



Ministério da Saúde
Secretaria Executiva
Comissão Intergestores Tripartite
Secretaria Técnica

9ª
Reunião
Ordinária
2000

ATA DA REUNIÃO

19.10.00

1. MEMBROS DA COMISSÃO

MINISTÉRIO DA SAÚDE			
Órgão	Representante	T/S	Frequência Acumulada
SE	Barjas Negri	Titular	09/09
	Otávio Mercadante	Suplente	04/09
SAS	Renilson Rehem de Souza	Titular	09/09
		Suplente	
SPS	Cláudio Duarte da Fonseca	Titular	09/09
		Suplente	
ANVS		Titular	
	José Agenor Alvares da Silva	Suplente	06/09
FUNASA	Mauro Ricardo Machado Costa	Titular	07/09

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS			
Região	Representante	T/S	Frequência Acumulada
N	Eduardo de Novaes Medrado	Titular	06/09
		Suplente	
NE	Anastácio Queiroz e Sousa)	Titular	08/09
SE	José da Silva Guedes	Titular	09/09
		Suplente	
S	Maria Luiza Jaeger	Titular	09/09
		Suplente	
CO	Izaías Pereira da Costa	Suplente	05/09

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE - CONASEMS			
Região	Representante	T/S	Frequência Acumulada
N	Neílton Araújo de Oliveira	Titular	09/09
		Suplente	
NE	Rosa M ^a Sampaio V. N. de Carvalho	Titular	04/09
		Suplente	
SE	Valter Luis Lavínias	Titular	01/09
		Suplente	
S	Francisco Isaias	Titular	07/09
		Suplente	
CO	Elias Rassi Neto	Titular	05/09
		Suplente	

2 - ASSESSORES E CONVIDADOS

1.	DEILDES PRADO
2.	ELANE ARAÚJO
3.	LOURDES VIRGÍNIO
4.	ZENILDA BORGES
5.	ARNALDO R. COSTA
6.	MARTA BARRETO
7.	IRACEMA FERMON
8.	ANTÔNIO CLARET FILHO
9.	REGINA HELENA
10.	CRISTIANI VIEIRA MACHADO
11.	MARGARIDA MARIA GONZAGA
12.	MARAI JOSÉ
13.	PATRÍCIA LUCCHESI
14.	JOÃO BATISTA ÁVILA
15.	MARIA ELIZABETH GOMES MACIEL
16.	MARIA HELENICE DE CASTRO
17.	GISELE BAHIA
18.	RICARDO SCOTTI
19.	FERNANDO P. CUPERTINO DE BARROS
20.	MARIA GUADALUPE
21.	FERNANDO MARTINS JÚNIOR
22.	EDUARDO LUIS DA SILVA LOUREIRO
23.	ROSANI
24.	FABIANO PIMENTA
25.	NILO BRÉTAS
26.	ROSIMARIA W. LEMOS DUARTE
27.	CARLOS LISBÕA
28.	CLÁUDIO SOARES VASCONCELOS
29.	ADNEI
30.	LUIS
31.	GIOVANNA GUIMARÃES NUNES
32.	JOHNSON ANDRADE
33.	EDMUNDO GALO
34.	HELOISA MACHADO
35.	JOSÉ MARIA
36.	WAGNER COELHO PORTO
37.	JOSÉ MARIA - SES/PB

3 - PAUTA

- 1. Cadastramento do Cartão SUS – Informe** – Secretaria de Investimento em Saúde/SIS/MS
- 2. Planos de Saúde/Relatório de Gestão – Agendas de Prioridades** – Secretaria de Assistência à Saúde/SAS/MS
- 3. Proposta de Regionalização da Assistência à Saúde** - Secretaria de Assistência à Saúde/SAS/MS
- 4. Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças - ECD**
 - 4.1 - Certificação de Municípios
- 5. Habilitação de Municípios**
 - 5.1 – Plena do Sistema Municipal
 - 5.2 - Plena de Atenção Básica

4 – DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

O Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, Dr Otávio Mercadante, coordenou a 9ª Reunião da CIT, do dia 19 de outubro de 2000.

1 - **Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças – ECD** - Foram certificados 43 municípios do Ceará; 04 de Goiás; 06 do Mato Grosso; 79 de Minas Gerais; 36 do Piauí; 07 do Rio Grande do Norte; 08 de Santa Catarina e 01 de São Paulo, com proposição da FUNASA de vigência à partir de 1º de outubro para 4 dos 79 municípios de MG, a saber: Poços de Caldas, Itabira, Ipatinga e São João Del Rei. Para os demais a vigência será à partir de 1º de novembro, o que foi aprovado. O representante do CONASEMS para a Região Norte Neilton Oliveira, cobrou da FUNASA a avaliação solicitada na última Tripartite sobre as dificuldades que estão ocorrendo entre alguns municípios e as coordenações estaduais. Outra questão colocada diz respeito ao pagamento das parcelas na forma discutida e encaminhada na Tripartite, uma vez que há notícias de que está ocorrendo diferença de tratamento com relação aos repasses. Dr. Otávio Mercadante informou que há uma orientação do Fundo Nacional de Saúde-FNS dispendo sobre a existência de uma fase de transição entre o convênio da dengue e a Certificação, ou seja: enquanto não ocorre esta, o município recebe em duodécimos o equivalente ao convênio da dengue. Um dos problemas verificados é que alguns municípios não estavam localizando o recurso que estava entrando no fundo municipal, como da dengue. Dr Neilton Oliveira relatou que em alguns municípios está clara esta tramitação, mas em outros não houve o repasse ou está atrasado. O representante da FUNASA Jarbas Barbosa colocou que em reunião realizada em São Paulo com a participação do estado, municípios e da regional da FUNASA, foram levantados 2 problemas: um é a questão do atrasado que deve ser vista município a município para estabelecer o que

está de fato em atraso, e a outra é a questão dos Municípios que estão com saldo do PEA, e como o convênio vence 31/12 há a necessidade de se viabilizar uma forma de prorrogação para que ele possa utilizar esse recurso. Afirmou que essas questões serão discutidas e equacionadas com o FNS e a Secretaria Executiva, ainda durante esta semana. O representante do CONASEMS para a Região Centro-Oeste Dr. Elias Rassi ponderou que o conceito de atrasado tem sido interpretado de forma muito parcial pelo Fundo Nacional de Saúde, já que em alguns municípios de GO certificados na competência 04, em relação aos convênios já deveria ter corrido pelo menos 8 parcelas, porém o Fundo tem repassado 4 a 5 parcelas. Isto tem deixado um vácuo no financiamento desses municípios, exigindo uma solução de emergência dado os 3 meses de atraso dos repasses. Temos ainda atrasos do FAEC, e isto é uma questão que considera grave, em função da Lei de Responsabilidade Fiscal. O Secretário de Assistência à Saúde Dr. Renilson Rehem esclareceu que o FAEC está com atraso de 1 mês por exclusiva falta de dinheiro. Dr. Néilton Oliveira falou da necessidade de se fazer uma discussão sobre a Lei da Responsabilidade Fiscal. O Secretário de Investimento em Saúde Dr. Biazoto informou da realização de uma reunião na próxima quarta-feira, na qual se tentará alinhar os pontos mais delicados para a área da saúde, e de uma outra reunião mais abrangente para o início de novembro. O Secretário de Políticas de Saúde Dr. Cláudio Duarte colocou que por se tratar de assunto complexo, um grupo de estudos está verificando os aspectos da Lei que envolve a saúde, e há a necessidade de pelo menos 10 dias para que se prepare a apresentação na Tripartite, já com alternativas para a resolução dos problemas. Dr. Otávio Mercadante anunciou que haverá uma reunião específica para tratar do assunto no dia 7 de novembro. O representante da Vigilância Sanitária José Agenor Alvares da Silva colocou que segundo a PRT 1008 de setembro de 2000, a habilitação dos

estados para as ações de média e alta complexidade em Vigilância Sanitária deveriam obedecer 2 critérios: a elaboração e entrega do termo de ajuste e a aprovação da CIB. Foi feita a distribuição de um quadro mostrando os estados que cumpriram estes requisitos, e que em função do artigo 13 da referida Portaria já tem assegurado o direito de receber, via FNS, recursos das competências agosto e setembro. Os estados do Acre e do Maranhão encaminharam o Termo de Ajuste, as propostas foram aprovadas na Bipartite de outubro e receberão recursos relativos à competência setembro. O representante do CONASS para a Região Nordeste Anastácio Queiroz informou que a SES/CE encaminhou a documentação para habilitação do Estado, mas até o momento não havia chegado, e solicitou que ficasse acordado que caso a documentação esteja em ordem a Tripartite faça a aprovação *ad referendum*. Dr. Agenor Alvares ponderou que depende da Tripartite esta aprovação. A representante do CONASEMS para a Região Nordeste Rosa Sampaio esclareceu que o *ad referendum* pressupõe que haja uma aprovação posterior da CIB. Dr. Agenor colocou que no caso do Ceará houve a aprovação na CIB, apenas a documentação não chegou em tempo hábil. Dr. Neilton Oliveira chamou a atenção para o fato de que em alguns estados não há reunião da CIB a 4 ou 5 meses. Dr. Otávio Mercadante sugeriu então que a Tripartite delibere pelo envio de Ofício às Bipartites, fixando prazo para que sejam resolvidas as pendências relativas aos processos de habilitação da Vigilância Sanitária, o que foi aprovado. Dr. Agenor Alvares comentou ainda que alguns estados não fizeram nenhuma manifestação com relação ao Termo de Ajuste, e seria bom que houvesse uma cobrança. **2 - Habilitação de Municípios** - foi habilitado em Gestão Plena de Atenção Básica o município de Pedreiras/SP, e foram habilitados em Gestão Plena do Sistema os municípios de Barra do Choça/BA, Trairí/CE, Pires do Rio/GO, Uruará/PA e Giruá/RS. Dr. Neilton Oliveira solicitou informações sobre as habilitações

dos municípios de Miguel Alves/PI e Irecê/BA. O Dr. Renilson Rehem sugeriu uma comunicação formal do Coordenador da Tripartite ao Coordenador da Bipartite da Bahia relatando todas as providências já adotadas com relação à habilitação do município de Irecê e solicitando uma definição, o que foi aprovado. Dr Cláudio Duarte apresentou uma proposta preliminar do Projeto de Interiorização de Força de Trabalho no setor saúde para o conjunto de entidades das áreas de enfermagem e de medicina. Com este projeto se pretende enfrentar o problema da distribuição de recursos humanos em algumas regiões do país, através da inserção de equipes do Programa de Saúde da Família nos municípios com altas estimativas de mortalidade infantil e de prevalência de malária. Foi constituído um grupo de trabalho e em novembro será realizada uma oficina de trabalho com o CONASS, CONASEMS e entidades ligadas às áreas de medicina e enfermagem, para discutir detalhes operacionais. A intenção do Sr. Ministro da Saúde é que se possa ter a primeira turma dessas equipes à partir de março de 2001. O representante do CONASS para a Região Centro-Oeste Izaías Pereira da Silva ponderou que deveria haver alguma regulamentação no sentido do profissional ter dedicação exclusiva a fim de não comprometer o programa.

3- Cadastramento do Cartão SUS – O Secretário de Investimento em Saúde Dr. Biazoto relatou que há cerca de 4 meses vem sendo trabalhada a implantação da primeira parte do projeto em 44 municípios, para os quais a licitação vai estar em vigor para implantação em dezembro/99 e janeiro/2001, e que o acesso ao Fundo de Universalização dos Serviços de Telecomunicações -FUST, vai possibilitar a instalação de uma linha telefônica de voz e de dados em todas as unidades de saúde, com uma série de facilidades de sistema acopladas a essas linhas. O cadastramento no primeiro momento será efetivamente domiciliar, a ser executado pelos gestores municipais e que a participação dos estados nesse processo é importante. A proposta para o financiamento

é de repassar R\$ 0,20 percapta para os municípios que tem cobertura de PACS e R\$ 0,50 para os que não tem PACS, pagos na forma de um procedimento extra teto. Informou também que a lógica presente na origem do cartão é o número único de identificação de âmbito nacional, que pode ser usado para múltiplas finalidades: na APAC, no SIA, etc, e também ser integrado a outros sistemas de informações. Com esse número de identificação pode-se trabalhar a PPI com melhor qualidade, trabalhar a possibilidade de ressarcimento de procedimentos ambulatoriais de alto custo e no caso do Saúde da Família pode-se, dentre outros, montar mecanismos de acompanhamento. A possibilidade de ser ter o cadastro atende demandas de municípios e estados e subsidia várias políticas de âmbito federal. A representante do CONASS para a região sul Maria Luiza Jagger ponderou que deve haver o cuidado de definir quais os dados comuns a toda a população e que precisam ser conhecidos, e ainda que deve ser montado um cronograma para trabalhar o cadastramento das unidades de saúde e o cadastramento de usuários, conjuntamente, ao que foi informado que duas questões estão colocadas para discussão: a aprovação ou não da proposta de cadastramento, e a outra é a respeito do formulário que dá suporte à proposta. O que se está querendo viabilizar é um sistema único de cadastramento, para não se trabalhar com sistemas paralelos. A proposta é que se aprove a estratégia e que o formulário seja um instrumento único que articule SIAB e Cartão SUS. Dr. Guedes chamou a atenção para o problema de mudança de local de moradia, sendo esclarecido que a correção do endereço será feita toda vez que o paciente for atendido no Centro de Saúde, já no sistema. Dra. Maria Luiza Jaeger sugeriu que fosse aprovada a estratégia e que se fizesse um cronograma para a discussão com os novos secretários municipais. A representante do CONASEMS para a Região Nordeste, Dra Rosa Sampaio sugeriu que o recadastramento do SIAB seja feito juntamente com o cadastro do usuário.

Dr. Ricardo Scotti ponderou sobre duas questões: uma de natureza política que é o esforço do CONASS, CONASEMS e Ministério da Saúde para que se implante o cartão até o começo do ano, e a outra é operacional, representada pelo modelo do cadastro. A idéia de articular o SIAB com o cadastramento é válida, mais seria difícil discutir isso nesse espaço, sugerindo o aprofundamento pelo grupo, para aprimorar o cadastro. Dr. Biazoto colocou que com relação ao formulário pode-se continuar o trabalho, sugerindo que se firmasse uma posição nos casos em que não forem preenchidos os dados familiares na ficha enviada à Caixa Econômica Federal, no sentido de que isso não impossibilitasse a geração do número do PIS. Dr. Otávio Mercadante concluiu que restou o consenso dos componentes da Tripartite no apoio à proposta e na delegação ao grupo técnico de finalizar o formulário de cadastro, com as sugestões levantadas.

4 - Plano de Saúde e Relatório de Gestão - Dr Otávio Mercadante relatou que sobre o Relatório de Gestão existe uma demanda interna porque as Leis 8080 e 8142 já dispõem sobre o mesmo e uma demanda externa dos órgãos de controle de que ele seja o instrumento que dê visibilidade de resultados e acompanhamento das ações do SUS. O Relatório de Gestão se apoia nos Planos de Saúde elaborados em cada nível de governo, e este, ou mais que isso, um plano acordado de metas, precisa chegar a nível federal. Isso significa um processo de planejamento, de avaliação e um processo mais específico de acompanhamento, que é a pactuação de metas que se estabelecem nos três níveis de governo e que constituem a essência da política nacional de saúde. Apresentada a proposta, houve o consenso de que se deveria continuar trabalhando essa agenda de metas. A Secretaria de Assistência à Saúde começou a trabalhar na identificação de metas acordadas nas diversas áreas e na reunião ocorrida ontem com representação de todas as Secretarias Ministério foi colocado que se fizesse uma primeira discussão e que fosse dado prazo para a finalização

do trabalho, uma vez que a Tripartite e o Conselho Nacional de Saúde tem o propósito de implantar esse processo no próximo ano. Dr. Cláudio Duarte relatou que o Sr. Ministro da Saúde determinou que a proposta fosse apresentada no Conselho Nacional de Saúde e que fosse discutido com o CONASS e CONASEMS um conjunto de medidas para apoiar o processo de controle social no âmbito do SUS, aumentar a divulgação do trabalho dos conselheiros e estabelecer com o DATASSUS e os municípios uma forma de fazer um Cadastro Nacional de Conselheiros e Conselhos de Saúde, informatizado. Isto se encontra inserido no bojo da questão da incorporação e formalização dos Relatórios de Gestão, e que à proposta foi acrescentado trabalhar a minuta de um instrumento que possa agregar a definição da agenda de prioridades e metas por nível de gestão, que será distribuída para o CONASS e CONASSEMS. A Diretora do departamento de descentralização da SAS/MS Maria Helena Brandão colocou que o cronograma para esse trabalho está distribuído em 3 frentes organizadas, quais sejam: 1) processo de legitimação jurídica que trata da lógica do plano de saúde aprovado em cada Conselho de Saúde em seu nível de governo, do quadro de metas por ele gerado, do Relatório de Gestão e do acompanhamento financeiro a ser realizado pelo SIOPS; 2) considerando esta lógica já aprovada na Tripartite e apresentada no Conselho Nacional de Saúde, está sendo elaborado um manual para ser disponibilizado aos estados e municípios, para que os novos gestores sejam orientados dentro dessa nova lógica; 3) o terceiro bloco de encaminhamentos diz respeito às metas que o Ministério precisa apresentar à Tripartite e ao Conselho Nacional de Saúde, para que o processo possa ser desencadeado à partir de janeiro de 2001. Informou ainda que está sendo construído um instrumento único à partir das metas que estavam definidas por vários setores do Ministério, dos dados do PPA, do pacto na relação com os gestores estaduais e municipais, e outros indicadores da Fundação

Nacional de Saúde, Vigilância Sanitária, SAS e SPS, para acompanhamento dos indicadores e das metas para 2001. Para cumprir o cronograma, a idéia é que dentro de 10 dias o Ministério encaminhe as metas ao CONASS e CONASEMS, e o assunto seja apreciado na próxima Tripartite e apresentado ao Conselho Nacional de Saúde, ainda em dezembro. Assim, o quadro de metas nacional poderia ser publicado até 31 de dezembro e a agenda de 2001 já se iniciaria numa perspectiva de metas, em substituição à proposta que a SAS estava encaminhando em relação ao contrato de metas com os estados. **Dra M^a Luíza Jaeger** indagou se a proposta é de que se tenha um pacto único do estado com o Ministério da Saúde, que fecharia todos os indicadores numa só proposta. Esclareceu ainda a **Dra. Maria Helena Brandão** que está sendo feito um esforço para se ter o primeiro documento unificado em relação às metas do Ministério da Saúde, e que ele não exclui no primeiro momento os pactos e acordos que estão ocorrendo. **5 - Proposta de Regionalização da Assistência à Saúde**

- O Dr. Renilson Rehem fez um histórico sobre o andamento da discussão da proposta de regionalização, e em seguida foi procedida a distribuição da última versão do documento. A **Dra. Maria Helena Brandão** fez a apresentação da proposta, explicitada em 5 itens que compõem as diretrizes gerais: 1) ampliação da Atenção Básica, a ser atingida por todos os municípios do país; 2) - qualificação de Microrregiões Assistenciais e definição de município-polo, configurando um segundo nível da atenção, com garantia de resolutividade no espaço microrregional; 3) organização da média complexidade; 4) organização da alta complexidade; 5) definição de critérios mínimos para habilitação de municípios em gestão plena do sistema municipal. Dr. **José da Silva Guedes** falou da sua preocupação com relação a um novo recurso a ser alocado para a atenção básica e com relação aos recursos para a população não residente no município, sugerindo que se aprofunde a discussão sobre suas formas de gestão. Dr.

Neilton Oliveira sugeriu que a proposta fosse aprovada e que se formasse um grupo de trabalho para definir a cronologia do que seria apresentado e para que se tenha a definição do processo como um todo até o final do ano. Dr. Ricardo Scotti ponderou que esse processo de discussão entre as equipes técnicas, e dos secretários com a direção, representou um salto de qualidade na proposta, e que havia sido discutida a possibilidade de se fazer uma reunião da Câmara Técnica do CONASS com a equipe técnica da SAS para aprofundar uma série de detalhes que não caberiam ser discutidos na Tripartite, tais como as questões da referência, do plano de metas, indicadores etc. O representante do CONASS para a Região Nordeste **Dr. Anastácio Queiroz** parabenizou o grupo da SAS pelo trabalho e disse que todos do CONASS estão dispostos a fazer um esforço para fechar a proposta na próxima Tripartite. O Dr. Renilson Rehem colocou que dois problemas precisam ser enfrentados: 1) a gerência dos recursos da referência que considera o problema fundamental, porque a seu ver, caso se tenha com o mesmo prestador duas gerências desses recursos, ocorrerá a desestruturação do Sistema, focando dois aspectos distintos: o poder da gerência desses recursos e o poder da contratação e pagamento ao prestador. No seu entendimento a primeira é estadual e a segunda é municipal; 2) A segunda questão é a gestão da rede hospitalar pública, já que a divisão por natureza jurídica, a seu ver também desestrutura o Sistema. Com relação ao aspecto financeiro colocou que há um claro entendimento do Ministério da Saúde que para viabilizar essa proposta existe a necessidade de colocar mais dinheiro na atenção básica e no primeiro nível da média complexidade. O que está no documento é o consenso, por isso esses dois pontos não estão explicitados, já que constituem as duas grandes divergências. A proposta é de que se aprofunde este debate, com uma discussão objetiva sobre esses dois pontos. Dra. **Maria Helena Brandão** colocou que a próxima reunião da

Tripartite seria o limite para se pensar na implantação em 2001, mais que havia a necessidade de um outro momento de discussão antes da reunião. Foi acordada a realização de uma Reunião Extraordinária da Tripartite no dia 7 de novembro, para discussão deste tema, das metas e da Lei de Responsabilidade Fiscal.

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 – 19.10.00

O Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite, conduziu a 9ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite -CIT, realizada no dia 19.10.2000.

Pontos da Pauta:

1 - Cadastramento do Cartão SUS - Informe da Secretaria de Investimento em Saúde/SIS/MS - está sendo trabalhada a implantação da primeira parte do projeto em 44 municípios. Foi acertada a inserção no Fundo de Universalização dos Serviços de Telecomunicações – FUST ao processo, o que vai possibilitar a instalação de uma linha telefônica de voz e de dados em todas as unidades de Saúde. No primeiro momento o cadastramento será essencialmente domiciliar, executado pelo gestor municipal, com solicitação da participação dos estados no processo. O formulário que dará suporte à proposta, deve ser um instrumento único que articule o SIAB e o cartão SUS. A lógica é a identificação numérica única em nível nacional, o que pode servir a múltiplas finalidades (APAC, SIA, PPI, etc), e também integrar-se a outros sistemas de informações. A proposta de cadastramento foi aprovada pela Tripartite. A finalização do modelo do formulário do cadastro continuará sendo trabalhado pelo grupo técnico, que realizará sua adaptação de acordo com as modificações sugeridas.

2 - Plano de Saúde/Relatório de Gestão - Agendas de Prioridades – é consenso que o Relatório de Gestão, apoiado nos Planos de Saúde elaborados em cada nível de governo é o principal instrumento de acompanhamento da gestão do SUS. O processo de pactuação de metas, que constituem a essência da política nacional de saúde também é consenso. Essas agendas continuam sendo trabalhadas, e em reunião do dia 18.10.2000, com a participação de todas as Secretarias do Ministério da Saúde, foram estabelecidos prazos para a conclusão dos trabalhos, dado o propósito de implantação dos processos no próximo ano. A proposta foi apresentada ao Conselho Nacional de Saúde. Um conjunto de medidas para apoiar o processo de controle social no



S
E
C
R
E
T
A
R
I
A

T
É
C
N
I
C
A

âmbito do SUS, ampliar a divulgação dos trabalhos dos conselheiros, e estabelecer junto ao DATASUS e municípios um cadastro nacional informatizado de conselhos de saúde e conselheiros, será também objeto de discussão.

3 - Proposta de Regionalização da Assistência à Saúde –

O cronograma para a conclusão do trabalho está distribuído em três frentes organizadas, quais sejam: 1) - processo de legitimação jurídica, que trata do Plano de Saúde, do quadro de Metas por ele gerado e do Relatório de Gestão; 2) - elaboração de manual a ser disponibilizado para estados e municípios, para que os novos gestores sejam orientados dentro da nova lógica; 3) – seleção das Metas definidas de forma participativa, que o Ministério da Saúde precisa apresentar na próxima Tripartite e ao Conselho Nacional de Saúde, em dezembro, para que o processo possa ser desencadeado à partir de Janeiro de 2001. Foram apresentadas as diretrizes gerais da proposta, agrupadas em 5 itens: 1) – ampliação da Atenção Básica; 2) - quantificação de microrregiões assistenciais e definição de município polo, configurando um segundo nível de atenção com garantia de resolutividade no espaço microrregional; 3) - organização da média complexidade; 4) - organização da alta complexidade; 5) - definição de critérios mínimos para a habilitação de municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal. Ficou acordada a realização de uma Reunião Extraordinária da Tripartite no dia 07.11.2000, para a discussão desse tema, e ainda das Metas e da Lei de Responsabilidade Fiscal.

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

4.1 - Certificação de Municípios - foram certificados:

- 43 municípios do Ceará
- 04 municípios de Goiás
- 06 municípios do Mato Grosso
- 79 municípios de Minas Gerais
- 36 municípios do Piauí
- 07 municípios do Rio Grande do Norte
- 08 municípios de Santa Catarina
- 01 município de São Paulo



S
E
C
R
E
T
A
R
I
A
T
É
C
N
I
C
A

5 - Habilitação de Municípios

5.1 - Plena do Sistema Municipal

- Barra do Choça/BA
- Trairi/CE
- Pires do Rio/GO
- Umuará/PA
- Giruá/RS

5.2 - Plena da Atenção Básica

- Pedreiras/SP

6 – Vigilância Sanitária – Habilitação de Estados – foram habilitadas as seguintes unidades federadas:

- Acre
- Pará
- Rondônia
- Roraima
- Tocantins
- Alagoas
- Bahia
- Ceará
- Maranhão
- Paraíba
- Rio Grande do Norte
- Sergipe
- Espírito Santo
- Minas Gerais
- Rio de Janeiro
- São Paulo
- Paraná
- Santa Catarina
- Rio Grande do Sul
- Goiás

