



Ministério da Saúde
 Secretaria Executiva
 Comissão Intergestores Tripartite
 Secretaria Técnica

2ª Reunião Ordinária 2000	ATA DA REUNIÃO	23.3.00
--	-----------------------	---------

1. MEMBROS DA COMISSÃO

MINISTÉRIO DA SAÚDE			
Órgão	Representante	T/S	Frequência Acumulada
SE	Barias Negri	Titular	02/02
	Fernando Cárdenas	Suplente	01/02
SAS	Renilson Rehem Souza	Titular	02/02
	Eduardo Levcovitz	Suplente	01/02
SPS	Cláudio Duarte da	Titular	02/02
ANVS			
FUNASA	Jarbas Barbosa da Silva	Suplente	01/02

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS			
Região	Representante	T/S	Frequência Acumulada
N	Eduardo de Novaes Medrado	Titular	02/02
NE	Anastácio de Queiroz e Souza (Rep. P/ José Maria de França)	Titular	02/02
SE	José da Silva Guedes (Rep. P/ José Carlos Seixas)	Titular	02/02
S	Maria Luiza Jaeger	Titular	02/02
CO			

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE - CONASEMS			
Região	Representante	T/S	Frequência Acumulada
N	Neilton Araújo de Oliveira	Titular	02/02
	Eliana Pasini		01/02

NE			
SE			
S	Celso Luiz Dellagiustina	Suplente	01/02
CO	Elias Rassi Neto	Titular	02/02

2 - CONVIDADOS E ASSESSORES

Nº	NOME	ÓRGÃO
01	Ana Vicentina	COSEMS/PA
02	Ciria Aurora Pimentel	SMS-ALMERIM/PA
03	Patrícia T. R. Lucchese	ENSP-FIOCRUZ
04	Paulo R. G. Cavalcante	SECR.DE SAÚDE/PB
05	Ayrton G. Martinello	SE/MS
06	Estanislau Barbos de Lucena	SES/PB
07	Adalberto S. Passos	SE/MS
08	José Carlos Seixas	SES/SP
09	Josué Maria de Paula	SES/AL
10	Ricardo Scotti	CONASS
11	Fabiano Pimenta	FUNASA
12	Maria Ester Janssen	CONASS
13	Nilo Bretas Júnior	CONASEMS
14	Pedro Ribeiro Anaisse	CONASEMS/SMS/PA
15	Antônio Claret Campos Filho	SAS/MS
16	Lúcia Queiroz	SAS/MS
17	Cristiane V. Machado	SAS/MS
18	Maria Helena Brandão	SAS/MS
19	João Gabbardo dos Reis	SAS/MS
20	Joellynton Medeiros	CONASEMS
21	Sandra T. A Canuto	COSEMS/AL
22	Johnson Andrade de Araújo	SAS/MS
23	Maria Helenice de Castro	SAS/MS
24	Arnaldo Bertone	SAS/MS
25	Regina Coeli P. Mello	DAB/SAS/MS
26	Heloiza Machado	DAB/SAS/MS
27	Maria José	SES/SP
28	Paulo Paneago	ASSESSORIA DE IMPRENSA/MS
29	Fernando Martins Júnior	SES/RS
30	Renato Pereira	SES/RR
31	Alfredo Gadelha	SES/RR
32	Cassio Lima	PMCG

33	Roberto Hamilton Bezerra	SMS/VERTENTES/PE
----	--------------------------	------------------

3. PAUTA

Pauta da Reunião Ordinária da Tripartite

Data 23.3.00

- 1. Avaliação dos Procedimentos de Alta Complexidade**
- 2. Balanço do PSF e Expansão em 2000**
- 3. Situação da Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças**
- 4. Habilitação de Municípios**
 - 4.1 - Plena de Atenção Básica
 - 4.2 – Plena de Sistema Municipal – novas habilitações e recursos

4. DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

O Secretário Executivo do Ministério da Saúde, **Dr Barjas Negri**, coordenou a 2ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestora Tripartite – CIT, realizada no dia 23 de março de 2000.

INFORMAÇÕES - O Secretário Executivo fez a apresentação da pauta e em seguida comunicou que o Presidente do CONASS formalizou a impossibilidade de comparecer à reunião, indicando o Dr. José Maria de França, Secretário Estadual de Saúde da Paraíba para representá-lo e que o Secretário de Saúde de São Paulo, também impossibilitado de comparecer, estaria representado pelo Dr. José Carlos Seixas, Secretário Adjunto de Saúde daquele Estado. Em seguida solicitou a Dra. Deildes de Oliveira Prado, Coordenadora da Secretaria Técnica da CIT, que desse conhecimento das informações sobre processos de trabalho implementados pela Secretária Técnica da CIT. Foi informado sobre o conteúdo das pastas contendo 04 (quatro) fluxogramas de trabalho elaborados, relativos à convocação dos membros da CIT, reuniões ordinárias, fluxo entre a Secretaria Técnica da CIT e os Departamentos de Descentralização e de Atenção Básica. Foi sugerido a troca de data de realização da próxima reunião do dia 13 para o dia 27 de abril, dada a recém mudança da Coordenação da CIT da Secretaria de Políticas de Saúde para a Secretaria Executiva. O Secretário de Assistência à Saúde, Dr. Renilson Rehem ponderou que havia sido acertado a data de 13 de abril, com um único ponto de pauta em função de questões levantadas em reunião anterior - a discussão sobre a atualização dos critérios de descentralização, gestão plena. Sugeriu a manutenção da data. Não houve objeções.

1. AVALIAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE – O Secretário de Assistência à Saúde relatou a intenção da SAS trazer à Tripartite a apresentação de dados de determinadas áreas, tendo sido escolhida para esta primeira oportunidade a alta complexidade. O Diretor do Departamento de Análise e Produção de Serviços da SAS, apresentou os dados englobando os procedimentos do SIH e do SIA, além da consolidação dos gastos nos 2 sistemas, esclarecendo como critérios para a definição dos procedimentos avaliados: no SIH, o conjunto de procedimentos que só são realizados e cobrados pelos hospitais cadastrados nas diversas SIPACS e no SIA, os procedimentos que tem alto custo individual e alguns outros que embora não tenham valor individual elevado, tem alto custo pela frequência e periodicidade com que acontecem, como por exemplo; a hemodiálise, e

ainda alguns procedimentos que não são realizados em todos os estados ou que tenham demanda reprimida face a baixa cobertura. O estado que mais gastou com Hemodinâmica e Cirurgia Cardíaca foi o Mato Grosso do Sul; o maior gasto com Terapia Renal Substitutiva foi do estado do Rio de Janeiro; o Amapá foi o estado que mais realizou tipagem HLA, Tomografia Computadorizada e Radiologia Intervencionista; Santa Catarina realizou Ressonância Magnética em número 10 vezes superior à média nacional, o mesmo acontecendo com o Amazonas em relação à Radioterapia. O Secretário de Assistência à Saúde falou da intenção de encaminhar aos Secretários Estaduais de Saúde os dados relativos ao seu estado, e talvez ainda um comparativo por região, no intuito de contribuir para que os gestores Estaduais possam, de posse dessas informações, aperfeiçoar os seus Sistemas e analisar seu processo de gestão. O mesmo processo está sendo pensado também para os Secretários Municipais em Plena. A Secretária Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul falou da importância para os estados e para a avaliação da Tripartite que fosse levantada a origem dos pacientes, para verificar em que estados a alta complexidade está concentrada. Os estados do Rio Grande do Sul, São Paulo, e Paraná foram os que realizaram a grande maioria dos transplantes. O Secretário Municipal de Saúde de Palmas/TO considerou importante a apresentação das informações nas reuniões da CIT e que os estados deveriam analisar os dados e apresentar à CIT o encaminhamento de como estão sendo utilizados os serviços, como por exemplo, na questão da referência e da contra referência. O Secretário de Assistência à Saúde comentou as ponderações da Secretária Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul informando que por conta da APAC, os dados contem a procedência de todos os pacientes e que a SAS está trabalhando para que a curto prazo toda a alta complexidade tenha uma APAC, mesmo simplificada, possibilitando o processo de identificação, auxiliando os Secretários Estaduais e Municipais de Saúde em Plena na sua programação e controle dos procedimentos. O Coordenador da CIT concluiu que o detalhamento das informações de faturamento de procedimentos permite subsídio maior para fazer as correções de tetos, possibilitando a verificação de distorções e a falta de investimento em alguns estados, e uma melhor distribuição dos recursos.

2. BALANÇO DO PSF E EXPANSÃO EM 2000 – O Secretário de Políticas de Saúde – **Dr. Cláudio Duarte** falou sobre a estratégia de expansão do PSF como eixo da reestruturação da atenção básica, em especial do plano específico de

expansão do PSF dirigido aos aglomerados urbanos e regiões metropolitanas, já tendo sido iniciada uma ação operativa junto com os Secretários Estaduais e Municipais do entorno de Brasília envolvendo discussão de metas e das ações programáticas a serem introduzidas para expansão da capacidade instalada do PSF nessas regiões. O plano tem 2 componentes: trabalhar com território localizando aqueles com baixa cobertura, grande concentração populacional e alta incidência de problemas de saúde de elevada relevância epidemiológica; e uma ação programática, implantar o PSF com prioridades estabelecidas. Perpassa pela integração das ações no âmbito das 3 esferas de governo: dentro do Ministério da Saúde; na região Norte por exemplo, com a FUNASA no sentido do PSF e ACS ser um grande instrumento para potencializar o controle de doenças e integrar nos grandes centros urbanos com as Secretarias de Saúde no sentido de aumentar a capacidade resolutiva do PSF, garantindo a rede de retaguarda especializada e as redes de atenção hospitalar. A partir de outubro/99 avançou-se na questão do funcionamento da Atenção Básica e do PSF especificamente, que tem política clara, priorizando agora a cobertura populacional. Há necessidade de fortalecimento do processo de gestão e ampliação do corpo técnico do Ministério da Saúde, e também do conjunto dos estados e municípios de grande porte. Há ainda uma linha de financiamento próprio através do REFORSUS para aumentar a capacidade resolutiva e diagnóstica do PSF- formação e capacitação com apoio do REFORSUS – ampliação dos pólos de capacitação. A idéia é ter 27 pólos, nos estados, com núcleos em alguns estados. A Diretora do Departamento de Atenção Básica da SPS – **Dra. Heloísa Machado** apresentou um balanço do processo de implantação do PSF em 1999, relatando um cumprimento em torno de 93% das metas pactuadas nos estados, chamando a atenção para existência de uma concentração muito grande do programa nos Municípios com cobertura muito pequena. O Ministério da Saúde promoveu a mudança no incentivo na lógica de induzir maior cobertura populacional para o programa nos municípios do interior e a decisão de ter um plano específico de investimento nas regiões metropolitanas, capitais e seus entornos. Foram apresentadas planilhas com o número de equipes de PSF e ACS e de municípios, e a comparação entre estes e os dados de dezembro de 1999, com os percentuais de incrementos relativos ao trimestre e ainda as metas para 2.000 com relação aos municípios das regiões metropolitanas. A proposição foi: municípios de até 100.000 habitantes tivessem 70% de cobertura pelo PSF; municípios de 100

a 150.000 habitantes, 50%; de 150 a 500.000 habitantes, 30%; de 500 a 1.000.000, 30% e acima de 1.000.000, 20%, não significando limitação, mas apenas um desenho de metas. Acrescentando a população e o número de equipes existentes, a meta será implantar 3.710 equipes sem incluir aí as capitais, o que daria mais um total de 773 equipes. Enfatizou a necessidade de que o processo de capacitação acompanhe o processo de expansão do programa, e que está sendo elaborado o programa de educação à distância para o PSF, a revisão e o aperfeiçoamento do fluxo de qualificação e de pagamento dos incentivos. O Coordenador da Tripartite falou sobre a grande expansão do PSF nos últimos 3 anos, passando de menos 1.600 equipes para 5.800. 4.000 equipes novas significou abertura de 12.000 vagas para médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, considerando que a meta para este ano é passar de 5.800 para 10.000 equipes. Para mais 4 mil novas equipes e 12.000 novos profissionais, há que se ter capacidade para reciclar os anteriores e treinar estes novos profissionais. Destacou que o PSF tem sido um importante instrumento de geração de emprego na área de saúde. A meta para 2002 é de 20.000 equipes, envolvendo 60.000 pessoas, sendo 80% novos profissionais, sem contar os ACS. Destacou ainda a importância da implantação dos pólos e outras alternativas que os gestores estaduais devem encontrar para que o programa possa se consolidar através dos anos. A expansão da quantidade requer investir na qualidade e na resolutividade, na formação desse pessoal, e dando aos médicos uma formação generalista. Indagado sobre parâmetros diferenciados do PSF para a região norte o Secretário de Políticas de Saúde relatou a dificuldade na projeção da população para 1999. A solução foi calcular o percentual de população urbana e rural para obter um cálculo preciso do impacto financeiro, fazendo as devidas correções relativas às equipes de saúde indígenas que estão sendo implantadas na região norte. Os dados estão sendo levantados e se possível serão apresentados na próxima reunião da CIT. O Coordenador da CIT comentou sobre a portaria que aumentou os incentivos por cobertura como importante para várias regiões e que levou ao crescimento das equipes de forma significativa. Como ainda não foi avaliado o seu impacto, aquela não deve ser alterada antes que seja melhor mapeado o que é urbano e rural. A Secretária Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul referiu-se à questão das regiões de assentamento que não constam no censo do IBGE, e que há interesse por equipes do PSF e também zonas indígenas grandes do Rio Grande do Sul, Paraná e Santa Catarina. O Coordenador da CIT comentou

que a questão rural e assentamentos valem uma reflexão específica e sugeriu que na próxima reunião seja apresentado, se possível, uma avaliação sobre o que aconteceu ou está ocorrendo nas áreas indígenas, uma vez mudada a sistemática de financiamento. O representante do CONASS na Câmara Técnica - **Ricardo F Scott** pediu esclarecimentos sobre porque restringir às regiões metropolitanas e capitais, já que estando por faixas populacionais, poderia incluir todo e qualquer município? O Secretário de Políticas de Saúde relata que a ideia é trabalhar as regiões metropolitanas, centros e aglomerados urbanos. O Coordenador da CIT referiu que o MS necessita resolver o problema dos municípios de área de fronteira, independente de estarem na região norte, os assentamentos e a saúde indígena.

3. SITUAÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE DOENÇAS – ECD – Informou o representante da FUNASA/MS **Dr. Jarbas Barbosa**, que a Comissão Internacional de Certificação para a eliminação da transmissão da doença de Chagas por triatoma infestans certificou 06 estados: São Paulo, Rio de Janeiro, Goiás, Paraíba, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. Quatro estados ainda tem necessidade de completar algumas informações – Pernambuco, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Piauí. Em 02 estados, Tocantins e Bahia há persistência da transmissão e no Paraná não foi possível a avaliação. Demonstrou que com exceção do estado de Pernambuco, houve, em relação à descentralização de ECD avanço significativo quanto à situação apresentada pelos Estados na reunião passada. Foi recebido pedido de certificação de 04 unidades federadas: o Distrito Federal e os estados de São Paulo, Goiás e Paraná. O estado de São Paulo encaminhou proposta da SES e de 103 municípios, com teto individuais já fixados, e valor do repasse mensal da SES. O processo foi analisado estando apto para aprovação. O Distrito Federal tem 3 pendências – não aprovação da PPI no Conselho Distrital de Saúde; pessoal disponível para as ações de ECD e não foi estipulada a contrapartida, havendo solicitação de dispensa da mesma, o que vai de encontro à Portaria. Goiás encaminhou o pedido de certificação do estado e de 04 municípios. As pendências foram solucionadas, estando apenas o estado apto para certificação. Os 04 municípios não encaminharam a PPI aprovada na Bipartite. Para o estado do Paraná há 3 pendências: o encaminhamento do ato normativo legal da estrutura de epidemiologia e controle de doenças; a contrapartida que não foi explicitada; a proposta de incorporação de recursos humanos, equipamentos e veículos disponíveis atualmente na Coordenação Regional do

Paraná, o que impossibilita a avaliação sobre a capacidade do estado de assumir estas ações. A proposta é de aprovar o estado de São Paulo e 103 municípios e aprovar o estado de Goiás. O representante da região Centro-Oeste **Dr. Elias Rassi** pediu vistas ao processo de Goiás. O Secretário de Políticas de Saúde indagou se o município pode se certificar independente da certificação dos estados e se a FUNASA tem alguma orientação sobre a equipe mínima disponível. Outra dúvida que os estados tem colocado nas CIB é sobre a interpretação do art. 17 da Portaria 1.399, que trata do repasse aos municípios que não pode ser inferior a 60% do teto. O representante do CONASEMS para a região norte colocou que alguns estados devem estar tendo dificuldades semelhantes às que foram encontrada em Tocantins: os equipamentos e recursos não são suficientes; dificuldade de entender essa nova metodologia; a FUNASA a nível nacional está com uma concepção mais clara do processo, o que não está sendo acompanhado pelas Coordenações Regionais. A Secretária Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul indagou sobre qual é a estrutura mínima da FUNASA em cada um dos estados. O representante da FUNASA/MS explicitou que o município não pode se certificar independente do estado. A equipe mínima do município não foi definida respeitando a diversidade nacional, cabendo à cada Bipartite aprovar uma análise. Com relação ao art. 17, o que está disposto é que 60% é o mínimo a ser repassado pelo estado, abaixo disso o sistema não aceita. Sugeriu que fosse trabalhada a questão do teto máximo a ser pactuado nas Bipartites em função das necessidades e peculiaridades dos estados e ainda pactuar para fazer a distribuição dos recursos humanos e equipamentos. O representante do CONASS na Câmara Técnica Ricardo F Scott colocou-se como portador de duas solicitações do titular da região centro-oeste: inclusão dos municípios do Mato Grosso e do Maranhão constantes da Amazônia Legal como do estrato I na Portaria 950 e sobre a celebração de convênios do VIGISUS relacionados à transferência de recursos ao município, via estado. Na exposição de motivos pelo que ficou entendido, o recurso iria para o estado que o repassaria ao município, porém o estado é que responderia pela adiplência ou inadiplência do município. O representante da FUNASA colocou em relação à primeira questão que será apresentado um estudo de impacto na próxima reunião. Relatou a experiência com o Acre em que o estado está apresentando o convênio com o plano de trabalho como foi aprovado na Bipartite, o que impossibilita a manipulação política do que foi previamente acordado. Significa gerenciar 54 convênios: 27 de execução direta pelo

estado e 27 para repasse, ao invés de 1.560 como é hoje. O representante do CONASS ponderou que o estado pode fazer o plano de trabalho, porém não tem condição administrativa de responder por um convênio que vai ser executado pelo município e que se o município não cumpre o acordado, o estado é que fica inadimplente e sem condições de resgatar a adimplência, porque não é possuidor do conjunto da documentação que trata do assunto. O Secretário de Assistência à Saúde pondera que cabe ao estado fiscalizar, controlar e acompanhar.

Certificação dos Municípios em ECD - As ponderações a respeito da certificação de estados e municípios foi no sentido de considerar que deveria haver concomitância entre a certificação dos estados e de seus municípios, a não ser que os municípios não tenham condições de se habilitar naquele momento. Neste caso, no primeiro momento seria aprovado só o estado e posteriormente os municípios. Por sugestão do representante do CONASEMS para a região sul – **Celso Dellagiustina** o estado que se certifica sozinho e demora na certificação dos municípios teria que assumir por um instrumento próprio, o repasse para os municípios, dado que com a certificação, vão cessar todas as outras fontes de transferência. **Dr. Jarbas Barbosa**, representante da FUNASA colocou que em tese quando foi aprovado na Bipartite esta questão já foi analisada e se o estado demora na certificação dos municípios, vai criar para si um problema operacional. Foi transferida para a próxima reunião a aprovação de certificação de Goiás com efeito retroativo a 1º de abril. O Estado de São Paulo e os 103 municípios constantes da relação apresentada, foram certificados.

4. NOVAS HABILITAÇÕES E RECURSOS – 1) O Coordenador da CIT apresentou os pleitos de habilitação de 06 municípios à condição de Gestão Plena de Atenção Básica, e de 04 municípios que pleitearam a habilitação à condição de Gestão Plena de Sistema Municipal. Os pleitos foram aprovados. **2)** O Secretário de Assistência à Saúde Dr. Renilson Rehem observou que o estado de Roraima excluído do SUS em outubro de 1999, solicitou a inclusão ao Sistema após o compromisso formal do governador do Estado em readequar a organização do modelo de saúde pública estadual às normas do Sistema Único de Saúde. **3)** Sobre a questão da habilitação do Município de Campina Grande-PB foi colocado pelo Dr. Eduardo Levcovitz Diretor do Departamento de Descentralização/SAS a existência de conflitos, já estando há bastante tempo na pauta do Conselho Estadual de Saúde-CES para apreciação. Dr. Renilson Rehem sugeriu que a questão seja o primeiro item da

pauta da próxima reunião da Tripartite e que um representante da SAS irá à Paraíba para acompanhar a reunião do CES no dia 04 de abril, na expectativa de que se chegue a uma conclusão. Aprovando o encaminhamento, o Secretário Municipal de Palmas/TO **Neílton Oliveira** fez duas considerações: primeiro a referência no documento distribuído pela SES que o município de Campina Grande possui as melhores condições de capacidade instalada para o atendimento às referências e de outro, já que o município foi habilitado e já havia pactuação de teto, não é pelo fato de possuir uma grande rede privada complementar que “recomenda” que a gestão deva ser estadual. Passada a palavra ao Secretário Estadual de Saúde da Paraíba **Dr. José Maria de França**, este falou do processo de municipalização da Paraíba, da PPI e mais especificamente sobre Campina Grande, afirmando sobre o impasse na Bipartite com relação à questão da gestão do teto e sobre as várias negociações para as quais não houve consenso. Considerou a discussão na CIT prematura, solicitando que o assunto só volte a ser tratado quando examinadas as discussões nas instâncias estaduais e se for o caso, com a presença do Gestor Estadual. Colocou sobre a solicitação SPS/MS de janeiro, para que o CES discutisse a questão específica de Campina Grande. O **Dr. Renilson Rehem** colocou que o impasse sobre a questão do teto de Campina Grande já existe há 2 anos e repudiou a manifestação do Secretário de repressão à atitude da Tripartite, afirmando que não houve prematuridade e que não houve deliberação a respeito do assunto na ausência da SES. Repudiou também a afirmativa do Secretário de que questões político-partidárias interferem na descentralização. Referiu que o que está acontecendo em relação a Campina Grande tem pleno amparo nas normas e isto é o que precisa ser modificado. Normas que possibilitem tudo, não são normas. Foi dada a palavra ao Prefeito Municipal de Campina Grande, **Cássio Cunha Lima** que reafirmou a confiança na Constituição Federal, no governo Federal, na condução do Ministério da Saúde e na SES/PB. Julgou importante uma informação datada de 04.05.99 em que o Conselho Municipal de Campina Grande formaliza ao Conselho Estadual de Saúde o exercício da condição de gestão à qual o município está habilitado, concedida há 2 anos - Gestão Plena com repasse dos tetos fixados, respeitadas as referências daquilo que é estadual como por exemplo, o Hemocentro. Referiu que não há precocidade na ação do município, que tem uma decisão judicial favorável e também do TCU, levadas ao conhecimento dos conselheiros e mesmo assim o município externa a sua disposição de negociar, o que vem tentando fazer

há 2 anos. Informou que o ofício e a solicitação do Conselho Municipal de Saúde foi dirigido no dia 04.05.99 e somente no dia anterior ao desta reunião é que o Conselho Estadual esteve no município. Reafirmou a abertura da Prefeitura à negociação dentro dos limites razoáveis, ao entendimento, ao diálogo sem abdicar do óbvio, daquilo que é o cerne da descentralização, do contrário seria a negação de tudo aquilo que está sendo feito. **Dr. Cláudio Duarte** referiu como prática que a Tripartite sempre procura ter sensibilidade, respeitando os fóruns, fortalecendo a capacidade de diálogo loco-regional, contudo, quando é evidente que existem bloqueios no plano local, a Tripartite as vezes acolhe para informe, mas nem sempre para decisão, questões que geram desgaste, impasse, crise assistencial ou de comando. O encaminhamento aqui tomado, foi até então apenas para abrir o debate e conduzir no sentido de promover o diálogo entre as duas partes, na perspectiva de uma solução. Não houve por parte da Tripartite precipitação em resolver o problema aqui e na ausência da SES. Ouvidas as partes foi sugerido pelo Coordenador da CIT que apresentem na próxima reunião do Conselho, em 4 de abril, suas reivindicações. Se o município ou estado não se sentir satisfeito com a decisão, entre com recurso e ainda se o Conselho não deliberar, este assunto volta na próxima reunião. Ficou o Diretor do Departamento de Descentralização **Dr. Eduardo Levcovitz**, que já conversou com as partes, encarregado de fazer a mediação e o representante da SAS de elaborar um relatório para apresentar na reunião do dia 13. **Dr. Renilson Rehem** registrou que esta era a primeira reunião após a Secretaria Executiva, na pessoa do Dr. Barjas Negri, assumir a Coordenação da CIT, do desempenho fantástico, terminando 5 minutos antes das 13 horas, e que Dr. Barjas estando Ministro, ficou toda a reunião, esperando que este exemplo se perpetue, sempre reuniões deste quilate. **Dra. Maria Luiza** reforçou a questão da discussão do exercício da gestão plena com fechamento de fronteiras com os estados querendo voltar a assumir a execução. O Secretário Municipal de Saúde de Palmas/TO considerou que a reunião foi extremamente positiva, pela objetividade e que se ganha muito com isso. Que no III Congresso das Américas do qual participou no Canadá, o CONASEMS ficou encarregado de se constituir como secretaria executiva da rede dos Secretários Municipais de Saúde das Américas. Referiu o Dr. Barjas em relação ao orçamento: foi dito no ano passado que não haveria problemas nas rubricas de endemias, vacinação, medicamentos, vigilância. Em relação a AIH e ao SIA havia, por 2 motivos:: primeiro - é que no final do ano tinha saído uma

suplementação que não foi incorporada ao Projeto de Lei e segundo – porque a partir de outubro ocorreu reajuste num elenco de procedimentos, discutido por essa Tripartite com a SAS, cujo efeito financeiro ocorreu a primeira vez em dezembro, e existe um déficit no orçamento da ordem de R\$ 2.067.000.000,00. Com isso o MS está recebendo R\$ 163 milhões a menos. O orçamento do governo Federal não foi aprovado e não foi equacionado o problema da suplementação. Houve várias reuniões com os relatores e subrelatores com promessa de se fazer uma correção, o que não conseguiu ser feito. O que está sendo negociado é uma autorização para que o executivo passa suplementar por decreto durante o ano, sem ter de recorrer a projeto de lei. Essa é uma das razões pelas quais uma série de convênios firmados com os com as Secretarias no ano passado, na área de emergência, saúde do trabalhador etc, não foram pagos. A cota financeira mês a mês é insuficiente para honrar todos esses compromisso. A opção então foi pagar o SIA, o SIH, o PAB, Assistência Farmacêutica, Controle de Endemias e a Vacinação, pagar o SARA e os demais hospitais próprios, a FIOCRUZ e infra-estrutura. Os convênios e outras emendas praticamente não estão sendo pagos, à exceção dos convênios de até R\$50.000,00, cujo valor de massa consome pequena quantidade de recursos.

Visto

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CONASS

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 - 23.3.2000

INFORMAÇÕES

Por força da Portaria Ministerial nº 168 de 22 de fevereiro de 2000, a Comissão Intergestores Tripartite está sob a Coordenação do Secretário Executivo do Ministério da Saúde Dr. Barjas Negri. Integra a Secretaria Técnica da CIT:

Deildes de Oliveira Prado – Coordenadora
Maria Elane de Souza Araújo
Maria de Lourdes Virgínio Araújo
Virgílio Pinto e Silva

Apoio Administrativo:
Arnaldo Rodrigues Costa
Zenilda Borges dos Santos

DESENVOLVIMENTO DA PAUTA

1. Avaliação dos Procedimentos de Alta Complexidade – o tema qualitativo da pauta foi apresentado pelo Diretor do Departamento de Análise e Produção de Serviços-DAPS/SAS/MS e se reportou:

- a) aos gastos globais com procedimentos de alta complexidade no Sistema de Informações Ambulatorial-SIA e Sistema de Informações Hospitalar-SIH e ainda os percapita por procedimentos;
- b) à ocorrência da produção de serviços x compatibilização com a capacidade instalada dos estados e país.

2. Balanco do Programa de Saúde da Família-PSF e Expansão em 2000 – O Secretário de Políticas de Saúde/SPS/MS discorreu sobre a estratégia de expansão do PSF como eixo de reestruturação da atenção básica, destacando o plano específico dirigido aos aglomerados urbanos: o trabalho com território e uma ação programática visando a implantação do Programa com prioridades estabelecidas. A Diretora do Departamento de Atenção Básica da SPS apresentou um balanço do processo de implantação do PSF em 1999: cumprimento de 93% das metas pactuadas com os estados; existência de grande concentração do Programa nos municípios com pequena cobertura. As metas de cobertura para 2000 são:



S
E
C
R
E
T
A
R
I
A

T
É
C
N
I
C
A

Municípios das regiões metropolitanas

- 70% de cobertura para municípios de até 100.000 habitantes;
- 50% para municípios de 100.000 a 150.000 habitantes;
- 30% para municípios de 150.000 a 500.000 habitantes
- 30% para municípios de 500.000 a 1.000.000 de habitantes.
- 20% para municípios acima de 1.000.000 de habitantes.

3. Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças-ECD - foi aprovada a certificação do Estado de São Paulo e de 103 de seus municípios para execução das ações de epidemiologia e controle de doenças.

4. Habilitação de Municípios – foram aprovadas as habilitações dos seguintes municípios:

Na Gestão Plena da Atenção Básica

Itamarati/AM

Morro Cabeça do Tempo/PI

Maratá, Moliterno e Sertão Santana/RS

Areiópolis/SP

Na Gestão Plena do Sistema Municipal

Caratinga e Ibiá/MG

Moreno e Vertentes/PE

Serafina Corrêa/RS