



Ministério da Saúde
 Secretaria Executiva
 Comissão Intergestores Tripartite/
 Secretaria Técnica

5ª Reunião Ordinária 2000	ATA DA REUNIÃO	15.06.00
---	-----------------------	----------

1. MEMBROS DA COMISSÃO

MINISTÉRIO DA SAÚDE			
Órgão	Representante	T/S	Frequência Acumulada
SE	Barias Negri	Titular	05/05
SAS	Renilson Rehem de Souza	Titular	05/05
SPS	Cláudio Duarte da Fonseca	Titular	05/05
ANVS	José Agenor Alvares da	Suplente	02/05
FUNASA	Mauro Ricardo Machado	Titular	03/05
	Jarbas Barbosa da Silva	Suplente	03/05

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS			
Região	Representante	T/S	Frequência Acumulada
N	Eduardo de Novaes Medrado	Titular	
NE	Anastácio de Queiroz e Souza	Titular	05/05
SE	José da Silva Guedes Rep. p/ Adelmo Leão	Titular	02/05
S	Maria Luiza Jaeger	Titular	05/05
	Armando Raggio	Suplente	01/05
CO	Júlio Strubing Muller Neto	Titular	03/05
	Izaías Pereira da Costa	Suplente	02/05

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE - CONASEMS			
Região	Representante	T/S	Frequência Acumulada
N	Neílton Araújo de Oliveira	Titular	
	Eliana Pasini	Suplente	03/05
NE	Rosa M ^a Sampaio	Titular	02/05

SE	Gilberto Tanos Natalini	Titular	04/05
S	Francisco Isaias	Titular	
	Celso DelaGiustina		02/05
CO	Elias Rassi Neto	Titular	
	Dejair Pereira	Suplente	02/05

2 - ASSESSORES E CONVIDADOS

1.	DEILDES PRADO	ST/CIT/SE
2.	ELANE ARAÚJO	ST/CIT/SE
3.	LOURDES VIRGÍNIO	ST/CIT/SE
4.	VIRGÍLIO SILVA	ST/CIT/SE
5.	ARNALDO COSTA	ST/CIT/SE
6.	ZENILDA BORGES	ST/CIT/SE
7.	EVELYNE MASTRIANNI LIMA	SES/AL – 223 5576/974 1567
8.	FERNANDO ANTÔNIO MARTINS	SES/PA – 225 0045
9.	FABIANO PIMENTA	FUNASA
10.	EDIVALDO DOS SANTOS	FUNASA
11.	PATRÍCIA TAVARES R. LUCCHESI	ENSP/FIOCRUZ
12.	IRACEMA FERMON	SAS/Descentralização – 2630
13.	JOÃO GABBARDO DOS REIS	SAS 224 4014
14.	INAJARA RODRIGUES	SES/RS
15.	FERNANDO MARTINS JÚNIOR	SES/RS
16.	MARIA JOSÉ	SES/SP
17.	RENÉ SANTOS	SES/PR
18.	MARIA ESTER JANSEN	ST/CONASS
19.	BETO LELIS	PREFEITO DE IRECÊ
20.	JURANDIR	SES/AL
21.	AIRTON MARTINELLI	ASSESSORIA/SE
22.	ÂNGELA OLIVEIRA	COSEMS/BA
23.	JOELLYNGTON SANTOS	CONSEMS
24.	SANDRA CANUTO	COSEMS/AL
25.	UBIRATAN MARTINS	DESAF/FUNASA
26.	JOHNSON ARAÚJO	SAS
27.	ANTÔNIO CLARET CAMPOS FILHO	SAS
28.	MARIA HELENA BRANDÃO	SAS/MS
29.	NILO BRÉTAS JÚNIOR	CONASEMS
30.	TEREZINHA FARIA	SMS/MACEIÓ/AL
31.	PEDRO ANAÍSE	SMS/BELÉM/PA
32.	MOZART DE OLIVEIRA JÚNIOR	CONASS
33.	CELSO FERNANDES	CÂMARA DOS DEPUTADOS
34.	CARL ROCHAMN	SES/PE
35.	SADI BUZANGALO	CONASEMS – 2ª Secretaria
36.	TINA CABRAL	SES
37.	RICARDO SCOTTI	CONASS

3 - Pauta

1. Assistência Farmacêutica - Farmácia Básica e Medicamentos Estratégicos

2. Política de Atenção à Saúde Indígena

3. Plano de Erradicação do Sarampo

4. Informações em Saúde - Apresentação dos Sistemas de Informações

5. Atualização dos Critérios de Habilitação – qualificação dos estados e municípios na assistência

5.1 – Apresentação do documento da SAS/MS

5.2 - Discussão

6. Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças – ECD

6.1 – Certificação de Estados

6.2 – Certificação de Municípios

7. Habilitação de Municípios

7.1 - Plena de Atenção Básica

7.2 - Plena do Sistema Municipal

4. Desenvolvimento da Reunião

O Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite - CIT, **Dr. Barjas Negri**, coordenou a 5ª Reunião da CIT, realizada no dia 15 de junho de 2000.

1 - Habilitação de municípios: foram apresentados e aprovados os pleitos de habilitação na Gestão Plena do Sistema Municipal os municípios de Benjamin Constant/AM e Capanema/PA. Foram habilitados na Gestão Plena de Atenção Básica os municípios de Ewbank da Câmara e Presidente Bernardes/MS; Corumbataí, General Salgado, Porangaba, Rafard, Torre da Pedra e Ubarana/SP e Darcinópolis/TO. **2 - Certificação em Epidemiologia e Controle de Doenças - ECD** - Foi certificado o Estado do Pará com efeito financeiro à partir de 1º de junho, conforme deliberado na reunião anterior. Foram certificados à partir de 1º de julho/2000, o Estado da Bahia, 28 municípios do Estado de São Paulo, 36 municípios do Estado do Paraná, 38 municípios do Estado de Tocantins, 138 municípios de Minas Gerais, 24 municípios de Mato Grosso do Sul, 04 municípios de Goiás e 43 municípios do Pará. O Estado do Mato Grosso solicitou a certificação, mas a existência de pendências retorna a proposta para deliberação na próxima reunião, caso sejam sanadas as pendências. O representante da FUNASA **Mauro Ricardo Machado Costa**, abordou a questão da inclusão de municípios dos estados do Maranhão e do Mato Grosso no extrato 1, como pertencentes à Amazônia Legal, para o que necessita de aprovação da CIT dado que envolve aumento do teto financeiro de ECD. O Coordenador da CIT Barjas Negri colocou que é uma reivindicação justa dos dois estados, mas que leva a uma expansão do teto financeiro em cerca de R\$6.000.000,00 a R\$7.000.000,00/ano, que deverá ser acrescido ao teto das endemias que é de R\$518.000.000,00. A existência de problemas orçamentários só permite aprovação à partir de 1º de julho. O representante da FUNASA Mauro Ricardo Machado colocou que a proposta envolve 3 portarias: uma do Ministro da Saúde enquadrando esses municípios no extrato 1; outra da FUNASA/SE fixando os valores, e uma 3ª da FUNASA estabelecendo quais os municípios pertencentes à Amazônia Legal. Na portaria que estabelece os novos tetos financeiros foi incluído um anexo com os valores a serem alocados para as campanhas de vacinação.

Dr. Barjas Negri informou que já existe uma portaria do Sr. Ministro dispendo sobre o enquadramento de municípios pertencentes a áreas endêmicas de malária nos Estados do Maranhão e do Mato Grosso e que há uma Instrução Normativa da FUNASA com a relação dos municípios pertencentes às áreas endêmicas de cada estado, com as respectivas populações, e ainda uma portaria conjunta SE/FUNASA alterando os tetos do Maranhão e do Mato Grosso, que dão amparo à realização das transferências fundo a fundo. Colocou a proposta, e em não havendo objeções, foi aprovada. Com relação às campanhas de vacinação, foi feita uma antecipação financeira, fundo a fundo, para os 15 estados certificados evitando-se assim a prática convenial. O representante do CONASS **Ricardo Freitas Scotti** indagou se na portaria que define os valores para cada estado e também os valores das contrapartidas já está incluída a correção dos tetos para os Estados do Maranhão e do Mato Grosso e foi informado pelo representante da FUNASA que não está. **Dr. Barjas Negri** ponderou que a correção se dará com a portaria vigente à partir de 1º de julho. **Dr. Mauro Ricardo** informou que na verdade o documento em questão é uma Instrução Normativa, clareando a composição do teto financeiro, dividindo entre estado e município, a parcela Federal e a Estadual. **Dr. Barjas Negri** informou que com relação aos 77 municípios de São Paulo, cuja documentação não chegou em tempo hábil na última reunião, foi reconhecido pela FUNASA que havia sido entregue em dia e que a Portaria foi publicada com efeito retroativo a 1º de maio. **3 - Assistência Farmacêutica** – O Secretário de Políticas de Saúde, **Cláudio Duarte** colocou que a descentralização da Assistência Farmacêutica para estados e municípios, materializada pela Portaria 176/99, representou um passo importante no sentido de ampliar o volume de recursos e dar condições aos estados para executar políticas de Assistência Farmacêutica Básica, que pudesse refletir os avanços na atenção Básica que a NOB/96 empreendeu em todo o país. Atualmente existem 5.430 municípios habilitados, ou seja: 99,4% de todos os municípios do país e praticamente toda a população brasileira estão incluídos dentro da estratégia de elaboração do Plano Estadual de Assistência farmacêutica, processo que requer uma construção permanente no que respeita atualização frente às necessidades

assistenciais de cada estado, microrregião e município, bem como avaliação permanente pelas CIBs no intuito de aperfeiçoar e encontrar as correções para os pontos de estrangulamento. Quatro questões devem ser enfrentadas no sentido de aperfeiçoar a política de Assistência Farmacêutica. A 1ª relacionada ao financiamento – o Ministério da Saúde já efetuou o pagamento de 14 parcelas, desde o mês de maio foi solicitado às SES informações sobre as contrapartidas e até o momento não se tem esses dados, e já existem problemas identificados em relação às contrapartidas sejam elas estaduais ou municipais. Destacou que com a participação de todos foi construído um instrumento nacional para que se pudesse monitorar a contrapartida e o aspecto quantitativo, de modo que o país possa ter uma base de dados para programar sua capacidade produtiva com relação aos medicamentos objeto dos pactos dos estados e municípios e que seria fundamental que a cada ano tivessem os três níveis capacidade de avaliar a demanda e a necessidade de medicamentos seja por município, microregião ou por cada estado da federação. Colocou ainda que o problema do financiamento será objeto de uma Portaria do Senhor Ministro que regulamentará o art. 1º da PRT nº 176. Um 2º aspecto relaciona-se às aquisições - em decorrência das modalidades de pactos em alguns estados existem problemas operacionais ligados à capacidade de municípios e estados de fazerem as aquisições, seja por dificuldades administrativa nas licitações, ou dificuldades dos laboratórios para entregarem os itens de medicamentos. O 3º é o aspecto diz respeito à proposta de discussão com o CONASS e o CONASEMS no sentido de aperfeiçoar a PRT nº 176, e no prazo de 60 a 90 dias reavaliar os pactos estaduais, na perspectiva de se fazer correções e de quantificar os itens da Assistência Farmacêutica Básica que fazem parte desses pactos. ~~Nós temos alguns~~ Os estudos sobre os pactos efetuados revelam que, somam cerca de 216 os itens de medicamentos, mostrando e que ~~coloca uma situação de que~~ alguns pactos foram amplos demais no elenco de ~~stes medicamentos,~~ o que pode representar uma dificuldade em se concentrar a Assistência Farmacêutica ~~B~~ naquele de em medicamentos que efetivamente dê dêem resposta às nosologias mais prevalentes. A título de exemplo: nós temos alguns exemplos: 50% dos pactos incluíram clorpropramida

no ítem hipoglicemiante oral, e esta medicação está em desuso de acordo com o protocolo técnico. Apenas 2 estados pactuaram a glicásida e a metenformina que são medicamentos atualmente utilizados no controle do Diabetes Mellitus tipo II. Com relação aos antihipertensivos praticamente 100% dos postos foram bem estabelecidos. ~~e~~ Com relação à saúde da criança, alguns estados não contemplam medicamentos para asma, ~~e a~~ ficando em dúvida se ~~está contemplado isto faz parte da na~~ contra partida estadual. ~~Também existem problemas no~~ elenco de medicamentos utilizados no programa Saúde da Mulher. Há problemas também em relação à saúde da Mulher. Como proposição foi apresentado: Nós temos as seguintes proposições: 1º - regulamentação do art. 1º da PRT 176 com relação às contrapartidas e do art. 5º que dispõe sobre o Plano Estadual de AssistênciAssistência Farmacêutica, no sentido de que estes planos possam ser detalhados por município, com a criação de um instrumento informatizado que facilite às CIBs elencar o plano por município, microregião e o consolidado do estado; 2º - conclusão do processo de avaliação, a ser apresentado nos Bipartites em conjunto com os estados e municípios; 3º - rediscussão dos pólos - a partir das informações acumuladas nos pactos estaduais, e o desenvolvimento de um sistema específico para monitorar a Assistência Farmacêutica~~FB~~ incluindo e também outros itens da AF, inclusive itens como os medicamentos excepcionais, saúde mental, etc. 4º - elaboração de um guia com a relação mínima de medicamentos básicos que possa refletir as necessidades epidemiológicas nacionais: Hanseníase, Tuberculose B, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Hipertensão, Diabetes, etc. Em seguida o Diretor de Programas, Dr. Platão Erwing~~Passo a palavra ao Dr. Platão para falar sobre as ações que estamos empreendendo com relação a questão das aquisições. Dr. Platão. A SE informou que a adquiriu~~ experiência adquirida razoável no trato da aquisição/distribuição de medicamentos nos últimos 3 anos, ~~e que~~ permitiu também observar a existência de dificuldades de alguns estados e municípios para efetuarem a aquisição. ~~Com base na~~ identificação~~do~~ ção do problema, foi feito um estudo conjunto da SPS, SAS, e SE, para o estabelecimento de um registro nacional de preços, a partir da colocação de um edital. O preço mínimo apresentado pelas empresas será

registrado, e o município e o estado poderão fazer a aquisição dos produtos utilizando a Ata de Registro de Preço do Ministério da Saúde. Citando ~~Este é um piloto, daí a necessidade de que não fosse de grande magnitude. Vamos como exemplo considerar o medicamento~~ a aspirina: ~~serão nós vamos~~ licitar ~~dos~~ 25 milhões de comprimidos, que é a quantidade aproximada do consumo nacional. A empresa vencedora ~~não sendo provavelmente não será~~ capaz de fornecer todo o quantitativo necessário, ~~então a~~ 2ª empresa classificada poderá completar o quantitativo ~~praticando se quiser praticar~~ o preço da 1ª, e assim sucessivamente. ~~Está em elaboração. Nós estamos fazendo~~ uma cartilha que será enviada a todos os municípios e estados explicando ~~como será~~ o procedimento ou seja: o município ~~vai receberá~~ uma senha do Ministério da Saúde, ~~com a qual ele vai poder~~ entrar no sistema e ~~poderá~~ fazer a aquisição diretamente com o fornecedor, ~~e~~ O Ministério da Saúde ~~fará vai~~ apenas o monitoramento para que não ocorram casos de não fornecimento ou não pagamento. ~~Para a execução desse processo~~ o município ~~deverá pode~~ fazer ~~um~~ modificação na sua Lei Orgânica, ~~para que isso seja permitido, porque já~~ que no Edital ~~constará que está escrito que os~~ estados, municípios e o Distrito Federal poderão adquirir, desde que sua legislação o permita. ~~e~~ ~~Pode ainda o~~ Prefeito ~~pode ainda~~ se valer de uma medida provisória que está sendo encaminhada pelo Senhor Ministro, ~~criando~~ condições para que os estados e municípios façam ~~este tipo~~ de aquisições ~~ão~~ ~~nesta forma. A relação de preços tem validade~~ Os preços relacionados valem por ~~de~~ 1 ano, e existem mecanismos de monitoramento permanente de preços. ~~A representante do CONASS para a região Sul~~ **M^a Maria Luiza Jaeger** ~~-eu queria colocar várias- colocou algumas~~ questões: ~~a 1ª é que~~ na reunião da Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica do CONASS realizada em Belo Horizonte foi feito um levantamento sobre a pactuação do conjunto dos estados com os municípios, sobre como está o ~~c~~umprimento da contrapartida, e foi discutida uma proposta do Ministério da Saúde que sugeriu que os módulos de prestação de contas do municípios ~~fossem~~ mensais, com notas fiscais ~~e este de cada, dos~~ medicamentos adquiridos no período. ~~Considerada a inexecutabilidade da proposta~~ ~~A discussão é de que isto é inexecutável, foi apresentada como alternativa e a~~

~~proposta é de que sejam a~~ elaboração ~~dasde~~ planilhas consolidadas, ~~com a~~ guarda ~~e que se exija pelos~~ dos municípios ~~das a grande e organização~~ das notas fiscais, para eventual auditoria. ~~Não ficou claro~~ Uma outra questão é que ~~não ficou muito clara é sobre~~ o processo licitatório, ~~e~~ já que uma série de estados está tentado ~~fazê-lo, fazer isso,~~ seria importante padronizar para ~~não haver~~ duplicidade de ~~não se fazer~~ trabalho duplicado. **O Dr. Platão Erwing** :—informou ~~que será feito nós vamos fazer~~o registro de preço de 80 medicamentos da **Assistência FarmacêuticaB**, mas ~~isto que~~ não está fechado ~~a~~ modificações, ~~que~~ podem ser feitas instantaneamente, o que é uma vantagem. ~~Teremos uma A~~ página no site do Ministério da Saúde, Registro Nacional de Preços, ~~que~~ possui 3 momentos; informação, compra e vendas. **O Dr. Ricardo Scotti** ~~indagou- sobre~~ ~~se~~ um estado ou município pode comprar um medicamento utilizando licitação feita pelo Ministério da Saúde ~~e não por ele? Dr. Platão -- e foi informado da~~ não ~~há~~ obrigatoriedade de comprar pelo registro, mas se quiser fazê-lo, ~~ele~~ vai poder comprar da empresa fornecedora pelo preço divulgado, ~~o que-Isse~~ no mínimo dá ~~a~~ transparência e proporciona economia de escala. **Dr. Ricardo Scotti** ~~indagou~~ ~~ainda se --~~ a relação do ~~g~~Gestor com a indústria é direta, ~~sendo respondido pelo ?~~ **Dr. Barjas Negri** ~~que -- sim,~~ a compra é direta, ~~e ele~~ tem um preço que funciona como um teto, simplificando o processo de aquisição. ~~Scotti- Cláudio -- a partir de que você colocou, como nós vamos operacionalizar a superação dos problemas?~~ **Dr. O Secretário de Políticas de Saúde Cláudio Duarte** ~~informou que --~~ ~~M^a Luiza,~~ ~~nós não recebemos o Ministério da Saúde não recebeu~~ as informações da oficina do CONASS a que ~~a Dra. Maria Luiza Jaeger --~~ ~~você~~ se reportou ~~e que --~~ Desde ~~maios~~ solicitamos informações dos estados em relação as contrapartidas ~~e que~~ ~~não obtém as respostas, mas não tivemos êxito na consolidação, e~~ ~~Concorda~~ com ~~você sobre as~~ os aspectos relacionados às notas fiscais, e ~~que nós estamos~~ ~~contratando~~ uma consultoria ~~irá para~~ trabalhar um sistema de informação que contará com um módulo de prestação de contas ~~que- o qual~~ utilizará informação indiretas. A proposta ~~é~~ realizar a discussão e reavaliação dos pactos, para corrigir algumas aspectos questões que precisam ser repactuadas, ~~e para que os~~ ~~Polanos~~ ~~E~~estaduais contemplam os municípios, ~~para que~~ as CIBs possam

quantificar a quantidade de medicamentos por município, microregião e estado, e que se possa detalhar e regulamentar as contrapartidas. O Presidente do CONASEMS Dr. Gilberto Natalini considera que –este é um assunto difícil, uma vez que os problemas vão desde a produção até a comercialização; ~~m~~Muitas empresas não querem vender ~~por ser este m ano de eleição, e~~ com receio de não receber, sobretudo em ano eleitoral, citando como exemplo que no seu ~~No~~ ~~vosse~~ município, um processo de compra de 1 milhão de reais está há 7 meses a espera de fornecedor. Acha Eu acho que grande parte dos municípios tem comprado medicamentos, feito a sua dado a sua parte, e ainda que no ~~No seu~~ ~~nesse~~ estado, o pacto com o estado e a FURP tem garantido o recebimento regular de medicação básica, mas que ~~Nós temos sabe~~ notícias de estados que não estão dando as contrapartidas e de outros que não estão repassando sequer os recursos federais. ~~É necessário um esforço para que cada um faça a sua parte. O representante do CONASS para a região Centro-Oeste, Júlio Müller Secretária Estadual de Mato Grosso~~ informou que fez ~~nós fizemos~~ uma avaliação, e verificouamos a ocorrência de problemas ~~de convênios com com~~ os municípios que atrasam o sistema de compras e também o atraso do repasse de recursos por parte de vários municípios, o que permitiu ~~Devido aos problemas, estamos~~ ~~fecha~~ndo a entrega dos medicamentos de 99 somente agora. A partir de junho/00, mediante decreto governamental, No intuito de evitar estas coisas o governador fez um decreto estabelecendo será feito o repasse fundo a fundo a partir do mês de junho, então os o que permitirá aos municípios realizar ~~podarão~~ ~~fazer~~ suas compras diretamente, à partir do conhecimento deste registro geral, citado. 4 - Dr. Natalini ~~o Secretário de Belém perguntou se~~ registro de preço é com ou sem transporte. Dr. Anastácio ~~nós compramos de laboratórios públicos e privados e estamos com uma grande licitação em andamento, então, se existi um registro nacional de preços nós não podemos comprar através desta licitação a não ser que a medida provisória seja realmente publicada. Dr. Platão~~ ~~o preço de entrega no município e no estado, para não gerar problemas de regionalização nesse primeiro momento estamos registrando o preço do Programa Farmacêutica~~

~~Básica, dos medicamentos excepcionais e da insulina, mas podemos fazer o que for necessário, dependendo da demanda de vocês.~~

Política de Atenção à Saúde das Populações Indígenas - o representante da FUNASA , informou que a proposta distribuída foi apreciada e ajustada por um grupo técnicos formado por representantes dos estados, municípios e Ministério da Saúde. Informou o **Dr. Ubiratam** que houve algumas alterações no documento de acordo com as sugestões apresentadas e discutidas pelo grupo técnico, que dizem respeito à participação dos gestores estaduais e municipais na organização de rede de serviços, à atuação dos Conselhos locais e das Secretarias de Saúde, entre outros. A representante do CONASS para a região Sul apresentou as seguintes sugestões: no 1º, 2º e 3º parágrafo da página 11, no lugar de "cada distrito em conjunto com os gestores estaduais e municipais" colocar "em conjunto com as Bipartites", já que uma das funções da mesma é organizar a rede de serviços e ela reúne os gestores estaduais e municipais. O representante do CONASS para a região Centro-Oeste **Júlio Müller** informou que não pode cumprir a designação de comparecimento perante a comissão, tendo externado para o Dr. Ubiratan as seguintes questões: a primeira é com relação aos critérios para a colocação de recursos na organização da atuação primária da saúde indígena, sobretudo das equipes que estão trabalhando na ponta. Outra sugestão é de que se tivesse um mecanismo de controle, sobretudo por se estar trabalhando também com organizações não-governamentais, além dos municípios, o que é uma experiência inovadora e que com relação ao sistema de informação, a proposta é muito interessante. Entende que poderia ser melhor estudada e melhorada a forma de financiar a referência para unidades hospitalares com características de referência maior; estadual ou macroregional, que tivessem maior nível de complexidade. A **Dra Inajara Rodrigues** da SES/RS colocou que com relação ao PSF indígena e não-indígena há no estado dificuldade nos municípios que já tem o PSF e recebem equipes de saúde indígena completas, e que na sua visão estas equipes podem ser consideradas equipes do PSF, inclusive porque a SES trabalha junto com a FUNASA na supervisão, capacitação e acompanhamento dessas equipes, utilizando o mesmo

sistema de informação do PSF. Sugeriu a colocação, nos sistemas de informações já existentes, um campo para o registro do índio e sua procedência.

Dr. Ubiratam informou das dificuldades em relação aos critérios de financiamento, e está em discussão para se chegar a uma decisão clara de até onde se pode ir, até onde o país sustenta uma política setorial desse tipo. Existem aspectos aparentemente fáceis de justificar e outros não, como por exemplo: justificar um custo percapita de mil reais para trabalhar índios não é suficiente para se fazer um trabalho de saúde básico. São mais de 300 comunidades, 24 pistas de pouso, e a necessidade de caminhar 6 a 8hs dos pólos bases até as aldeias. Há que se ter critérios claros e que levem em consideração as diferenças regionais com relação aos sistemas de informação. Foram estabelecidos um conjunto de indicadores indispensáveis para que o Ministério da Saúde avalie o desenvolvimento, o custo e o impacto desta política. O sistema vai permitir que os estados e municípios acessem o banco que vai ser autorizado em Brasília. Seria importante que o SIM, SINASC e SINAN pudessem ter em suas coletas de informações algo que identificasse a especificidade da população indígena. Não existem grandes problemas com relação ao PSF e com relação ao incentivo hospitalar, embora haja problemas na sua execução pela pulverização do referido incentivo em um número de hospitais talvez maior do que o necessário. Sua concentração poderia fortalecer as unidades microregionais e regionais, e propôs uma conta corrente em cada unidade hospitalar para avaliar se o incentivo está sendo suficiente. O Secretário de Assistência à Saúde **Renilson Rehem** fez dois esclarecimentos: o primeiro é que o hospital vai faturar normalmente e o segundo é que 30% é um limite sobre o faturamento e não um percentual fixo. Concorda que há pulverização do incentivo, e que foi estimado um percentual percapita do mesmo, diferenciado nos 3 níveis de referência hospitalar. O representante para a região Centro-Oeste **Júlio Müller** colocou que se se fizer levantamento dos custos, pode-se avançar no aprimoramento desta questão, propondo uma adaptação ao próprio sistema de referência que está sendo implantado no estado. O Secretário de Assistência à Saúde referiu o receio da avaliação direta da assistência, porque não dá para se ter 2 tabelas de pagamento com valores

diferentes, contudo entende que para garantir a referência é preciso ter incentivo, estabelecer quando é justo se dar de incentivo ao hospital para que ele dê prioridade no atendimento do índio. **Dr. Júlio Müller** colocou que é necessário garantir a referência em todos os níveis, já que ficou defasada a forma de remuneração dos hospitais de maior complexidade e sugeriu estudo da questão. A representante da região Nordeste pelo CONASS **Rosa Sampaio**, entende que a atenção básica indígena é mais cara que a hospitalar e não vê porque a atenção hospitalar ao índio tenha que ser diferente, não achando justo conceder incentivo aos hospitais para atender indígenas. O **Dr. Júlio Müller** colocou que o Estado do Mato Grosso talvez tenha a 2ª maior população indígena do País e a realidade é que, se não houver incentivo, os hospitais não internam. A **Dra. Maria Luiza Jaeger** considerou que não está sendo proposto aumento da Tabela de AIH ou uma AIH diferenciada para o índio, o que foi afirmado pelo **Dr. Renilson Rehem** que a questão é essa mesma, trata-se de um valor global. O **Dr. Cláudio Duarte** colocou que a partir de agora deve ser trabalhada a integração territorial e das ações para as 2 populações, mantendo as especificidades de ambas estratégias. Acrescentou o representante da FUNASA **Dr. Mauro Machado** que a união de esforços entre a FUNASA, SAS, SE, SPS, aliada à participação das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, universidades e organização não-governamentais, nesses 10 meses em que o Ministério da Saúde assumiu a atenção integral à saúde indígena, permitiu que quase 80% das metas previstas para o ano 2000 já tenham sido alcançadas, o que significa dizer que foi antecipado o prazo final estabelecido de 2002 para 2001, no que respeita ter todos os recursos humanos necessários para atuar na área indígena. Resultados significativos também com relação a equipamentos, já existem. **Dr. Júlio Müller** sugeriu que a FUNASA, de comum acordo com o CONASS e o CONASEMS, realizasse essa discussão com as Bipartites. **Dr. Ubiratam** manifestou que do seu ponto de vista o estado do Ceará resolveu isto definitivamente, já que o assunto foi discutido na Bipartite e no Conselho Estadual de Saúde, e que a forma de organização é dentro do SUS. Acrescentou o **Dr. Mauro Ricardo** que além disso, as secretarias estaduais e municipais participam dos Conselhos Bipartites de

Saúde Indígena, instâncias responsáveis pela elaboração do plano de saúde distrital e gostaria de encaminhar a Política de Saúde Indígena para aprovação da Tripartite e encaminhar ao Conselho Nacional de Saúde para avaliação antes da homologação pelo Ministro da Saúde. O Coordenador da CIT **Barjas Negri** colocou que encerrado os debates e incorporadas as sugestões feitas, a proposta foi considerada aprovada, para ser encaminhada ao Conselho Nacional de Saúde. **5 - Erradicação do Sarampo - Dr. Mauro Machado** referiu o compromisso assumido perante a OPAS de erradicar o sarampo no ano 2.000 e que para tanto foram estabelecidas diversas estratégias junto com os estados e municípios, alongando as metas, o que gerou grandes resultados: em 1 ano foram registrados 26 casos de sarampo e há 5 semanas não há registro de casos. Esclareceu o **Dr. Jarbas Barbosa** que toda política de erradicação envolve a necessidade de mobilização técnica, social e política e que o sarampo é uma doença de epidemias cíclicas e a razão pela qual não se consegue o controle é pela velocidade de acúmulo de susceptíveis e velocidade da transmissão. A cobertura vacinal permitiu aumentar o espaço interepidêmico que era de 2 anos nas décadas de 70 e 80, para 5 a 6 anos, atualmente. Hoje no Brasil, a estimativa é de 3 milhões de susceptíveis entre os menores de 5 anos. Eles se acumulam por falha primária da vacina e por falha do sistema, já que grande parte dos municípios não atingem a cobertura de 95% na vacinação de rotina. A expectativa do número de susceptíveis foi repassada aos estados, para que cada um tivesse idéia do seu potencial epidêmico. O Brasil iniciou o esforço para a erradicação em 92. Em 95 deveria ter sido feita uma campanha de vacinação de segmento, porém havia uma discussão técnica quanto à necessidade de vacinar as crianças. Em 96 tivemos 2 importações de vírus, provavelmente da Itália: 1 em Santa Catarina que foi rapidamente contida e outra em São Paulo que causou 62 mortes e 56.000 casos confirmados. Com a quantidade de susceptíveis que existe, e se não for realizada uma campanha de segmento, há um potencial de que ocorra outra epidemia nos próximos 2 ou 3 anos. A estratégia é basear numa campanha indiscriminada para zerar susceptíveis e alcançar coberturas acima de 95, na vacinação de rotina, com campanhas de segmento a cada 5 anos, fortalecer a

vigilância epidemiológica para detectar rapidamente vírus importados. Os indicadores de qualidade da vigilância epidemiológica de 1999 mostram que apenas 42,5% dos municípios atingiram mais de 95% de cobertura vacinal. Temos este ano 27 casos de sarampo modificador: 14 no Acre, provavelmente importado da Bolívia, 11 casos em São Paulo, 01 em Santa Catarina e 01 no Amazonas, um adulto que se infectou no Acre. Em seguida foi apresentado quadro dos recursos aplicados na intensificação da vigilância epidemiológica e na campanha de segmento, além das estratégias para o êxito da campanha de 17/6, próximo. Dr. Mauro Machado frisou a importância do engajamento dos Governadores e Secretários de Saúde na Campanha. O Presidente do CONASEMS **Dr. Gilberto Natalini** ressaltou a importância de se estudar estes dados de baixa cobertura e colocou o CONASEMS à disposição para qualquer tipo de trabalho com vistas a mobilização dos municípios objetivando melhorar esses índices que nas campanhas e na vacinação de rotina. O representante do CONASEMS para a região Sul **Francisco Izaías** informou que dada as baixas coberturas em vários municípios do Mato Grosso foi utilizada a estratégia empregada anteriormente na dengue - reunião com os gestores, conselhos municipais, a imprensa e a população. Contarão ainda com a ajuda do exército e da aeronáutica. **Dr. Jarbas Barbosa** informou que com a vacina da gripe atingiu-se a cobertura de 70% do público alvo (dos 9 milhões de idosos, foram vacinados 9 milhões e duzentos mil), apesar das resistências, o que coloca o Brasil como o País que mais vacinou idoso no mundo. Está sendo feito um estudo epidemiológico e construindo-se uma tendência, excluindo as sazonalidades, e avaliando o impacto nas internações e acompanhando as mortes na cidade de São Paulo. Este trabalho está sendo feito com a utilização de mesma tecnologia de impacto do laboratório de Saúde Pública da Inglaterra. O debate sobre vacina hoje no mundo é intenso, e isso significa que os PNIS tem que deixar de ser somente administradores e distribuidores de estoques de vacinas e se capacitarem tecnicamente para fazer esse debate. **6 - Sistemas de Informações** – informou o Secretário de Políticas de Saúde, **Dr. Cláudio Duarte** que está sendo feito um trabalho para integrar os sistemas de informações em saúde, aperfeiçoá-los tecnologicamente, agilizar as

análises das bases de dados disponíveis para se ter um novo desenho do sistema de informações do SUS. Este trabalho está mobilizando a FUNASA, a SPS e a SAS, e 2 apresentações a cargo da FUNASA e da SPS, serão feitas. A primeira sobre os sistemas SIM, o SINASE e o SINAN a cargo da FUNASA, pelo **Dr. Jarbas Barbosa**. Com relação ao SIM, foi apresentada uma comparação entre o sistema gerenciado pela FUNASA e o IBGE, onde este ainda trabalha com dados de óbito de 1996, enquanto a FUNASA já fechou 1998 e está fechando em um ou dois meses, 1999. Quanto ao SINASC, o IBGE está parado em 1996 e a estimativa produzida está subestimada. No caso do SINAN, embora tenha havido uma melhora significativa na comunicação dos dados, 584 municípios, dos quais 51 estão habilitados em Plena do Sistema, não alimentaram o sistema. Frente a esta situação solicitou da CIT a discussão de alguma proposta para resolver o problema, até porque um ano de prazo dado para resolver a questão já se esgotou. A aplicação do que preconiza a legislação significaria suspender o PAB de 533 municípios e o teto da Plena do Sistema de 51 municípios. **Dr. Cláudio Duarte** informou que o SIAB é um sistema recente, que foi implantado no 2º semestre de 98, e é um bom sistema de informação para avaliar de maneira dinâmica a situação da saúde, acompanhar a execução das ações básicas e monitoram o processo de transformação da situação sanitária à partir da intervenção em um determinado território. Em seguida, a apresentação dos dados mostrou que com relação ao PSF, este já conta com mais de 8.000 equipes em 2.614 municípios. Existem 128.000 Agentes Comunitários de Saúde atuando em 4.390 municípios e a estimativa da cobertura populacional em dez/99 é de 64 milhões de pessoas, cerca de 39% da população. Foram apresentados ainda os números dos grupos acompanhados, taxa de mortalidade infantil, etc. Informou que o SIAB ainda não é um sistema universal porque não vincula toda população, e há problemas com a capacitação das equipes, com as falhas na coleta e periodicidade do envio de informações e no fluxo de dados, considerando que 100% do banco de dados das áreas que tem PACs e PSF, não está alimentado. Está em desenvolvimento outras áreas de atenção básica, e o SIAB tende a incorporar outras ações da atenção básica; tais como: o SIAN, SISVAN,

Assistência Farmacêutica Básica, Hansen e Tuberculose e um trabalho de integração e compatibilização com outros bancos de dados. É também um objetivo de curto prazo, a vinculação do SIAB com o sistema de pagamento. O Presidente do CONASS **Anastácio Queiroz** fez considerações a respeito dos dados de progressão de mortalidade infantil para os estados brasileiros divulgados pela mídia, e que causaram problemas. O acesso à metodologia usada revelou que foram trabalhados dados de 1996 e embora válida, ela não leva em consideração nenhum fator que altera a mortalidade infantil. Pelo estudo, nada muda ao longo dos anos nos estados, desde 1989, o que denota que há uma enorme disparidade entre os dados do IBGE e os dados diretos dos estados e municípios. Segundo o **Dr. Jarbas Barbosa**, o problema de base é que os bancos disponíveis não são passíveis de utilização para Brasil inteiro, nem os do IBGE, nem os da saúde. O Ministério da Saúde está tentando ver se em conjunto com o IBGE cria capacidade para trabalhar estimativas dentro das mais diversas técnicas, propondo como meta para 2001 que se trabalhe com dados diretos e não mais com estimativas de mortalidade. No sudeste, sul e centro-oeste é possível trabalhar com dados reais, o problema são os estados do norte e nordeste que só captam 50% das mortes existentes, pelo SIM. Há que ser feito um esforço para integrar os diversos sistemas, já que nenhuma estimativa vai substituir a realidade. Informou também que uma comissão composta por técnicos do IBGE e 2 outros demógrafos reuniu-se na Secretaria Executiva do Ministério da Saúde e discutiu vários aspectos no sentido de melhorar as técnicas de estimativas. Complementou o Dr. Barjas Negri, informando que o trabalho que o Ministério da Saúde tem feito junto aos técnicos da IBGE é no sentido de fazer esta correção. Sugeriu que este ponto seja colocado nas próximas reuniões, para informações adicionais. **Dr. Anastácio Queiroz** sugeriu nota de rodapé ou cabeçalho informando que são dados indiretos, projetados, ao que o **Dr. Barjas Negri** informou que tal providência já está sendo adotada. **Dr. Mauro Machado** reforçou a grande dificuldade em obter por parte dos estados e municípios a alimentação dos bancos de dados do SIM, SINASC e SINAN, o que tem dificultado o planejamento da assistência e das atividades de epidemiologia, e informou que encaminhou à

Secretaria Executiva a relação dos municípios que não alimentaram os bancos, para que sejam tomadas as medidas legais cabíveis - a suspensão do repasse de recursos, até o cumprimento do exigido.

7 - Atualização dos Critérios de Habilitação - Dr. Arnaldo Bertone informou que para o dia 5 de julho foi marcada uma reunião com o CONASS e o CONASEMS, no sentido de discutir o assunto e ter o documento pronto, trazendo-o na próxima reunião da CIT. Em relação aos pleitos dos estados para habilitação na Gestão Plena do Sistema foi encaminhado ofício para os estados do CE, MG e RS, com a análise da documentação e proposta de reunião em cada um desses estados. Sobre a questão da proposta de habilitação do município de Irecê/BA, a **Dra. Maria Helena Brandão** informou que o processo foi aprovado em agosto de 99 e publicado em setembro/99 e nesse período ficou aguardando, porque a Bahia faz um processo de pactuação na microregião para cada plena, e fecha a programação em toda a microregião. Como o teto de Irecê é polo, dependia dessa pactuação e a reunião para discussão deste ponto, marcada pela secretaria Estadual, que não aconteceu. O município entrou com um recurso no Conselho Estadual de Saúde, este não discutiu o tema e o município então entrou com o recurso na CIT. A reunião com a SES/BA trouxe à tona um problema complicado, que afeta o município, porque o Governo da Bahia decidiu criar organizações sociais, sendo a primeira o Hospital Estadual de Irecê, exatamente na data da habilitação do município. O hospital está sub-judice, e nessa condição ele não poderia mudar sua forma contratual, e por conseqüência não poderia ser transferido para o município como o modelo da Bahia prevê. Foi encaminhada uma proposta que deixava o hospital fora do teto do município, com as internações autorizadas pela Dires, enquanto ele estivesse sub-judice, que foi aceita pelo município. Apresentada a proposta à SES, referiu o Secretário que o Governador não autorizava nenhuma negociação com o município. Está o município sem mais instâncias para recorrer. **Dr. Renilson Rehem** colocou a existência de um grande complicador político, que a CIT não pode ficar imobilizada e que um encaminhamento que deve ser informado ao Secretário e se for o caso, ao próprio Governador do estado. **Dr. Júlio Müller** indagou qual é a

alegação técnica da SES/BA, tendo respondido a **Dra. Maria Helena Brandão** que a questão técnica que se tem é a do hospital, por isso que todo o encaminhamento dado foi no sentido de deixar o hospital como está, e a CIT e o Ministério participariam do pacto que balizaria o teto do hospital. **Dr. Anastácio Queiroz** indagou se o hospital continuar com o estado, com teto separado, em que isso afetaria as organizações? Ao que foi respondido que o secretário falou apenas que não estava autorizado a negociar com o município. **Dr. Anastácio Queiroz** colocou que na saúde as decisões são feitas em cima de normas, e que mesmo havendo a questão política, há que se ter um argumento mínimo para não seguir o que está normatizado. **Dr. Júlio Müller** questionou sobre outras alternativas, sobre outros serviços estaduais neste municípios que o estado não queira municipalizar e foi respondido que não e que outras alternativas forma tentadas, mas não foi possível e negociação. **Dr. Gilberto Natalini** leu para o plenário fax da Secretária de Saúde de Irecê **Rita de Cássia Afonso Dourado**, solicitando a resolução do processo de habilitação do município de Irecê. Na seguinte forma: a) que o município seja habilitado na gestão plena de sistema com o volume atual de AIHs, tendo como média de valor de recursos o pactuado para os demais municípios, 49 reais valor médio de AIH e mais 40% de aumento em cima dos procedimentos de média complexidade; b) que essa Comissão solicite o Parecer Jurídico sobre a questão dos Organizações Sociais na Bahia, e discuta as questões jurídicas em relação ao pagamento de serviço do Hospital Estadual. **Dr. Renilson Rehem** colocou que o ofício reflete o que está causando tanto problema, vincular a questão da plena com as organizações sociais. **Dr. Barjas Negri** solicitou que a SAS faça os cálculos tanto na hipótese de habilitar o município, como para as soluções alternativas verificando o que acontece com o teto do estado e do município, para deliberar na próxima reunião. **Dr. Júlio Müller** abordou as sérias implicações de questões como essas. Questões político-partidárias não são aceitáveis, e que este plenário está aqui para defender os interesses comuns. **8 - Extra Pauta** O Coordenador da CIT passou a palavra para o Secretário Estadual de Saúde do Paraná, **Dr. Armando Raggio** que agradeceu o apoio recebido das Secretarias do Ministério e do próprio Ministro no andamento

do processo movido pela Procuradoria da República, do qual é objeto na gestão do SUS no Paraná, e em seguida fez um relato sucinto do processo e do seu andamento. **Situação de Porto Velho/RO** – o Secretário de Estado da Saúde colocou que quanto à Gestão Plena de Porto Velho, o Prefeito encaminhou um ofício pedindo reconsideração da desabilitação, sendo que a decisão do Conselho foi de manter a desabilitação do município. Propôs a deliberação sobre o assunto na próxima CIT, para que o município possa resolver suas pendências e o CES possa reapreciar o pedido. A proposta foi acatada. O **Dr. Anastácio Queiroz** registrou o empenho da FUNASA em modificar os termos do convênio VIGISUS atendendo à demanda dos Secretários de Saúde.

Visto:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CONASSS

CONASEMS



S
E
C
R
E
T
A
R
I
A
T
É
C
N
I
C
A

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT

RESUMO EXECUTIVO REUNIÃO ORDINÁRIA – 15.06.2000

O Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite, conduziu a 5ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, realizada no dia 15.06.2000.

Pontos de Pauta:

1 - Assistência Farmacêutica Básica – Farmácia Básica e Medicamentos Estratégicos – A apresentação feita mostrou que 99,4% de todos os municípios do País, praticamente toda a população brasileira, estão incluídos dentro da estratégia de elaboração do Plano Estadual de Assistência Farmacêutica, em função da descentralização da assistência farmacêutica para estados e municípios. Para o aperfeiçoamento da política de assistência farmacêutica, algumas questões precisam ser enfrentados, e dizem respeito aos aspectos: **do financiamento**, dado que foram identificados problemas com relação às contrapartidas estaduais e municipais; **das aquisições**, problemas operacionais por dificuldades administrativas nas licitações ou na entrega dos medicamentos por parte dos laboratórios; **da avaliação dos pactos estaduais**, no sentido de fazer correções, quantificar e qualificar os itens da Assistência Farmacêutica Básica. As proposições foram: a) - **regulamentação** do art. 1º e do art. 5º da PRT 176, que tratam da contrapartida e do Plano Estadual de Assistência Farmacêutica; b) - **conclusão do processo de avaliação**, ora em curso; c) - **rediscussão dos pactos** e desenvolvimento de um sistema para monitorar a assistência farmacêutica; d) - **elaboração de um guia** com a relação mínima de medicamentos básicos, que possa refletir as necessidades epidemiológicas nacionais. O Ministério da Saúde está fazendo um registro nacional de preços a partir da colocação de um edital. O preço mínimo apresentado pelas empresas, será registrado na Ata de Registro de Preços do Ministério da Saúde que poderá ser utilizada pelos estados e municípios para a aquisição dos produtos.



2 - Política de Atenção à Saúde das Populações Indígenas

- após apreciação e discussão realizada por grupo técnico formado por representantes dos estados, municípios e Ministério da Saúde, o documento foi apresentado e as alterações introduzidas dizem respeito à participação dos gestores estaduais e municipais na organização da rede de serviços, à atuação do Conselhos locais e das Secretarias de Saúde, entre outros. A proposta foi aprovada para ser encaminhada ao Conselho Nacional de Saúde para avaliação, antes da homologação pelo Ministro da Saúde.

3 - Plano de Erradicação do Sarampo - A estratégia adotada para a erradicação do sarampo é baseada em: 1 - campanha indiscriminada para zerar os susceptíveis; 2 - alcance de cobertura acima de 95% na vacinação de rotina; 3 - campanha de segmento a cada 5 anos; 4 - fortalecimento da vigilância epidemiológica para a detecção rápida de vírus importados. A cobertura vacinal permitiu aumentar o espaço interepidêmico que era de 2 anos nas décadas de 70 e 80, para 5 a 6 anos, e os resultados já alcançados com relação à redução da incidência. Atualmente, no Brasil, a estimativa é de que haja 3 milhões de susceptíveis entre os menores de 5 anos. Em 1999, apenas 42,5% dos municípios atingiram mais de 95% de cobertura vacinal. Foi enfatizada a necessidade de que sejam envidados esforços no sentido de identificar as causas das baixas coberturas, para melhorar esses índices tanto nas campanhas, quanto na vacinação de rotina.

4 - Informações em Saúde - Está sendo realizado trabalho no sentido de integrar os sistemas de informações em saúde, aperfeiçoá-los tecnologicamente para agilizar as análises das bases de dados disponíveis, e ter um novo desenho do sistema de informações do SUS. Foram apresentados os sistemas a cargo da FUNASA: SIM, SINASC e SINAN, e o SIAB, que é operado pela Secretaria de Políticas de Saúde. Com relação ao SIM, foi apresentada uma comparação entre os dados do sistema gerenciado pela FUNASA, que já fechou o ano de 1998, estando prestes a fechar 1999, e os do IBGE, que está trabalhando com dados de 1996. Quanto ao SINASC, pelo IBGE a estimativa produzida está subestimada, e as avaliações não ultrapassaram o ano de 1996. No caso do SINAN, embora tenha havido uma melhora significativa na comunicação dos dados, 584 municípios não alimentaram o sistema. O SIAB, implantado no 2º semestre de 98, tem mostrado que é um bom sistema de informações para avaliar a situação da saúde, acompanhar a execução das ações básicas e monitorar o processo de transformação da situação sanitária a partir da intervenção em determinado território. O SIAB tende a



incorporar outras ações de atenção básica e a integração/compatibilização com outros bancos de dados, e vincular-se com o sistema de pagamento. Dados apresentados sobre o Programa de Saúde da Família-PSF mostram que o Programa conta atualmente com 8.000 equipes, atuando em 2614 municípios. Sobre o Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS existem 128.000 Agentes Comunitários de Saúde, atuando em 4.390 municípios. Foram abordados aspectos ligados aos dados recém publicados na mídia, discordantes dos dados apurados pelos estados e municípios. Um trabalho envolvendo técnicos do Ministério da Saúde, do IBGE e outros demógrafos de renome nacional, está sendo realizado no sentido de melhorar as técnicas de estimativa e enfatizar a necessidade de integração dos diversos sistemas, já que nenhuma estimativa vai substituir a realidade. Foi ainda relatado que a não alimentação dos bancos de dados do SIM, SINASC e SINAN tem dificultado o planejamento da assistência e das atividades de epidemiologia, e que a relação dos municípios que não alimentam os bancos foi enviada à Secretaria Executiva, para a aplicação medidas legais cabíveis.

5 - Atualização dos Critérios de Habilitação - o documento está sendo avaliado pelos técnicos do Ministério da Saúde e representantes do CONASS e do CONASEMS, e será apresentado na próxima reunião da CIT.

6 - Descentralização das Ações Epidemiologia e Controle de Doenças-ECD: foram certificados para realizar essas ações:

- Estado do Pará e 43 municípios
- Estado da Bahia e mais 28 municípios

Mais:

- 171 municípios de São Paulo
- 18 municípios do Rio de Janeiro
- 162 municípios do Mato Grosso
- 04 municípios do Goiás

7 - Habilitação de Municípios: foram aprovados as habilitações dos seguintes municípios:

Plena de Atenção Básica:

- Ewbank da Câmara e Presidente Bernardes/MS.
- Corumbataí, General Salgado, Porangaba, Rafard, Torre da Pedra e Ubarana/SP.
- Darcinópolis/TO.

Na Gestão Plena do Sistema Municipal:

- Benjamin Constant/AM
- Capanema/PA

Extra Pauta



S
E
C
R
E
T
A
R
I
A

T
É
C
N
I
C
A

1 - Recursos à CIT:

- 1.1 - **Habilitação do Município de Irecê/BA à Condição de Pleno do Sistema** - a comissão designada para mediar a negociação entre o estado e o município fez o levantamento dos dados e elaborou proposta de encaminhamento, mas não foi discutida pela Secretaria Estadual de Saúde. Analisado e avaliado o assunto pelo plenário, o coordenador da CIT solicitou que a Secretaria de Assistência à Saúde-SAS/MS, avalie como fica a questão do teto do estado e do município tanto na hipótese de habilitar o município, como para as soluções alternativas apresentadas, e que a questão relativa à proposta de habilitação do município será deliberada na próxima reunião.
 - 1.2 - **Habilitação de Porto Velho/RO** - o Secretário de Estado da Saúde/RO informou que o Prefeito de Porto Velho solicitou a reconsideração da desabilitação do município, e que a decisão do Conselho Estadual de Saúde foi por referendar a desabilitação. Propôs que a apreciação do assunto seja realizada na próxima reunião da CIT, para que o município possa resolver suas pendências, e o Conselho Estadual de Saúde possa reapreciar o pedido. A proposta foi acatada. Assim, permanece o município ainda habilitado.
- 2 – O Secretário Estadual de Saúde do Paraná, Dr. Armando Raggio fez um relato sucinto do processo movido pela Procuradoria da República e do seu andamento, no qual é objeto na gestão do SUS no Paraná, e agradeceu o apoio recebido das Secretarias do Ministério e do próprio Ministro da Saúde.

