a programação e o plano de regionalização e começar a trabalhar já com o processo de qualificação e tudo mais. Em relação a plena de Atenção Básica Ampliado entraria ainda por 30 dias, e a partir daí não teria dependências do estado, ou seja: a partir dos 30 dias os municípios já poderiam estar entrando para se habilitar com a ressalva citada pelo Dr: Cláudio Duarte: como nós estamos pensando em colocar esses municípios com maior nível de responsabilidade, inclusive para resolver as atividades, é claro que já se estaria desenhando algum esboço em relação à

referência para o apoio diagnóstico, mas não estaria qualificando. Essa é uma proposta intermediária diferente da original. Dr. Renilson Rehem propôs que se aprove a proposta como está, e que tenha um prazo de tramitação para que se continue acompanhando e avaliando. Dr. Barjas Negri passou a palavra ao Dr. Elias Rassi que disse achar que este ponto é detalhe, mais que pode ser garantia para um conjunto muito grande de municípios e de parcelas da população. Caso se consiga num prazo curto um acordo com relação a isso será ótimo, senão, não vai ser esse ponto certamente impedimento para se fechar o documento como um todo. Talvez se pudesse ter um prazo, até a próxima Tripartite, ou até o final de fevereiro para novos pedidos de habilitação nos moldes antigos, e poderia se paralisar as habilitações entre os 45 e os 90 dias. Mais se dentro dos 90 dias o estado não tiver apresentado o Plano de Regionalização os municípios não podem ficar impedidos de se habilitarem. Poder-se -ia até esticar um pouco mais e paralisar entre os 60 e 120 dias, mais ao final dos 120 dias, nos estado que não apresentarem o seu plano de regionalização os municípios poderiam voltar a pleitear a habilitação nos moldes antigos ou teria que ser encontrada uma forma de habilitação municipal que prescindia do plano estadual. A representante do CONASS para a Região Nordeste Dra. Marta Nóbrega concordou com a colocação do Dr. Elias Rassi, de que deveria ser dado um prazo para os municípios e um prazo para os estados. O Secretário Estadual de Saúde do Espírito Santo Dr. João Felício Scardua, sugeriu que nos primeiros 90 dias os recursos do PAB fossem repassados automaticamente aos municípios novos. Dr. Renilson Rehem discordou da proposta. Sugeriu então se desse o prazo de 30 dias para dar entrada em processo na CIB para habilitação na gestão plena do Sistema, após o que haveria uma parada por 120 dias. Se nesse prazo o estado não criar as condições para o município se habilitar nas novas regras, o município volta a ter o direito de se habilitar nas regras antigas. Dr. Barjas Negri em não havendo manifestação em contrário, considerou aprovada esta parte, que passará a vigorar à partir de 1º de Janeiro de 2001. **2 - Habilitação dos Estados em Vigilância Sanitária** - Dr. Barjas Negri informou que 25 estados já se encontram habilitados, e colocou em apreciação a proposta de habilitação do estado do Amazonas, que foi aprovada. Apenas o estado do Piauí não está ainda habilitado. Dr. José Guedes cobrou o rapasse dos recursos para as ações de Vigilância

Sanitária. O representante da ANVS Dr. José Agenor informou que o atraso se deve a 2 razões: a modalidade de orçamento não permitiu o repasse direto para os estados e teve de ser feito um acerto no mesmo, e uma Portaria conjunta do Secretário Executivo e do Presidente da Agência para contornar o problema. O dinheiro foi repassado totalmente para os Fundos Estaduais e Municipais porém foi liberada apenas a competência agosto, não sabendo explicar a razão. A informação do Diretor do Fundo Nacional de Saúde Dr. Sady Carnot Falcão Filho é de que a questão será regularizada até quarta feira. Dr Barjas Negri sugeriu que o Dr. Agenor entrasse em contato com o Dr Sady Carnot, e que desse as explicações até o final da reunião. O representante do CONASS para a Região Norte Dr. Francisco Deodato, colocou que não conseguiu acessar os recursos para o programa de intensificação de combate à malária destinados ao estado do Amazonas, apesar do programa estar sendo executado com êxito, já tendo ultrapassado a meta que era de reduzir a incidência em 25%, e já chegou a 42%.

3 - Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças - ECD - foram certificados 163 municípios, sendo: 06 do Amapá, 23 da Bahia, 14 do Ceará, 11 do Espírito Santo, 06 de Goiás, 32 de Minas Gerais, 03 de Mato Grosso, 04 da Paraíba, e 09 do Paraná, 23 do Rio Grande do Norte, 04 de Rondônia, 25 do Rio Grande do Sul, 02 de São Paulo, 01 do Tocantins. **4 - Habilitação de Estados** - não foram apresentados propostas de habilitação. **5 Habilitação de Municípios** - foi comunicada a desabilitação da Gestão Plena da Atenção Básica do município de Lagoa Salgada/RN, e a suspensão do repasse de recursos do PAB por 60 dias do município de Tibau do Sul/RN. **6 - Plano de Saúde - Relatório de Gestão - Agendas de Prioridades** - Dr. Otávio Mercadante colocou que será apresentado hoje ao Conselho Nacional de Saúde o elenco de 32 indicadores agrupados em 6 áreas de intervenção, já apresentados na reunião anterior da CIT. Gostaria de saber se há aqui algum acréscimo ou alguma proposta de retirada de algum daqueles indicadores da agenda de metas prioritárias. O representante do CONASS para a Região Centro-Oeste Dr. Fernando Cupertino relatou que o assunto havia sido discutido na reunião do CONASS no dia anterior e passou a palavra ao assessor do CONASS Dr. Ricardo Scotti para fazer o resumo do que foi discutido. Dr. Scotti relatou que a discussão levou a conclusão de que é um trabalho difícil a escolha de alguns indicadores que

possam simbolizar o acompanhamento da gestão no conjunto grande de indicadores que existem e que são necessários. A proposta que trazemos à consideração é de que seja feito um pacto entre os 3 gestores, não escolhendo indicadores mas definindo grandes objetivos nacionais. Isto não significa necessariamente, como primeira parte, contemplar todas as áreas, por exemplo: o Ministro já falou que pretende duplicar o número de equipes do Saúde da Família, e este pode ser um grande objetivo nacional. A implementação ou qualificação de tantas microrregiões do projeto de regionalização, pode ser outro. Algumas questões que também tem indicadores, mas não necessariamente contemplando a todos e que poderiam ser incluídas: a descentralização da epidemiologia, a redução da mortalidade materna etc. Isto comporia a primeira parte de um conjunto de objetivos com metas e um sistema de monitoramento, que é um pouco diferente de selecionar indicadores, não vai aqui nenhuma crítica na seleção feita, a questão é de enfoque mesmo. Quanto mais se for selecionando vamos reduzindo a possibilidade de realmente estar acompanhando a gestão e nada nos impede de ter uma segunda parte que possa, aí sim, ter uma lista um pouco maior de um conjunto de indicadores que avalie os programas de rotina. Podemos discutir quais seriam os 10, 12, 15 grandes objetivos que as 3 instâncias alcançariam em 2001, o que é um pouco diferente de uma seleção de elenco indicadores já existentes. Dr. Cláudio Duarte colocou que na reunião anterior foi apresentado um documento contendo 6 ou 7 macroprioridades e que essas prioridades tem que se expressar em frases ou palavras que falem muito para o cidadão e para objetivos sanitários, para dar visibilidade ao processo de mobilização política, e dentro disso, se o Dr. Mercadante lhe permitir sugerir: talvez pudéssemos partir daquelas seis prioridades que são gerais, tem visibilidade do ponto de vista de objetivo que é reduzir mortalidade infantil e materna e melhorar o controle social dentro de uma agenda política tripartite nossa, se poderia abrir objetivos que estivessem ligados a essas prioridades nacionais e depois desenvolver processos de avaliação. Dr. Scotti disse que poderia ser talvez o inverso, objetivos mais macro ainda e essas prioridades dentre deles, e que como o CONASS está propondo uma mudança do enfoque, poderiam ser só essas 6, ou entraria mais alguma, é só uma questão de adequar o que já foi feito a esse recorte de objetivos para um lado, e indicadores para

outro, em 2 níveis diferentes. Dr. Mercadante referiu que já existe uma preocupação de que a Agenda de Metas seja acoplada ao Relatório de Gestão, e de que essa Agenda de Metas tenha visibilidade externa, porque tem uma série de metas e processos, objetivos e processos, que são importantíssimos para a construção do SUS, mas que não tem o menor significado externo. Então a Agenda de Metas é importante porque ela dá conteúdo ao Relatório de Gestão. Ao invés de se ter diferentes relatórios com diferentes construções, tem um eixo desse relatório que é a Agenda de Metas. O segundo ponto é a visibilidade externa com ênfase em resultados e não em processo. Quando se fez a apresentação, tivemos a preocupação de falar que se chegou a 32 indicadores de uma forma até insatisfatória porque queríamos chegar a menos indicadores, e que o importante no documento era a definição das grandes áreas estratégicas de compromisso de pacto entre os 3 níveis de gestão. Fez uma releitura das 6 áreas, porque acha que é exatamente isso que o Scotti falou, talvez se precisasse escrever um texto para cada uma das estratégias e de áreas prioritárias de intervenção que são: 1) redução da mortalidade infantil e materna; 2) controle de doenças e agravos à saúde aí englobando desde a malária até a erradicação do sarampo, identificando pontualmente algumas doenças e agravos com grande visibilidade em termos até de opinião pública; 3) qualidade, melhoria de gestão e acesso, que é muito mais processo; 4) mudança de modelo - não é enfatizar apenas o PSF, mas enfatizar como paradigma para discussão no ano que vem a questão do modelo assistencial em saúde mental, já que esse será o ano internacional em saúde mental e nós, SUS, vamos ser extremamente pressionados nessa linha de resposta para a saúde mental; 5) por fim, a melhoria e qualificação do controle social. Assim, do que falou o Scotti, não conseguiu depurar nada a mais ou a menos, acho que é uma questão de apresentar o enfoque no documento onde a questão do indicador fica para um segundo momento. Mais esse segundo momento vai ter que existir, porque quando formos discutir Relatório de Gestão teremos que precisar melhor, já que ele não pode ser um documento com grau extremo de generalidades, mas não pode também ser uma camisa de força, ele tem que ter uma unidade. Dr. Scotti respondeu que o Dr. Mercadante tinha razão quanto à similaridade, e que não propôs não existir ou retirar nada do que está aí, e sim de ter mais claro, porque se eu falo controle de

doenças e pego das transmissíveis às endemias, eu tenho ao final um conjunto de prioridades que é praticamente tudo que eu tenho de fazer, e o que se pensou foi em prioridades de grande esforço entre os gestores em algum momento, que se pudesse superar uma série de coisas, e considerar sem tirar no acompanhamento, que se pudesse eleger grandes objetivos dos gestores. É uma sugestão de enfoque do CONASS e não um ponto que se está colocando em contraposição ao que se está construindo, seria de acrescentar numa primeira parte das prioridades, na qual se distinguisse compromissos de grandes pactos entre os 3 gestores, um capítulo a mais do que está sendo proposto. Dr. Mercadante sugeriu que o CONASS trabalhe nessa linha conjuntamente com alguns técnicos que trabalharam na preparação do documento, para dar esse desenho e que poderá ser feita outra rodada de discussão. Quanto à questão da apresentação hoje no Conselho Nacional de Saúde, deve ser feita com muita precisão, a contribuição do CONASS é importante porque a tendência do Conselho é de ampliar muito mais as especificidades. Deve-se ter então clareza da importância de esclarecer ao Conselho sobre essas grandes áreas, esses grandes objetivos comuns a todos os gestores. Temos uma dívida com relação a alguns Secretários, especialmente com o Dr. Júlio Muller na inclusão de um grande objetivo estratégico na área de saneamento, sobre o qual nada foi colocado. Dr. Fernando Cupertino colocou que se fosse perguntando aos gestores estaduais e municipais em que áreas deveria ser feito um esforço adicional em cima de tudo aquilo que já são deveres de cada dia, se poderia chegar a esses pontos e agregá-los a essa proposta. Disse ter concordado com o que foi dito, à exceção de achar que se esse projeto de regionalização for apresentado à população dessa maneira, talvez ele não tenha visibilidade, mas se for dito que esse pacto de gestores garante o acesso que hoje não está garantido, essa será sem dúvida alguma talvez a maior aspiração da população brasileira hoje. Dr. Mercadante relatou que um ponto que foi pensado foi a questão da assistência com relação ao acesso, porque tem-se que responder às demandas com relação aos procedimentos de média complexidade e às filas de espera. Temos de tornar claro que o Plano de Regionalização é que vai permitir que no ano de 2002 se possa definir metas assistenciais com muito mais precisão do que agora, em termos de acesso, qualidade e resultados. Assim, deve ser explicitado que o plano de regionalização é uma etapa preliminar necessária

para se poder fixar o pacto para 2002. Para esse ano é impossível. Existe também a visão dessa agenda de metas estabelecida em cada estado, assim nós vamos ter grandes compromissos nacionais, mas também em cada estado com os municípios. **Informe** - Dr. Cláudio Duarte informou que não foram pagos os incentivos e o PAB de 465 municípios que não alimentaram os bancos de dados do SIAB. Foi feita uma mobilização e negociado com o Fundo Nacional a aceitação de correção desses bancos de dados até o dia de hoje, porque no dia 19 o pagamento a esses municípios estará sendo efetuado excepcionalmente. Isso não acontecerá em outro meses que tal fato ocorrer, será feito agora em consideração a ser o último mês do ano e o fim da gestão nesses municípios. Dr. Scotti ponderou que como o objetivo é informar e não punir, foi discutido na Câmara Técnica do CONASS a proposta de uma ligeira alteração no mecanismo de rotina: sair uma notificação para o estado e município de que não naquele mês, mas no seguinte haverá a suspensão do pagamento, para que ele tenha tempo de correr e se superar. Dr. Cláudio Duarte disse acatar a sugestão, que isso já vem sendo feito informalmente, e que está sendo estudada a possibilidade de mudar a sistemática de entrega desses bancos de dados, e de pactuar isso com as Secretarias Municipais e Estaduais, porque em um determinado estado a primeira relação enviada mostrava que 95% dos municípios estariam em ponto de corte, o que fez suspeitar que ali havia alguma coisa errada. Essa é uma questão à qual os Secretários Estaduais precisam dar muita atenção: esses municípios haviam entregue os bancos de dados nas regionais, e estes não foram processados pela Secretaria Estadual de Saúde. Isso prejudica o município por não se ter como checar se foi entregue na regional ou no nível central. Nesse sentido está sendo estudada uma forma de registrar isso, para que o Ministério da Saúde saiba quando o município cumpriu sua obrigação. O representante do CONASEMS para a Região Sudeste Dr. Gilberto Natalini relatou que foi feito um levantamento e verificou-se que parte do problema foi causado pelos municípios e uma outra parte pelas Secretarias de Estado que não repassaram os dados. Dr. Cláudio Duarte colocou que seria importante resolver isso sem mexer nos fluxos internos das Secretarias Estaduais, pois esta é que tem de pactuar o fluxo. A representante do CONASEMS para a Região Nordeste Dra. Lúcia Derks informou que a Paraíba tem 50 municípios nessa relação. Tivemos oportunidade de participar de um

encontro conjunto do COSEMS com a SES e a grande preocupação é que no estado só 50% dos prefeitos foram reeleitos, então os prefeitos eleitos estão preocupados porque vão assumir municípios desorganizados. Por outro lado fizemos uma consulta sobre a Lei de Responsabilidade Fiscal ao Tribunal de Contas do Estado da Paraíba em relação a recursos do SUS do mês de dezembro e recebi a resposta de que aquele Tribunal não considera esses recursos como dinheiro em caixa. Então vai haver problemas para o pagamento do pessoal do PACS e PSF em grande parte dos municípios do estado. Dr. Néilton Oliveira colocou que sobre o assunto, não se trata de uma negociação jurídica e sim política, para que haja a compreensão de que as despesas de dezembro vão ser pagas em Janeiro, apesar de ser uma nova gestão. Referiu ainda que se tivéssemos um documento da CIT fazendo esta interpretação, esse entendimento comum dos 3 níveis daria mais força aos gestores nos municípios para convencer os tribunais. No seu município, a Secretaria de Finanças está dizendo que quando chegar o dia 28 cancela-se o empenho e depois a nova gestão se vira para ver como vai fazer. Ora, essa nova gestão não tem o contrato porque este se encerra no dia 31, então estamos com uma contradição própria do momento e era preciso ter um reforço dessa interpretação. Dr. Cláudio Duarte sugeriu que fosse feita uma circular do Fundo Nacional de Saúde, explicando essa sistemática de pagamento. Dr. Mercadante disse que a proposta é de que isso fosse feito como orientação do Ministério da Saúde à partir de uma demanda da CIT, ou seja, com enfoque normativo. Dr. Néilton Oliveira pediu urgência desse documento. **7 - Padrão de Potabilidade para Água de Consumo** – O Presidente da Fundação Nacional de Saúde Dr. Mauro Machado relatou que neste ano foi feito um processo de estruturação da área de Vigilância Ambiental em Saúde e trabalhou-se fortemente na definição das diretrizes, dos objetivos e das competências desta área no âmbito do Ministério da Saúde, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Este trabalho deu origem à Portaria nº 1.395 onde estão estabelecidas as competências dos 3 níveis de Governo na estruturação das Ações de Vigilância Ambiental em Saúde. Foi dada prioridade em 2000 para a questão da qualidade da água para consumo humano, e foi desenvolvido um sistema informatizado para cadastramento e acompanhamento da qualidade da água, que já está em operação em 5 estados:

PR, SP, BA, PE e RS. Foi feito também um grande processo de capacitação de agentes federais, estaduais e municipais, envolvendo em torno de 4.000 pessoas. Uma das ações previstas para ser executada é a revisão de Portaria 036 que estabelece os padrões de qualidade da água para consumo humano. Ela foi editada pelo Ministério da Saúde em 1990, e havia uma previsão de que deveria ser revista a cada 5 anos, o que não foi realizado em 1995, e está sendo feito agora. Foi feito um grande processo de discussão que contou com a participação de especialistas nacionais e internacionais, e preparada uma minuta, que foi discutida em seminários regionais com a participação das Secretarias Estaduais de Saúde, com os companhias de abastecimento dos Estados, serviços autônomos de água e esgotos, Vigilância Sanitária, SPS, SAS e diversos órgãos do Ministério da Saúde. Estará apresentando a versão final da Portaria. O Diretor do CENEP Dr. Jarbas Barbosa procedeu à apresentação da versão final da Portaria, fazendo uma avaliação comparativa entre a proposta atual e a anterior, com ênfase em alguns pontos essenciais. Dr. Mauro Machado informou que o próximo passo será o encaminhamento dessa Portaria para a assinatura do Ministro. Foi dado um prazo para que as companhias estaduais e serviços autônomos de água e esgoto municipais procedam os investimentos necessários para a melhoria da qualidade da água, que é de 2 à 3 anos para implementação, sendo que nos 2 primeiros anos ainda vigora a Portaria 36/90. Com a edição dessa portaria o Brasil se coloca na vanguarda em termos de controle da qualidade da água no mundo. Dr. José da Silva Guedes cumprimentou a FUNASA pela qualidade do trabalho e solicitou anuência para colocar uma outra questão que não foi pautada, o que foi aprovado. Solicitou então aos Drs. Mauro Machado e Jarbas Barbosa que falassem sobre o panorama vacinal do próximo ano, no que diz respeito à aquisição de vacinas, o problema da rubéola etc. Dr. Mauro Machado colocou que com relação à rubéola está havendo dificuldade de aquisição da vacina dupla-viral no comércio internacional, mas estão sendo envidados esforços para que essas vacinas cheguem ao Brasil ainda este ano. Com relação às outras vacinas já foi estabelecido um calendário para as campanhas no ano que a vem: a vacinação contra a gripe será em abril, em 2 semanas, e os trabalhos se darão nos dias úteis. Ficaram estabelecidas também as datas de vacinação contra pólio. A novidade que será implantada em 2001 é

com relação à vacinação contra hepatite B, que terá uma ampliação da faixa etária para menores de 20 anos em todo o território nacional, já que a estratégia anterior era de vacinar menores de 15 anos nas regiões endêmicas e os menores de 02 anos nas demais regiões. O Secretário Municipal de Saúde de Teresina/PI Dr. Silvio Mendes sugeriu que fosse mudada a redação do art. 6 da Portaria porque está dando ao responsável pela operação do sistema alternativo a responsabilidade pelo controle da água, e controle é um poder dos funcionários do poder público. Dessa forma o controle da qualidade é prerrogativa do poder público. Dr. Jarbas Barbosa esclareceu que essa portaria faz a diferenciação de controle de qualidade e vigilância, então está correto, o responsável pela operação do sistema é que tem de fazer o controle de qualidade, nós vamos fazer a vigilância. Dr. Guedes colocou que há no seu estado uma dúvida quanto à questão do financiamento das campanhas, havendo o entendimento de que este não estaria de acordo com os per capita estipulados. Dr. Mauro ponderou que o teto financeiro de epidemiologia e controle de doenças é composto pelos valores estabelecidos em portaria, e que existe uma Instrução Normativa procurando consolidar todos esses tetos, então tem-se o valor para execução das ações, e um valor específico para as campanhas. Dr. Gilberto Natalini informou que vários estados não repassaram os recursos da vacinação para os municípios, como é o caso do Piauí e do Maranhão. Dr. Sílvio Mendes informou que os recursos transferidos para as campanhas não foram discutidos nem pactuados, e nem informados ao município. Sugeriu que a FUNASA, respaldada pela CIT, tivesse uma resolução ou algum encaminhamento para que isso fosse pactuado na CIB, porque muitas vezes os municípios tem dificuldade de financiamento das campanhas. Dr Mauro colocou que quando da discussão e estabelecimento dos valores específicos para as campanhas aqui na CIT, foi dada orientação de que a aplicação dos recursos fosse discutida na CIB para estabelecer o que ficaria por conta do estado e do município, tendo sido feita uma alteração na portaria prevendo essa pactuação nas CIBs. A cada ano essas coisas podem mudar, então cabe uma pactuação 1 ou 2 meses antes do início da campanha que é a data prevista para o encaminhamento dos recursos. Seria interessante que todos observassem o disposto na IN nº 05 de 12/9/00 da Fundação Nacional de Saúde, onde nós procuramos consolidar todos esses tetos financeiros dizendo o que

concerne ao governo federal, estado e município com relação à contra-partida, valor per capita, área, incentivo e o aporte total de recursos, estabelecido em R\$725,6 milhões de reais, sendo R\$ 555 milhões do governo federal e R\$ 171 milhões de contra-partida dos estados e municípios. Dr. Néilton falou que apesar de se ter informação, a utilização dos recursos das campanhas não está se dando de forma transparente e negociada, e que queria aproveitar para lembrar que em alguns estados está havendo ainda dificuldade das coordenações estaduais da FNS para repassar pessoal para os estados e municípios. Dr. Mauro esclareceu que na maioria dos casos a resistência é dos estados no recebimento das atividades. Lembrou que na reunião anterior solicitou o apoio do CONASS e CONASEMS especificamente em relação a 3 estados: Amapá, Piauí e Rondônia, que já estão recebendo os recursos provenientes do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças, mas cruzaram os braços e isso levará ao não cumprimento do pacto estabelecido. Dr. Mercadante ponderou que esta é a última reunião do ano, agradeceu a colaboração de todos e à Secretaria Técnica da CIT, chamando a atenção para o material disponível nas pastas. Convidou a todos para comparecerem à Conferência Nacional de Saúde, dizendo ter esperança de que a mesma diferentemente da IX e da X não seja uma conferência de defesa, mais sim que mostre o avanço do SUS. Dr. Cláudio Duarte solicitou a colaboração das diretorias do CONASS e CONASEMS para avaliação de um termo de compromisso no sentido de resolver o problema da contratação dos ACS e PSF, documento esse que vai sinalizar para o Ministério Público do Trabalho o compromisso do Ministério da Saúde, dos estados e municípios em resolver essa questão nos termos da lei. Dr. Néilton colocou que havia participado dessa discussão, juntamente com a Dra. Rosa Sampaio, em nome do CONASEMS, e acha que é preciso ter bastante clareza das coisas: o termo de ajuste vai ser importante para enfrentar as ações judiciais que estão aí, mas na verdade não resolve o problema das contratações. O termo de ajuste da OSIP é um instrumento que vamos utilizar para de certo modo ter um fôlego, mas ao mesmo tempo, já precisamos desencadear as ações necessárias no sentido de dar uma solução jurídica, legal e política definitiva para a questão. A nossa avaliação é de que, eu ousar dizer isso, nós criamos uma legitimação nacional em torno dos ACS, do PSF, do papel do Ministério, estados e municípios suficiente

para pleitear uma proposta de regulamentação em nível de Congresso Nacional, seja através de uma Emenda Constitucional, seja através de uma Medida Provisória. Se não dermos caráter legal podemos perder a bandeira da Saúde da Família. Dr. Cláudio falou que a conclusão é de que são 3 questões: 1) acordo político com o Ministério Público do Trabalho para aliviar as questões judiciais; 2) dar solução legal para a contratação e 3) gastos de pessoal com o PSF - o Ministro da Saúde já autorizou que se possa abater o gasto do Saúde da Família nos gastos de saúde, para evitar que sua expansão seja limitada em função da Lei de Responsabilidade Fiscal. Dr. Fernando Cupertino sugeriu que seja pautada para a próxima reunião uma discussão sobre a inclusão de procedimentos na tabela do SUS sem repasse do respectivo recurso, e a desconcentração de certas atribuições sem que se tenha previsão financeira e/ou orçamentária. Dr. Mercadante pediu ao Dr. Fernando que faça uma descrição do problema para orientar o agendamento. Desejou feliz natal a todos, e encerrou a reunião.

Visto:

Ministério da Saúde

CONASS

CONASEMS



S
E
C
R
E
T
A
R
I
A

T
É
C

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT

RESUMO EXECUTIVO

REUNIÃO ORDINÁRIA - 15-12-00

O Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite, conduziu a 11ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, realizada no dia 15.12.2000.

Pontos de Pauta:

1 - **Proposta de Regionalização da Assistência à Saúde** - a proposta contempla três áreas: 1) Regionalização e Organização da Assistência; 2) Fortalecimento da Capacidade de Gestão do SUS; 3) Revisão dos Critérios de Habilitação de Estados e Municípios, e inclui ainda o detalhamento: do plano diretor de regionalização, da ampliação da atenção básica, da qualificação das microrregiões na assistência à saúde, a organização da média complexidade e a política para a alta complexidade. Foram discutidos aspectos ligados aos limites financeiros da assistência para os municípios, sendo informado que ainda está sendo detalhada a maneira como se fará a revisão dos valores: se anualmente na revisão global da PPI, trimestralmente por ajuste do Termo de Compromisso ou pontualmente devido a cobertura de novos serviços, mudanças no fluxo de referência, ou situações que demandam ação imediata. Com relação às disposições transitórias, ficou estabelecido que os municípios terão um prazo de 30 dias à contar da publicação da portaria para dar entrada nos processos de habilitação em Gestão Plena do Sistema nas CIBs, pelas regras atuais. Após este prazos haverá uma parada por 120 dias no processo de habilitação, e caso o estado não crie as condições necessárias para a habilitação do município

nas novas regras, este volta a ter o direito de ser habilitar nas regras antigas. Os municípios que estão em Gestão Plena do Sistema tem um prazo de 180 dias para se adequar as novas regras. A proposta foi aprovada para vigorar a partir de 02/01/2001 e será publicada legislação complementar no prazo de 60 dias, definindo as responsabilidades, fluxos, e prazos para a operacionalização dos processos de habilitação e desabilitação.

2 - Habilitação dos Estados em Vigilância Sanitária - foi aprovada a proposta de habilitação do estado do Amazonas.

3 - Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças - foram certificados 163 municípios, assim distribuídos:

- ◆ 06 do Amapá
- ◆ 23 da Bahia
- ◆ 14 do Ceará
- ◆ 11 do Espírito Santo
- ◆ 06 do Goiás
- ◆ 32 de Minas Gerais
- ◆ 03 do Mato Grosso
- ◆ 04 da Paraíba
- ◆ 05 do Paraná
- ◆ 23 do Rio Grande do Norte
- ◆ 04 de Rondônia
- ◆ 25 do Rio Grande do Sul
- ◆ 02 de São Paulo
- ◆ 01 do Tocantins

4 - Habilitação de Estados - não foram apresentados propostas de habilitação.

5 - Habilitação de Municípios - não foram apresentadas propostas de habilitação de municípios. Foi comunicada a desabilitação do município de Lagoa Salgada/RN da Gestão



S
E
C
R
E
T
A
R
I
A

T
É
C

Plena da Atenção Básica, e a suspensão do repasse de recursos do PAB do município de Tibau do Sul/RN por 60 dias.

6 - Plano de Saúde - Relatório de Gestão - Agendas de Prioridades

- a agenda de prioridades está composta por 32 indicadores que refletem 6 áreas estratégicas de compromisso de pacto entre os três níveis de gestão que são:

1) redução da mortalidade infantil e materna;

2) controle de doenças agravos prioritários;

3) melhoria da gestão, do acesso e da qualidade dos serviços de saúde;

4) reorientação do modelo assistencial;

5) desenvolvimento dos profissionais do setor saúde;

6) qualificação do controle social.

O CONASS apresentou uma proposta de que fosse celebrado um pacto entre os 3 gestores com base na definição de grandes objetivos nacionais e não com base em indicadores. Foi acertado que o CONASS continuará trabalhando nesta linha, com o concurso de técnicos que trabalharam na elaboração do documento, e posteriormente será feita uma nova rodada de discussão.

7 - Padrão de Potabilidade para Água de Consumo

- neste ano foi feito um processo de estruturação da Área de Vigilância Ambiental em Saúde, sendo editada a Portaria nº 1395 onde estão estabelecidos as competências dos três níveis de governo. A questão da qualidade da água para consumo humano foi priorizada, sendo desenvolvido um sistema informatizado para cadastramento e acompanhamento que já se encontra em operação nos estados do PR, SP, BA, PE e RS. Procedeu-se à revisão da Portaria nº 036/90 que estabelece os padrões de qualidade da água para consumo humano, que



contou com a participação de especialistas nacionais e internacionais na elaboração de uma minuta, que foi posteriormente objeto de discussão em seminários regionais, que envolveram as SES, as companhias de abastecimento nos estados, serviços autônomos de água e esgotos, Vigilância Sanitária, SASD, SPS, e diversos órgãos do Ministério da Saúde, quando foi dada forma à versão final da portaria. Apresentada na reunião, foi aprovada pelos membros da CIT.

Extrapauta:

1 - Informe SPS - foi comunicado o não pagamento dos incentivos e do PAB de 465 municípios, em função da não alimentação dos bancos de dados do SIAB. Foi negociado um prazo para a correção desses bancos que acaba nesta data, e a partir do dia 19, o pagamento será realizado excepcionalmente, para esses municípios. O CONASS sugeriu que se mudasse a rotina no sentido de que fosse expedida uma notificação para o estado e o município de que a suspensão do pagamento se dará no mês seguinte, para que haja tempo de corrigir o problema. A sugestão foi acatada. Foi informado que alguns municípios haviam entregue os bancos de dados nas regionais e que estes não foram processados pelas Secretarias Estaduais, o que gerou informação superdimensionada sobre a não alimentação dos bancos de dados pelos municípios. Em função disso está sendo estudada uma forma de registro que permita ao Ministério da Saúde saber quando o município cumpriu sua responsabilidade.

2 - Lei de Responsabilidade Fiscal - foram levantadas questões sobre a interpretação do Tribunais com relação às despesas relativas ao mês de Dezembro a ser pagas em Janeiro, e foi sugerido que o Ministério da Saúde fizesse uma orientação com enfoque normativo explicando a questão, para



auxiliar os municípios no trato com os Tribunais de Contas. A sugestão foi aprovada.

3 - Financiamento das Campanhas de Vacinação - foi informado que algumas SES não pactuaram nas CIBs nem repassaram os recursos das campanhas para os municípios, sendo sugerido que a FUNASA, respaldada pela CIT, desse algum encaminhamento para a questão.