



Ministério da Saúde
 Secretaria Executiva
 Comissão Intergestores Tripartite
 Secretaria Técnica

10^a Reunião	ATA DA REUNIÃO	29.11.00
Ordinária 2000		

1. MEMBROS DA COMISSÃO

MINISTÉRIO DA SAÚDE			
Órgão	Representante	T/S	Freqüência Acumulada
SE	Barjas Negri	Titular	10/10
	Otávio Mercadante	Suplente	
SAS	Renilson Rehem de Souza	Titular	10/10
		Suplente	
SPS	Cláudio Duarte da Fonseca	Titular	10/10
		Suplente	
ANVS		Titular	
	José Agenor Alvares da Silva	Suplente	07/10
FUNASA	Mauro Ricardo Machado Costa	Titular	08/10

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS			
Região	Representante	T/S	Freqüência Acumulada
N	Eduardo de Novaes Medrado	Titular	
NE	Anastácio Queiroz e Sousa)	Titular	
SE	José da Silva Guedes	Titular	
S	Maria Luiza Jaeger	Titular	
CO	Fernando P Cupertino Barros	Titular	

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE - CONASEMS			
Região	Representante	T/S	Freqüência Acumulada
N	Neílton Araújo de Oliveira	Titular	
		Suplente	
NE	Rosa M ^a Sampaio V. N. de Carvalho	Titular	
		Suplente	
SE	Valter Luis Lavínias	Titular	
		Suplente	
S	Francisco Isaias	Titular	
		Suplente	
CO	Elias Rassi Neto	Titular	
		Suplente	

2 - ASSESSORES E CONVIDADOS

1.	DEILDES PRADO
2.	ELANE ARAÚJO
3.	LOURDES VIRGÍNIO
4.	ZENILDA BORGES
5.	ARNALDO R. COSTA
6.	VIRGÍLIO SILVA
7.	DRAÚLIO BARREIRA
8.	ANTÔNIO CLARET FILHO
9.	ANA LÚCIA R. VASCONCELOS
10.	M ^a HELENA BRANDÃO
11.	IRACEMA FERMON
12.	RICARDO SCOTTI
13.	PATRÍCIA LUCCHESI
14.	FERNANDO FALCÃO
15.	ANA LÚCIA VILASBOAS
16.	JOHNSON ARAÚJO
17.	RUY NEDEL
18.	JARBAS BARBOSA
19.	M ^a ELIZABETH MACIEL
20.	LÚCIA QUEIROZ
21.	SILVANA PEREIRA
22.	ARNALDO BERTONE
23.	M ^a JOSÉ LINGUANOTO
24.	JOELLYNGTON MEDEIROS
25.	JOANA ANGELÍCA MOLESINI
26.	FERNANDO MARTINS JÚNIOR
27.	ELZA HELENA
28.	CARLOS AUGUSTO NETO
29.	LEILA ALMEIDA
30.	ROSANI CUNHA
31.	CARL ROICHMAN
32.	M ^a HELENA MESQUITA
33.	PEDRO QUAISSÉ
34.	JOFRAN FREJAT
35.	DARLENE PEREIRA VAZQUES
36.	M ^a SALETE CUNHA
37.	TEREZINHA GUEDES
38.	SELMA SANTIAGO
39.	VINICIUS PAWLOVSKI
40.	CERES ALBUQUERQUE
41.	SADI BUZANELO

3 - PAUTA

- 1. Plano de Saúde/Relatório de Gestão – Agendas de Prioridades – Secretaria de Assistência à Saúde/SAS/MS**
- 2. Proposta de Regionalização da Assistência à Saúde - Secretaria de Assistência à Saúde/SAS/MS**
- 3. Assistência Farmacêutica Básica – SPS/MS**
- 4. Saúde Bucal – SPS/MS**
- 5. Vigilância Epidemiológica – Avaliação de Indicadores de Qualidade**
- 6. Vigilância Sanitária – Habilitação dos Estados**
- 7. Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças - ECD**
 - 7.1 - Certificação de Municípios
- 8. Habilitação de Estados**
 - 8.1 – Gestão Avançada do Sistema Estadual
 - 8.2 – Gestão Plena do Sistema Estadual
- 9. Habilitação de Municípios**
 - 9.1 – Plena de Atenção Básica
 - 9.2 - Plena do Sistema Municipal

4 – DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

O Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, coordenou a 10ª Reunião Ordinária, do dia 29 de novembro de 2000.

1 - Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças –

ECD - foram certificados 23 municípios da Bahia; 04 do Ceará; 04 do Espírito Santo; 14 de Goiás; 01 do Mato Grosso do Sul; 01 do Mato Grosso; 108 de Minas Gerais; 19 do Paraná; 01 do Rio de Janeiro e 03 de São Paulo, com proposição da FUNASA de vigência à partir de 1º de dezembro, o que foi aprovado. **2 -**

Habilitação dos Estados para Execução das Ações de Vigilância Sanitária - o

representante da ANVISA, José Agenor Alvares da Silva informou que conforme documento distribuído estão aptos para a habilitação os Estados do Amapá, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e o Distrito Federal. Os Estados do Amazonas e Piauí estão pendentes por não terem encaminhado o Termo de Ajuste. Lembrou que de acordo com a PRT n.º 1008, uma das condições de habilitação é a aprovação na Bipartite, e como muitos alegaram a questão das eleições, ficou definido que poderiam apresentar o ad-referendum. Na última reunião da Tripartite foi acordado que os estados teriam um prazo para apresentar a aprovação da Bipartite Plena, o que não foi cumprido pelos estados: TO, PE, AP, SE, MS, AM e PI. Já existe uma portaria a ser assinada pelo Secretário Executivo juntamente com o Presidente da ANVISA, dispondo que um dos requisitos para o recebimento dos recursos é a aprovação do Termo de Ajuste pela Plena da Bipartite. **3 -**

Habilitação de Municípios - foram apresentados e aprovados os pleitos de

habilitação na Gestão Plena de Atenção Básica dos municípios de: São Raimundo do Doca Bezerra/MA; Santarém Novo e São João da Ponta/PA; Caroebe/RR; Barão do Triunfo/RS, Fraiburgo e Ibirama/SC; Anhembi e Nova Castilho/SP. Foram habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal os municípios de: Viana/MA e Monteiro/PB, com vigência a partir de 1º/12/2000. Foram desabilitados da condição de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, os municípios de Fraiburgo e Ibirama/SC, que voltaram à condição de Gestão Plena da Atenção Básica, e o município Pedreiras/MA, que permanece não habilitado. Sobre a

habilitação do município de Irecê/BA - a Diretora do Departamento de Descentralização/SAS/MS Maria Helena Brandão informou que equipe do Departamento fez gestões junto à SES/BA no sentido de definição do teto, e esteve também em Irecê onde foi feito levantamento global do sistema, do ponto de vista da Gestão Municipal e da Estadual. Foi avaliada a situação de 2 hospitais públicos, sendo 01 estadual e 01 municipal, para se ter uma fotografia melhor da situação do sistema. O relatório está sendo concluído, após o que será feito novo contato com a SES/BA para que se tenha um melhor posicionamento quanto à habilitação de Irecê. Foi feita a distribuição de um quadro demonstrativo, mostrando que atualmente 99% dos municípios estão habilitados, faltando apenas 55 municípios, o que corresponde a 1%. Com relação a habilitação dos estados o quadro permanece igual ao da reunião anterior.

4. Vigilância Epidemiológica - Avaliação de Indicadores de Qualidade – O representante da FUNASA Dr. Mauro Machado colocou que atualmente encontram-se certificados para a realização das ações de Epidemiologia e Controle das Doenças todos os 27 estados e um total de 2.840 municípios. Foi distribuído um quadro mostrando a situação de cada estado, inclusive no que se refere a descentralização do pessoal da Fundação cedido para as SES e SMS, num total de 16.264, até este momento. Relatou que há problemas com as Secretarias Estaduais de Saúde de Rondônia, Amapá e Piauí, que não assumiram suas funções até esta data, que os estados do Amapá e do Piauí já receberam os recursos provenientes das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, e estão resistindo a implementar essas ações. Os Secretários foram convidados a virem a Brasília, para que se possa conversar e ver quais as dificuldades na implementação. Solicitou ao CONASS e CONASEMS auxilio nesse processo de implementação das ações no AP, PI e RO, para evitar penalizações para esses estados. Disse que a integração dessas ações de Epidemiologia e Controle de Doenças dentro do Sistema Único de Saúde possibilitará reduzir drasticamente a ocorrência de inúmeras doenças preveníveis, por diversas ações, seja de controle de vetores e/ou ações de imunização. Com relação aos Indicadores de Avaliação da Qualidade da Vigilância Epidemiológica, foram construídos junto com estados e municípios e distribuídos

às SES em cada Unidade da Federação, e agora será apresentada a forma como foram construídos e comparados entre essas diversas Unidades, para saber quem está melhor ou pior, no sentido de auxiliar num processo de melhoria desses indicadores da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde. O Diretor do CENEPI/FUNASA Dr. Jarbas Barbosa iniciou a apresentação dos indicadores e do processo de avaliação que foi feito no âmbito do Ministério da Saúde, envolvendo não só a FUNASA mas também a SAS, SPS e SE., já foi apresentada para o 1º escalão do Ministério. Os objetivos buscados foram: 1) institucionalizar o processo de supervisão sobre o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica Ambiental; 2) permitir o acompanhamento das ações por meio de indicadores já utilizados no sistema e que possam ser quantificados; 3) Possibilitar a comparação da Unidade Federada com as médias atingidas nacional e regionalmente. O estado pode comparar dentro do contexto regional e nacional, se o seu desempenho está compatível, melhor ou pior em relação a seus vizinhos de região e do Brasil. Pode-se também fazer a avaliação de cada Unidade Federada ao longo do tempo. A partir de agora e com a implantação, pode-se ter um comparativo ano a ano dos progressos de cada estado e identificar as Unidades Federadas que porventura estejam com dificuldades para alcançar ações qualitativamente adequadas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental, e que precisam de um maior apoio técnico e da assessoria mais direta da FUNASA. Está sendo distribuído um caderno com tudo que foi apresentado, que não será publicado via Internet, mas estará disponível na Intranet, e será encaminhado por meio de ofícios e entregue através do correio para os COSEMS, SES, e Coordenações Regionais. A expectativa é de que ele possa subsidiar reuniões de Bipartites com uma pauta bem definida, discutir item por item e ver como melhorar uma cobertura vacinal, para dar homogeneidade. O representante do CONASS para a Região Centro-Oeste Dr. **Fernando Cupertino** cumprimentou pelo trabalho realizado, sugerindo que também fosse disponibilizada uma cópia dos arquivos para facilitar o trabalho das Bipartites, e disse que com relação ao SINAM todos os estados estão uniformemente em vermelho, o que se constitui numa questão de alerta, devendo ser verificado se o sistema não está com problema ou com dificuldade de

operacionalização. Dr. **Jarbas Barbosa** informou que estão sendo encaminhadas cópias do conjunto para o CONASS e CONASEMS para ficar como registro e que quando foi feita a ampliação do SINAM para o ano todo, a maioria dos estados aparece realmente em vermelho, o que foi mantido, e somente agora, a partir do 2º semestre, é que foi adotada a medida de suspender quinhentos e poucos municípios, o que teve efeito imediato. Desses quinhentos e poucos municípios, ficaram reduzidos em cento e poucos, e atualmente é uma coisa extremamente residual. Na próxima avaliação talvez tenhamos que mudar o indicador, porque todos os estados sobem. No 1º semestre, embora todos tenham atrasado a remessa das informações houve diminuição do número de estados com irregularidades, porém a informação serviu mais para registro do que para acionar a Vigilância com a velocidade que seria necessária. O representante do CONASEMS para a Região Centro-Oeste Dr. **Elias Rassi** cumprimentou pelo trabalho e disse considerar fantástico ter-se instrumentos que explicitem padrões mínimos ou padrões aceitáveis de qualidade a serem perseguidos por cada setor ou segmento, o que irá possibilitar às SES/SMS ter padrões de cobrança, de incentivos, e de estímulos aos **trabalhos. Sugeriu que tanto nesse documento como no outro que Dr. Renilson** Rehem irá comentar se consiga produzir materiais voltados aos maiores centros urbanos, considerando naturalmente, que alguns indicadores deveriam receber alguma homogeneização e que se poderia começar pelas capitais e municípios acima de 500.000 habitantes. Certamente a metodologia já deve estar pronta, primeiro para servir de parâmetro para os centros urbanos, segundo para que se possa fazer uma separação, porque muitas vezes quando se fala de um estado os índices positivos ou negativos podem ser devidos a um determinado município. Muitas vezes o município está conseguindo fazer, mais não se consegue analisar em função de não se conseguir separar dos grandes centros urbanos. Dr. **Mauro Machado** respondeu que se poderia preparar uma proposta de metodologia para que o estado implemente esse sistema de avaliação junto aos seus municípios e centros urbanos, e assim possa aprimorar o processo de avaliação e o controle da qualidade da Vigilância Epidemiológica Ambiental. Esta metodologia pode ser preparada e discutida com o CONASS e o

CONASEMS, para o que solicitou a indicação de representantes. O assessor do CONASS Dr. **Ricardo Scotti** colocou que o material apresentado representa um salto de qualidade e solicitou que fosse disponibilizado em meio eletrônico para ser distribuído aos estados e discutido na Câmara Técnica do CONASS.

Indicadores e Dados Básicos - IDB/99/2000 - Dr. **Jarbas Barbosa** informou que estão sendo fechados os dados relativos aos Indicadores e Dados Básicos/IDB 99/2000, apresentando algumas diferenças em decorrência das discussões realizadas com vários países das Américas que também publicam o IDB. Temos publicado um relatório relativo a um determinado momento dos Bancos de Dados, por ex.: o último IDB, publicado no ano passado foi o IDB/1998, relativo aos Bancos de Dados de 1997. Este ano, ele está sendo chamado de IDB/99/2000 porque já vai contar com dados do ano de 1999 onde os mesmos já estiverem fechados, assim como os de 1998 nos lugares onde estes forem os últimos dados consolidados. Essa metodologia será aplicada nos anos seguintes, e quem não tiver acesso à Internet, onde já está disponível, vai poder ter a coleção em papel, com o seguimento da série histórica. A RIPSA é uma rede interagencial que reúne cerca de 40 instituições como o IBGE, o IPEA, universidades, etc., por conseguinte é um processo de construção relativamente lento. Falou que gostaria de discutir a questão da mortalidade infantil por ser a de maior relevância tanto para os gestores como para a imprensa, com base em problemas ocorridos em alguns estados que contestaram os dados, e mostrar a maneira como estaremos fazendo este ano, para que cada estado veja e pense da mesma maneira. Em seguida O Dr. Jarbas Barbosa procedeu à explanação dos dados.

5 - Plano de Saúde e Relatório de Gestão/Agendas de Prioridades – Dr. **Otávio Mercadante** fez um retrospecto sobre as etapas de discussão seguidas para a elaboração da proposta, e de como ela esta organizada em relação à esfera de gestão, ou seja: o Plano Municipal de Saúde, Plano Estadual de Saúde, a consolidação das Metas a ser realizada na TRIPARTITE, e que vai se constituir no Plano de Metas Nacional a ser acompanhado por meio do Relatório de Gestão. Apesar de a Lei de Extinção do INAMPS prever prestação de contas trimestral, estaremos trabalhando em nível de TRIPARTITE e estados com um Relatório de

Gestão anual. O Rio Grande do Sul já está trabalhando com o Plano de Saúde acompanhado de um plano de aplicação de recursos, assim, começa-se a fazer uma ligação entre as metas, o plano, os recursos da União, do estado e o orçamento municipal. Provavelmente se poderia acrescentar o plano de aplicação ao quadro de metas, porque depois ele vai se traduzir no relatório de gestão como o componente de acompanhamento orçamentário/financeiro, que seria uma prestação de contas. Estamos acompanhando o trabalho do SIOPS e acreditamos que ele será um instrumento muito importante de prestação de contas, e isto já está ocorrendo no Rio Grande do Sul, onde ele já está implantado. Os governos estaduais tem dificuldade de aceitar qualquer outra forma de prestação de contas que não seja aquela tradicional, via contrato e convênio, que é a forma habitual de fiscalização e acompanhamento. A transferência fundo a fundo é uma inovação do SUS, extremamente importante, porque com a Emenda Constitucional, hoje os fundos estaduais, municipais e o Fundo Nacional de Saúde constituem a unidade orçamentária e financeira da saúde. Esses fundos recebem os recursos nos níveis de governo diretamente superior, administra e distribui de acordo com o plano de aplicação e com o plano de saúde, o que é totalmente diferente da concepção antiga de transferência por convênio. Isso muda também a forma de acompanhamento da gestão e da aplicação dos recursos financeiros. Na reunião anterior foi apresentado um conjunto de indicadores com essa idéia das metas, com a proposta de identificação de um máximo de 10/13 indicadores. Na ocasião foi apresentado um conjunto de 62 indicadores resultantes de um esforço para captar indicadores já existentes no SIAB, FUNASA, SIA, SIH e que traduz a grande preocupação do Ministério na caracterização desses indicadores dentro da seguinte lógica: os indicadores de Atenção Básica, de Média e Alta Complexidade, relativos ao controle das doenças sob a responsabilidade da FUNASA por exemplo, representa um trabalho conjunto do Ministério com as várias áreas, porém é um erro fazer-se a definição de áreas de acordo com o critério de nível de complexidade da atenção ou critério de responsabilidade do Ministério pelo conjunto de programas. Com certeza era a expressão muito mais de uma forma de organização do que propriamente uma concepção de definição de grandes

áreas políticas, estratégicas, dentro da política nacional de saúde. A partir disso fizemos uma reunião com o mesmo grupo que trabalhou os indicadores, o CONASS e o CONASEMS, com o propósito de reduzir o seu número e de traduzi-los realmente em áreas de intervenção da política nacional de saúde, que tornasse visível para os Conselhos Estaduais e Municipais, e para a opinião pública, as grandes linhas estratégicas dessa política. Foi feito um trabalho completo: desde a seleção de indicadores, sua fonte, linha de corte, periodicidade, base de informação etc. Agora vamos trabalhar mais dentro de uma lógica de transparência da política e no segundo momento trabalharemos tecnicamente cada um desses indicadores, mantendo a mesma base, com a preocupação de agrupá-los e de ter uma descrição mais agregada antes da apresentação nesse fórum e depois no CNS. A grande preocupação é destacar indicadores de resultados e não indicadores de processo, porém julgamos que na etapa atual do SUS o uso do indicador de processo na apresentação do modelo, dá uma perspectiva histórica. Há duas grandes áreas de intervenção para ser acompanhadas: 1) a reorientação da Atenção Básica através do PACS e PSF; e 2) a reorientação da Atenção à Saúde Mental, já que o próximo ano será o Ano Internacional da Saúde Mental, e a mudança de modelo será altamente significativa. Há ainda a questão do desenvolvimento dos profissionais de saúde. São essas as grandes áreas prioritárias de intervenção, porém faltou a área de saneamento, para a qual não se conseguiu ter um indicador. Foram lembradas outras áreas de prevenção nas quais o componente inter-setorial é importante, porém não se tem como definir uma meta e acompanhar com o indicador, como por exemplo o controle da mortalidade por causa externa. Em seguida o Dr Otávio Mercadante fez a apresentação dos 33 indicadores que estão agrupados em 6 eixos de intervenção, que são: 1) redução da mortalidade infantil e materna; 2) controle de doenças e agravos prioritários; 3) melhoria da gestão, do acesso e qualidade das ações e serviços de saúde; 4) reorientação do modelo assistencial; 5) desenvolvimento de profissionais do setor saúde; 6) qualificação do controle social. Disse que coube a si e ao Dr. Prieto representar o CONASEMS neste grupo de trabalho que avaliou as grandes prioridades e metas da saúde, sendo

elencados indicadores nacionais e a possibilidade de se discutir as metas ou prioridades locais. O representante do CONASS para a Região Sudeste Dr. José Guedes colocou que vale a pena ter alguma coisa relativa à Hipertensão e ao Diabetes, mais que essa forma de avaliação precisa ser vista melhor posteriormente, o mesmo se dando com relação ao Projeto de Interiorização do Trabalhador em Saúde. Disse ainda que é importante rever o problema da visitação por domicílio com relação ao PSF. O Secretário de Políticas de Saúde Dr. **Cláudio Duarte** falou que a construção que se precisa fazer se dará através dos Conselhos Municipais/Estaduais de Saúde, gestores, e os instrumentos de controle social, partindo de um pacto em torno de prioridades, e que é preciso ter claro quais são as prioridades, o que se constitui numa decisão política de nível nacional envolvendo o Ministério, o CONASS e o CONASEMS, e quais os objetivos que se quer alcançar, não só do processo em si, mas também das transformações que estão sendo feitas no Sistema Nacional de Saúde. A Diretora do Departamento de Atenção Básica Dra. Heloísa Machado comunicou que esta semana está acontecendo uma oficina com as SES onde estão sendo trabalhados essa lógica de compatibilização e os indicadores que forem definidos para acompanhamento da Atenção Básica, que logicamente terão de estar compatíveis com essa agenda nacional. Quanto à questão da visita domiciliar, relatou que a mesma havia sido sugerida com o argumento de que alguns estados ou municípios poderiam não eleger o PSF como estratégia de mudança de modelo assistencial. Dr. Ricardo Scotti colocou que considerando que se está estabelecendo um conjunto de 33 objetivos prioritários e que por eles os estados serão acompanhados, mereceria um tempo para que os secretários pudessem discutir um a um, e fazer adaptações se fosse o caso. Dr. Otávio Mercadante colocou que essa discussão já havia acontecido no CONASS. Dr. Ricardo Scotti disse que como coordenador da Secretaria Técnica do CONASS, entende que compor um grupo de trabalho representado por 1 ou 2 pessoas, e poder representar o pensamento de 27 secretários de Estado é impossível, que o técnico colabora na construção do documento, que depois é colocado na lógica do CONASS para ser discutido com os secretários na assembléia. O fato de ter um

representante não quer dizer que os secretários no conjunto concordem com aquilo que o representante lá na hora vai pensar. Disse ainda que se os estados vão ser acompanhados pelos indicadores, teria de ter um tempo para ler, analisar e ver o que esta se propondo, já que fica inviável para o CONASS colocar representantes técnicos nessa quantidade enorme de grupos de trabalho. Dr. Renilson Rehem colocou 2 comentários: 1) disse achar a colocação do Dr. Ricardo Scotti equivocada, porque não são os estados que vão ser acompanhados por esses indicadores, e sim o Sistema Nacional de Saúde como um todo; 2) temos de resolver este dilema de representação, porque senão o processo fica interminável. Ou tem representação e essa pessoa que vai representar, tem delegação política do CONASS com os limites estabelecidos do que pode ou não decidir, ou o processo ficará interminável, porque se cada Secretário Estadual fizer sugestão, vamos ter que reconstruir, fazer um trabalho não centralizado para chegar a uma definição. Portanto será preciso optar por uma coisa ou outra. Discute-se com o Conselho Pleno do CONASS e não tem grupo de trabalho. Temos de resolver se queremos uma coisa ou outra, e chegar a uma definição. Dr. Ricardo Scotti falou que fez um levantamento e que existe cerca de 70 a 80 comissões nas quais o CONASS tem representante técnico, e que estão fazendo exatamente como a SAS: após o processo de discussão o grupo técnico elabora a conclusão e reúne os Secretários, ou seja: não é em toda reunião que tem um técnico da SAS decidindo pelo Secretário, na maioria das vezes tem que levar ao Secretário para definir. O mesmo acontece no CONASS. Dr. **Fernando Cupertino** sugeriu que fosse feita uma discussão do grupo técnico que participou do trabalho com a assembleia do CONASS, e que isso fosse apresentado na próxima reunião da Tripartite. Dr. **Elias Rassi** ponderou que é necessário que se tenha pontos para serem avaliados para que se possa medir a evolução do sistema, e que quando se fala em orientação do modelo assistencial, a proporção de AIH psiquiátrica de longa duração em relação ao total de AIH é um dos pontos, um indicador que dá uma noção do restante do processo de modificação, de operação de prioridades em determinada área. Sugeriu que se fizesse a aprovação da Agenda de Metas e caso seja necessário a modificação de

algum indicador ou um aperfeiçoamento, como por exemplo incorporar o trabalho da FUNASA, pode ser uma alternativa interessante se ele abarca uma série de indicadores que já estão aqui. Não vê nenhum problema em aprovar na forma como está a proposta, desde que se tenha a ressalva da possibilidade de discussão ou de modificação de um ou outro indicador, dentro de uma pactuação.

Dr. **Otávio Mercadante** colocou em discussão. Dr. **Cláudio Duarte** colocou que o objetivo está expresso em 6 prioridades e que os indicadores tem de refletir tecnicamente isso, e caso haja concordância a proposta poderá ser apresentada ao CNS. O Sistema Nacional de Saúde vai estar avaliado em torno dessas prioridades, mais o que queremos é um pacto político. Sugeriu que a discussão não fosse fechada e que o assunto voltasse à Câmara Técnica da Tripartite. O representante do CONASS para a Região Sul Dr. **João José Cândido** considerou viável a proposta do Dr. **Elias Rassi**, mesmo que o documento ainda tenha que passar pelo crivo do CNS, o que poderá mudar tudo, já que ele é soberano, e que poderá haver uma pactuação prévia e ter-se um prazo para que os Secretários Estaduais possam tirar ou colocar alguns indicadores. Dr. **Otávio Mercadante** ponderou que tudo que foi apresentado é muito mais um esforço de síntese, e o importante é que foi consensuado na Tripartite. Dr. **José Guedes** ponderou que com a apresentação de uma série de indicadores de cobertura e outros pela FUNASA, vemos coisas factíveis a que se chegou durante determinado processo, e com os valores fixados se começa a ter um marcador daqui para a frente. Dr. Mercadante disse ter clareza de que: 1) o primeiro momento é político, e o que se quer destacar são essas grandes linhas para ficar mais fácil o diálogo com os Conselhos e com a população; 2) o consenso representaria o segundo momento, que é o do pacto, onde aparece o número. Dr José Guedes colocou que existe demandas reprimidas e que certamente a população gostaria que houvesse alguma coisa além das campanhas, que pudesse acelerar o atendimento. Dr. Otávio Mercadante explicou que tudo foi agrupado na questão dos planos regionais e no plano estadual de saúde, porque tem que contemplar a baixa, média e alta complexidade. Tem que ser definida qual é a rede em determinada microrregião. A meta para o próximo ano é que os estados tenham como base os

planos microrregionais e regionais, com a definição de metas de resultados com relação a cirurgias eletivas, o que poderia ser um excelente indicador de acesso e resolutividade em redes assistenciais. O representante do CONASEMS para a Região Sudeste Dr. Gilberto Natalini disse que uma das preocupações era de como elencar indicadores e metas facilmente mensuráveis e montar um plano municipal, fazer o relatório de gestão e depois se perder quando for medir o impacto que isso está tendo na qualidade do sistema. Esses 33 indicadores possibilitam essa avaliação porque são dados disponíveis nos bancos de dados municipais, o que é um avanço na questão da gestão, programação e principalmente na organização do sistema municipal, tudo isso integrado ao que o estado propõe, respeitando suas peculiaridades. Dr. Fernando Cupertino colocou estar de acordo com a aprovação da proposta, e que o CONASS vai colocar a mesma em discussão em sua assembleia geral no dia 14. Dr. Otávio Mercadante falou que já estava agendada a participação da representação do CONASS e do CONASEMS no CNS. Considerando que houve consenso a proposta restou aprovada. **6 - Assistência Farmacêutica Básica** - Dr Cláudio Duarte relatou que foi feito um trabalho dentro da nova estratégia de gerenciamento conjunto do incentivo de Assistência Farmacêutica Básica, para que pudesse ser estabelecido o pacto nacional com um elenco mínimo de medicamentos essenciais, que pudesse garantir o atendimento em todo o país, independentemente das diferenças regionais. No material distribuído, estão elencados os medicamentos que foram relacionados em todos os pactos estaduais/municipais de Assistência Farmacêutica Básica, naquilo que se achou possível, com incentivos e valores. É preciso que se dê visibilidade, para que não se tenha situação em que haja um determinado medicamento em um município e que o mesmo não exista em outros. A relação é apresentada em ordem alfabética, e por grupo farmacológico, e contem um elenco mínimo de medicamentos, para atingir as situações comuns, do dia a dia. Elogiou o empenho do CONASS e de várias Secretarias Estaduais de Saúde em contribuir com o Ministério no monitoramento dos gastos, do ponto de vista da eficiência no emprego dos recursos que estão alocados nos fundos estaduais de saúde, cujo saldo era de R\$ 67.000.000 em maio, e que em função

da modificação da execução efetuada pelos estados, foi reduzido para R\$ 35.000.000,00 em outubro. Solicitou às SES que acompanhem essa questão e informem ao Ministério sobre a execução de licitações em curso, ou aquisições que foram feitas nos últimos 30 dias. Essa é uma avaliação quantitativa, porém contamos com a colaboração dos Secretários Estaduais e do CONASS, para fazer a avaliação qualitativa lá na ponta, no município, de como anda a alocação/distribuição de medicamentos na rede assistencial. Vamos distribuir um questionário simplificado para que possamos avaliar o processo de pacto, e uma amostra que será definida para os Secretários Municipais, para avaliar o incentivo. Quanto à questão da extensão do prazo para definição dos novos pactos estaduais, que tinha sido fixado em até 30/11 por Portaria, a nossa proposta é de estender o prazo até 15.02.01, para que se possa fazer os pactos estaduais com as novas administrações, o que exigirá um esforço concentrado em dezembro e janeiro. Em dezembro estarão sendo disponibilizados dois instrumentos para auxiliar no monitoramento financeiro do incentivo e na consolidação do pacto por município, facilitando o gerenciamento. Dr. José Guedes colocou que os pactos estaduais devem ser repensados, levando em consideração o que os municípios pensam, para dar um novo direcionamento e evitar a pulverização dos recursos. Isso envolve um esforço do Ministério de repensar inclusive que determinados laboratórios estatais poderiam estar assumindo compromisso com blocos de estados, para sair da lógica comercial ainda existente em alguns lugares. A representante do CONASEMS para a Região Nordeste Dra. Rosa Sampaio colocou que a lista está definindo o mínimo necessário, porém é preciso que se tenha notícia do que se avançou em relação à aquisição desses medicamentos e do Registro Nacional de Preços, já havendo inclusive uma Medida Provisória dispondo que os estados e municípios podem comprar a partir do Registro. A grande dificuldade desta pactuação é a aquisição de medicamentos sobretudo para hipertensão e diabetes, ainda mais no 2º semestre, já que pelo fato de estar mudando a gestão, os fornecedores não terem a certeza de ser ressarcidos. Dr. Otávio Mercadante disse que as duas questões, a lista mínima e como o município poderá fazer a compra, foram muito bem colocadas. Dr. Elias Rassi considerou

ser esta uma das áreas dramáticas da gestão, por uma série de motivos: a aquisição é complicada, os recursos são poucos, e isso gera uma facilitação de pactos, em que municípios liberam para que os estados façam compras centralizadas, e os estados não conseguem cumprir em virtude de suas dificuldades, atrasam a distribuição, e os municípios reclamam pouco, porque os valores são pequenos em relação à aquilo que ele faz com as despesas na área de medicamentos, e vai ficando tudo como está. Entende que é uma área em que se precisa intervir de forma diferente, que a lista de medicamentos a seu ver é insuficiente para as necessidades e questionou se o PSF conseguirá trabalhar com a mesma, exclusivamente. Entende que esse Programa necessita de uma lista que preencha todas suas necessidades, e também que os valores precisam ser definidos. Com referência aos produtos oficiais, disse ser necessário encontrar uma forma de coordenação, intervenção, estímulo e pactuação, pelo menos no que diz respeito aos laboratórios oficiais, que tem passado por grandes instabilidades. A lista não atende sequer às necessidades de municípios de pequeno e médio porte. Goiânia trabalha com uma lista de 120 a 130 medicamentos e ainda é insuficiente para o atendimento de rotina nos Postos de Saúde. Dr. Cláudio Duarte ponderou que o que está na Portaria é a correção de alguns pactos estaduais que não contemplaram sequer o elenco mínimo. O que está se propondo é uma lista não de medicamentos para assistência farmacêutica municipal e sim uma lista nacional de itens a serem contemplados minimamente em todos os pactos nacionais, e que cada município necessita, de acordo com sua realidade epidemiológica, complexidade, e estratégia assistencial, complementar essa lista nacional, e assim definir sua lista de medicamentos essenciais. Entende que a proposta apresentada é de um grupo que tenta construir com o CONASEMS uma pacote para a assistência básica municipal, e o que está sendo apresentado é uma lista mínima de medicamentos nacionais que deve ser pactuada em conformidade com os planos estaduais e municipais, e de acordo com o aporte de recursos e o grau de complexidade dos municípios, população, rede e epidemiologia. Dentro do que o Dr. José da Silva Guedes propôs há que se trazer para a Tripartite um estudo mais aprofundado dessa estratégia de assistência

básica, principalmente ver em cima de quais guias ou orientações poderia ser definido o pacto com os estados, tais como: aquisição centralizada, descentralizada, papel do estado e do município, e a relação estados e municípios no que respeita ao elenco mínimo apresentado. Informou que o Registro Nacional de Medicamentos foi licitado, julgado e publicado no Diário Oficial da União, e também a Medida Provisória que legaliza adesão do prefeito ou governador a esse pacto, já distribuída na Tripartite. Uma outra informação é que o Ministério da Saúde está preparando material específico para governadores, prefeitos e secretários estaduais em relação ao registro de preços, que será apresentado pelo Ministro e enviado para cada município e estado. Dr. Otávio Mercadante chamou a atenção para uma apresentação já feita na Tripartite em que o dado que mais chamou a atenção foi a discrepância nas relações de medicamentos na quase totalidade dos estados e municípios, e que o esforço que está sendo feito é nessa linha – estabelecer o mínimo para que não haja tanta discrepância. O representante do CONASEMS para a Região Norte Neílton Oliveira se manifestou dizendo que são muitos os fatores contribuintes para as dificuldades e que alguns no primeiro momento deveriam ser escolhidos para facilitar essa articulação, e daí resolver os outros. Vários estados têm dificuldades em cumprir a maioria dos itens pactuados. Entende que a questão do elenco mínimo de medicamentos essenciais para a atenção básica deve ser enfrentada do seguinte modo: separar a lista de elenco mínimo, pactuar, cumprir, para que se possibilite a política nacional de produção, com produção maior e suficiente e a preço menor. Entende que com relação aos laboratórios oficiais e militares se evoluiu na conversação, mas não em resultados concretos. O Secretário Estadual de Saúde do Ceará Dr. Anastácio Queiroz retrucou indagando como o grupo construiu essa idéia, questionando que haja tantas diferenças entre estados e municípios, e que uma lista de 19 medicamentos possa ser pelo menos mínima e o que acontecerá com quem não cumprir o pacto. Dr. Cláudio Duarte colocou que o que se pode pensar em construir numa segunda etapa é aperfeiçoar o processo de planejamento e programação da Assistência Farmacêutica Básica, chegando ao que foi colocado pelo Dr. Elias Rassi quanto ao planejamento, no sentido de definir, até em função

do porte do município ou de sua rede, qual a relação de medicamentos essenciais, o que é uma outra questão. Não é possível pacto estadual que não tenha uma lista de medicamentos mínima, o que vem ocorrendo e que não é aceitável e que tem que ser de imediato corrigido. O que vem ocorrendo não pode continuar – o município define um elenco mínimo, sobra recursos não absorvidos na compra desse elenco e se gasta em outras áreas que não assistência farmacêutica. Voltando à proposta do Dr. José da Silva Guedes sugere trazer na próxima Tripartite, ancorado na avaliação dos pactos estaduais/municipais, nas dificuldades de aquisição, na eficiência dos gastos com o elenco mínimo, propostas de como dar as diretrizes, estabelecer novos pactos, à luz de um fato novo que é o registro nacional de medicamentos, e a política em relação aos laboratórios oficiais. Dr. José da Silva Guedes colocou que soma a sua preocupação à dos municipalistas, no sentido de achar que se vai fazer assistência somente com uma lista mínima. São Paulo trabalha com uma lista de 40, acrescida de mais ou menos 30 a 40 produtos que os municípios pactuaram e que adquirem como contrapartida. Dr. Cláudio Duarte voltou a falar que não se trata de uma lista mínima para um plano municipal de assistência farmacêutica, e sim uma lista mínima para os Planos Estaduais e para o Plano Nacional de Assistência Farmacêutica, ao que colocou Neílton Oliveira que é parte da relação de medicamentos que obrigatoriamente terão que estar no pacto, e que lamentavelmente hoje ainda não está garantido, respondeu o Dr. Cláudio Duarte. São Paulo, junto com os COSEMS construiu uma relação mínima de medicamentos essenciais do Programa Estadual de Assistência Farmacêutica – Dose Certa, e entende que cada estado deverá construir algo assim, a partir da lista nacional, já que os planos estaduais anteriores não tinham esse tipo de referência. Dr. Renilson Rehem fez um comentário sobre o tema Proposta de Regionalização da Assistência à Saúde, que está como segundo ponto de pauta e até o momento avançado da hora não foi apresentado, e que não mais o será, deixando a cargo da Tripartite dar o encaminhamento que entender. O Dr. Fernando Cupertino sugeriu que a manhã da Reunião Ordinária do dia 15 de dezembro seja dedicada ao tema da SAS e o restante dos assuntos ficariam na

parte da tarde, o que foi acatado. **7 – Saúde Bucal** - Dr. Cláudio Duarte informou que foi apresentada uma proposta ao CONASS e CONASEMS com relação à introdução da Saúde Bucal no PSF, e que dentro do limite do orçamento para o próximo ano será definida uma proposta de incentivo para que a inserção ocorra. A lógica não seria somente a inserção de profissionais e sim as ações a serem desenvolvidas. Para estas terão que ser incorporados, como referência junto às equipes do PSF 02 modalidades de equipe multiprofissional para a saúde bucal: uma equipe mais simples, mais viável, para quase todo o país, composta por um cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário; outra um pouco mais complexa, objeto de médio e longo prazo, onde seria acrescentada a figura do técnico em higiene dental. Vai trabalhar com 02 incentivos financeiros para estimular essa inserção, sendo um de R\$ 12.000,00/ano (para a equipe mais simples) e outro de R\$ 15.000,00/ano (para a equipe mais complexa). Para essas metas que estão sendo definidas, o que se quer é ter 100% de inserção nas 10.000 equipes existentes, já para o próximo ano. Se todas as metas forem cumpridas significa a aplicação de R\$ 73.000.000,00/ano. Trabalhando na mesma lógica do PSF, quando da habilitação das equipes, independentemente da complexidade delas e como contribuição para o processo tecnológico da estratégia da ação, R\$ 4.000,00 pagos fundo a fundo, em parcela única serão transferidos para que o município possa adquirir material para a melhoria das equipes que porventura já tenha. Isto representa mais R\$ 43.000.000,00, totalizando para essa estratégia R\$ 110.000.000,00, se cumprido o conjunto dessas metas. Referiu o Dr. Néilton Oliveira que essa discussão a algum tempo já aconteceu e de sua importância e que estavam trabalhando com uma outra conta de R\$ 6.000,00 para alguns estados e para outros, mais R\$ 6.000,00 não só para incentivo como também para aquisição de material. Se se somar os salários dos profissionais (02 médicos, 02 enfermeiras, 02 técnicos de enfermagem 12 agentes de saúde) para as duas equipes de odontologia como referência, vai dar por volta de R\$ 14.000,00 como custo com salários, enquanto que o maior incentivo proposto, que tem variação por faixa de cobertura populacional está em torno de 45%. Num outro cálculo: o salário do odontólogo de R\$ 3.000,00, mais R\$ 300,00

para o técnico em higiene dental e mais R\$ 200,00 para o auxiliar de consultório dentário, vai importar em R\$ 3.500,00. Entende que há uma lógica diferente da anterior e pediu sensibilidade do Ministério para a questão, com o risco de comprometer a adesão e ser aprovada uma coisa não exequível. Respondeu o Dr. Cláudio Duarte que a lógica e as prioridades políticas foram pactuadas, e que a questão do financiamento está atrelada à disponibilidade para as programações do próximo ano, acrescentando que se vai adicionar mais R\$ 110.000.000,00 numa área que já existe em funcionamento. O que pode ser discutida é a possibilidade dos estados e municípios agregarem outros recursos à esses que o Ministério vai colocar (na mesma lógica de outros programas/ações), trabalhar em princípio com um menor número de equipes, mas iniciar no próximo ano, inclusive beneficiando os municípios que já estão atuando nessa área. Referiu que esses valores não incluem os para capacitação. Indagou o Dr. Anastácio Queiroz quando a portaria iria ser publicada e quando os recursos para capacitação do técnico em higiene bucal estariam disponíveis e como poderia fazer a proposta, ao que respondeu o Dr. Cláudio Duarte que a minuta ainda merecia alguns acertos técnicos e que a previsão de entrega ao CONASS e CONASEMS para apreciação seria na próxima 5ª ou 6ª feira e fechar na próxima Tripartite, com vigência para janeiro, mediante habilitação, e pagamento em fevereiro. A capacitação é uma parceria com a OPAS, e provavelmente com a utilização de parte do recurso do PROFAE, um acordo interno que já existe. A forma de proposta será fechada com o CONASS e CONASEMS, mediante um plano de capacitação de THD, já existente. Neilton Oliveira colocou 3 questões: 1) vários municípios já estão atendendo com recursos próprios, dentro do desenvolvimento integral à saúde; 2) não compartilha da idéia de que o incentivo tenha que financiar salário de todos os profissionais; 3) que é preciso Ter a progressividade, considerando-se um valor fixo para a equipe mínima e Ter o acréscimo de acordo com a cobertura populacional. É preciso preservar a lógica do programa, e a importância da inclusão de odontólogos de uma maneira geral no país. Informou ter participado de dois encontros com prefeitos no Pará e em Juiz de Fora, onde os mesmos declararam sua disposição de fazer tudo pelo programa, dentro dos limites a eles

impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal. Dra Rosa Sampaio indagou a partir de quando isso seria implantado. Dr Cláudio Duarte respondeu que seria à partir de janeiro, e que as providências administrativas já estavam sendo tomadas. Ressaltou que na grande maioria dos municípios estruturados nesses quatro anos de processo de municipalização, já existe alguma coisa de saúde bucal, então esta sendo colocado um incentivo para agregar recursos, tecnologia e estratégia assistencial. Assim, o incentivo se destina à introdução da odontologia no PSF, e não para introduzir a odontologia no SUS. Existem municípios que não tem PSF, mas não deu para fazer a programação de acordo com a cobertura populacional, porque isso poderia representar um volume de recursos maior do que o que esta disponível no momento. Dr. José Guedes ponderou que os recursos serão poucos e que os municípios sofrerão pressão para que ampliem as equipes já existentes. Dr. Gilberto Natalini falou da dificuldade de contratação de pessoal pelos municípios atualmente, uma vez que a totalidade dos Prefeitos esta preocupada em se explicar em função da Lei de Responsabilidade Fiscal. Então é importante que não seja criada uma expectativa para a população, do que não irá se concretizar. Qualquer incentivo que vier é muito interessante e vai ajudar naquilo que já está funcionando, porém já existe um grande problema na forma de contratação em muitos municípios, e a Lei de Responsabilidade Fiscal coloca um limite extremamente firme, e isso tem que ser colocado no momento em que se anuncia o aumento das equipes sem a devida caução financeira dos municípios. Dr. Cláudio Duarte colocou que conversará com o Secretário Executivo sobre a possibilidade de se alocar mais recursos, mas caso não haja essa possibilidade, que se possa reconhecer aqueles municípios que já tem suas equipes de saúde bucal trabalhando no PSF, e iniciar o programa em janeiro de 2001. Dr. Mercadante agradeceu a presença de todos e anunciou que a próxima reunião da CIT será no dia 15.12.00.

Visto:

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 – 29.11.00

O Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite, conduziu a 10ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite -CIT, realizada no dia 29.11.2000.

Pontos da Pauta:

1 - Plano de Saúde/Relatório de Gestão - Agendas de Prioridades – foi apresentado um retrospecto sobre as etapas das discussões, seguida da elaboração da proposta e de como ela está organizada em relação às esferas de gestão, ou seja: o Plano Municipal de Saúde, o Plano Estadual de Saúde, a consolidação da Metas a ser realizada na Tripartite, no que vai se constituir o Plano de Metas Nacional a ser acompanhado por meio do Relatório de Gestão. Em seguida foi apresentada a Agenda Nacional de Metas Prioritárias composta por 33 indicadores agrupados em seis eixos de intervenção: 1) redução da mortalidade infantil e materna; 2) controle de doenças e agravos prioritários; 3) melhoria da gestão, do acesso e qualidade dos serviços de saúde; 4) reorientação do modelo assistencial; 5) desenvolvimento de profissionais do setor saúde; 6) qualificação do controle social. Foram definidas duas grandes áreas de intervenção no sentido da reorientação do modelo assistencial que são: a atenção Básica através do PACS e do PSF, e a Saúde Mental. A proposta foi aprovada e será apresentada na reunião do Conselho Nacional de Saúde.

2 - Proposta de Regionalização da Assistência à Saúde – a apresentação deste ponto de pauta foi transferida para a reunião da CIT do dia 15.12.2000 por conta da extrapolação do tempo pela exposição dos outros temas.

3 – Assistência Farmacêutica Básica – a partir de um trabalho que teve como base os pactos estaduais/municipais

para a Assistência Farmacêutica Básica, estabeleceu-se um elenco mínimo de 19 medicamentos essenciais para serem



S
E
C
R
E
T
A
R
I
A

T
É
C
N
I
C
A

pactuados nacionalmente, considerado pouco representativo como pacto nacional e ainda do ponto de vista do atendimento às necessidades das ações de saúde do ponto de vista populacional, da rede e epidemiológico. Foi proposta a extensão do prazo de 30.11.00 para até 15.02.01, para definição dos novos pactos estaduais. Foram discutidos também os problemas existentes nos estados/municípios, principalmente com relação à aquisição de medicamentos, distribuição, eficiência dos gastos, e a política em relacionada aos laboratórios oficiais.

4 – Saúde Bucal – este ponto foi apresentado como informe, e discorreu-se sobre a proposta de inserção de equipes de saúde bucal no PSF, com incentivo definido dentro do limite do orçamento para o próximo ano, e a modelo de outros programas/ações os municípios agregariam recursos complementares ao projeto. São propostas 02 tipos de equipes multiprofissional: uma mais simples composta por um cirurgião dentista e um auxiliar de consultório dentário e outra mais complexa a ser implantada a médio e longo prazo, que inclui um técnico de higiene dental. Haverá 02 tipos de incentivo financeiro : um de R\$ 12.000,00/ano para a equipe mais simples e outro de R\$ 15.000,00/ano para a equipe mais complexa. A meta é que se tenha 100% de inserção nas 10.000 equipes do PSF existentes, já para o próximo ano. Caso todas as metas sejam cumpridas, serão aplicados R\$ 110.000.000,00/ano.

5 - Vigilância Epidemiológica-Avaliação de Indicadores de Qualidade – realizada a apresentação dos indicadores construídos com os seguintes objetivos: 1) institucionalizar o processo de supervisão sobre o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica Ambiental; 2) permitir o acompanhamento por meio de indicadores já utilizados no Sistema e que possam ser qualificados; 3) possibilitar a comparação da unidade federada com as médias regional e nacional atingidas, inclusive do ponto de vista cronológico. Foi aprovada a sugestão de se preparar uma metodologia voltada para a avaliação dos grandes centros urbanos.



S
E
C
R
E
T
A
R
I
A
T
É
C
N
I
C
A

6 - Vigilância Sanitária – Habilitação dos Estados – Foram habilitados para execução das Ações de Vigilância Sanitária

os seguintes Estados:

- Amapá,
- Mato Grosso,
- Mato Grosso do Sul, e o
- Distrito Federal.

7 - Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças - ECD

7.1 - Certificação de Municípios - foram certificados, com vigência a partir de 1º de dezembro:

- 23 municípios da Bahia
- 04 municípios do Ceará
- 04 municípios do Espírito Santo
- 14 municípios de Goiás
- 01 município do Mato Grosso
- 01 municípios do Mato Grosso do Sul
- 108 municípios de Minas Gerais
- 19 municípios do Paraná
- 01 município do Rio de Janeiro
- 03 município de São Paulo

8 - Habilitação de Municípios – foram desabilitados da condição de Gestão Plena do Sistema Municipal os municípios de Fraiburgo e Ibirama/Sc, que voltaram à condição de habilitação em Plena de Atenção Básica, e o município de Pedreiras/Ma que permanece desabilitado. Habilitados, com vigência a partir de 1º de dezembro:

8.1 - Plena do Sistema Municipal

- Viana/Ma
- Monteiro/PB

8.2 - Plena da Atenção Básica

- São Raimundo do Doca Bezerra/Ma
- Santarém Novo e São João da Ponta/Pa
- Caroebe/RR
- Barão do triunfo/RS
- Fraiburgo e Ibirama/SC
- Anhembi e Nova Castilho/SP

