



Ministério da Saúde
 Secretaria Executiva
 Comissão Intergestores Tripartite
 Secretaria Técnica

8ª Reunião Ordinária 2000	ATA DA REUNIÃO	21.9.00
---	-----------------------	---------

1. MEMBROS DA COMISSÃO

MINISTÉRIO DA SAÚDE			
Órgão	Representante	T/S	Frequência Acumulada
SE	Barias Negri	Titular	08/08
	Otávio Mercadante	Suplente	03/08
SAS	Renilson Rehem de Souza	Titular	08/08
		Suplente	
SPS	Cláudio Duarte da Fonseca	Titular	08/08
		Suplente	
ANVS		Titular	
	José Agenor Alvares da	Suplente	05/08
FUNASA	Mauro Ricardo Machado	Titular	06/08

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS			
Região	Representante	T/S	Frequência Acumulada
N	Eduardo de Novaes Medrado	Titular	05/08
NE	Anastácio Queiroz e Sousa)	Titular	07/08
SE	José da Silva Guedes	Titular	08/08
		Suplente	
S	Maria Luiza Jaeger	Titular	08/08
		Suplente	
CO	Júlio Strubing Muller Neto	Titular	05/08
	Izaías Pereira da Costa	Suplente	04/08

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE - CONASEMS			
Região	Representante	T/S	Frequência Acumulada
N	Neílton Araújo de Oliveira	Titular	08/08
		Suplente	

NE	Lúcia de Fátima Maia Derks	Titular	04/08
		Suplente	
SE	Celso Dellagiustina	Titular	03/08
		Suplente	
S	Francisco Isaias	Titular	06/08
		Suplente	
CO	Elias Rassi Neto	Titular	
		Suplente	

2 - ASSESSORES E CONVIDADOS

1.	DEILDES PRADO
2.	ELANE ARAÚJO
3.	LOURDES VIRGINIO
4.	VIRGÍLIO SILVA
5.	ZENILDA BORGES
6.	ARNALDO R. COSTA
7.	MARIA ESTER JASSEN
8.	MARGARIDA MARIA GONZAGA
9.	IVO P. BRITO
10.	TITO LÍVIO DE BARROS
11.	JOÃO G. DOS REIS
12.	JOÃO JOSÉ CANDIDO DA SILVA
13.	REGINA NICOLETTI
14.	MARIA HELENA COELHO
15.	AYRTON J. MARTINELLO
16.	MARIA JOSÉ
17.	SILVANA PEREIRA
18.	RICARDO SCOTTI
19.	EDMUNDO COSTA GOMES
20.	GEORGE TORMIN
21.	JARBAS BARBOSA
22.	FABIANO PIMENTA
23.	ARNALDO BELTRANE
24.	DEO COSTA RAMOS
25.	ROSANE E.
26.	ROSANE CUNHA
27.	RODRIGO BENEVIDES
28.	SILVIO MENDES FILHO
29.	JOHNSON ARAÚJO
30.	FERNANDO FARAGO
31.	ANTÔNIO CLARET C. FILHO
32.	MARGARETE
33.	LÚCIA QUEIROZ
34.	FERNANDO CUPERTINO DE BARROS
35.	PATRÍCIA LUCCHESI

3 - PAUTA

1. Saúde do Trabalhador – Secretaria de Políticas de Saúde/MS

2. Sistema de Informações e Pagamento do PACS e PSF -
Secretaria de Políticas de Saúde/MS

3. A Inserção da Saúde Bucal no PSF - Secretaria de Políticas
de Saúde/MS

4. Assistência Farmacêutica Básica - Secretaria de Políticas de
Saúde/MS

**5. Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle
de Doenças** - ECD

5.1 – Certificação de Estados

5.2 - Certificação de Municípios

6. Habilitação de Municípios

6.1 - Plena de Atenção Básica

4. DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

O Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, **Dr Barjas Negri**, coordenou a 8ª Reunião da CIT, do dia 21 de setembro de 2000.

1. Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças - ECD - foram certificados: o estado de Pernambuco com 14 municípios, 54 municípios da Bahia, 06 do Espírito Santo, 17 de Goiás, 06 do Mato Grosso do Sul, 74 de Minas Gerais, 52 do Mato Grosso, 09 do Pará, 40 do Paraná, 21 do Rio Grande do Norte, 01 de Roraima e 15 de São Paulo, com efeito financeiro à partir de 1º de outubro. **2. Atualização e Aperfeiçoamento do Sistema de Informações dos Programas PACS e PSF** – O Secretário de Políticas de Saúde **Dr. Cláudio Duarte** informou que atualmente existem 10.000 equipes de PSF e cerca de 143.000 Agentes Comunitários de Saúde, que a expansão do PACs deve ser vinculada à expansão do PSF exceto nos municípios com alta prioridade para Hansen e Tuberculose, que exigem atuação imediata. O monitoramento efetivo dessas populações no que diz respeito ao cadastramento populacional e ao cadastramento dos profissionais deve ser feito pelo SIAB, que deve ser aperfeiçoado de modo a integrar os vários sistemas de informações que trabalham em bases locais e se constituir na porta de entrada das informações da Atenção Básica. O DATASUS está providenciando a disponibilização de uma nova versão do SIAB, no sentido de compatibilizar o cadastramento populacional com o cartão SUS. Informou ainda que Portaria/GM nº 10.013, dispoendo sobre a necessidade de que os sistemas de informações fiquem acoplados ao processo de financiamento, estabelece um cronograma de atualização dos bancos de dados do SIAB, e que o cadastramento populacional será a base para o cálculo dos incentivos financeiros do PSF e PACS, que hoje são feitos por estimativa média de cobertura. O Departamento de Atenção Básica/SPS/MS através da **Dra. Regina** informou sobre um levantamento preliminar demonstrando que hoje 70% da população acompanhada está cadastrada no SIAB, e que no final do mês estarão disponibilizando para todos as Secretarias Estaduais a relação dos municípios qualificados na competência agosto e a situação de percentual de cadastramento, para viabilizar alguma intervenção no sentido de acelerar o mesmo. O representante do CONASEMS para a Região Norte **Neilton Oliveira** apresentou uma questão relacionada à exceção em relação aos municípios habilitados há menos de 60 dias e que deve ser contemplado na Portaria. Lembrou a pendência relacionada ao sistema de informação e cadastramento da saúde da família rural e da região norte. O representante do CONASS para a Região Centro-Oeste **Dr. Júlio Müller** sugeriu que fosse dado um prazo maior para o cadastramento, e que o SIAB seja implantado como modelo de informação da Atenção Básica independentemente de se ter ou não PSF. Falou da necessidade de se aprofundar a reflexão/discussão sobre o modelo de funcionamento da Atenção Primária com base no Programa de Saúde da Família, e o modelo de capacitação, para que se evite a realização de um treinamento fragmentário, conclamando os gestores das equipes de saúde da família a levantarem esta questão. A Diretora do Departamento de Atenção Básica **Dra.**

Heloísa Machado concordou com a proposta do Secretário do Mato Grosso e falou que na verdade esta ampliação do SIAB já havia sido discutida na CIT. Com relação à fragmentação das capacitações, está sendo organizando um fórum em outubro para discutir como fazer isso de uma forma mais integrada sem perder de vista a necessidade de focalizar algumas capacitações em áreas que demandam prioridade, levando em consideração as necessidades locais/estaduais. Está previsto para o próximo ano a implantação de uma metodologia de capacitação à distância. Com relação ao fluxo de qualificação, observou-se que o funcionamento do sistema de captação de dados - o CAPSI é deficiente em relação ao ciclo solicitação de qualificação da equipe pelo município/aprovação na Bipartite/autorização do Ministério da Saúde para o pagamento das equipes. Referiu a existência de uma proposta de reformulação que poderá ser oportunamente apresentada. O Secretário de Políticas de Saúde **Cláudio Duarte** colocou que em relação à Amazônia existe uma discussão com o CONASS e o CONASEMS e não há divergência sobre a necessidade de revisão dos parâmetros de cobertura dos PACS, e que em razão de já se ter 70% da população cadastrada serão poucos os municípios que terão problemas. Não seria tático republicar a Portaria com novos prazos e todo apoio será dado para resolver o problema da exceção constituída pelos municípios que estão com menos de 60 dias de implantação do programa. O representante do CONASS para a região Sudeste **José da Silva Guedes** colocou que com relação ao SIAB deve-se avaliar se ele permite que se faça comparações entre municípios e fornece informações de caráter gerencial. O representante do CONASEMS para a Região Sul **Celso Dellagiustina** concordou que realmente existe um hiato entre a aprovação e a habilitação dos municípios o que causa dificuldade para os mesmos, sugerindo que fosse encaminhada a proposta do Ministério, o que foi endossado pelo Secretário de Políticas de Saúde. Distribuída a proposta aos presentes ficou acertado marcar uma reunião com o CONASS e CONASEMS para discuti-la. **3. Habilitação de Municípios** – foram habilitados na Gestão Plena de Atenção Básica com vigência à partir de 1º de outubro os municípios de Ipixuna, Maraã e Tonatins/AM; Uiramatã/ RR; Capão do Leão, Mariana Pimentel e Protásio Alves/RS. Foi desabilitado da condição de Gestão Plena de Atenção Básica o município de Rio Palmeira/AL. O Secretário de Assistência à Saúde **Dr. Renilson Rehem** sugeriu que com relação à habilitação dos estados, fosse acordado que a ordem de entrada das solicitações seja rigorosamente cumprida para a realização da visita de avaliação. A partir daí, verificadas as pendências, o andamento dado seja de acordo com a resolução das mesmas. Dos estados já estão habilitados em Gestão Plena do Sistema ou Avançada, foram feitas as seguintes visitas de reavaliação: BA, PR, RS, SC e no DF, e que nos próximos dias estarão sendo visitados SP, AL e MG. A representante do Departamento de Descentralização e Gestão da Assistência, **Maria Helena Brandão** apresentou a proposta de que a documentação para a habilitação tenha um prazo de validade de 6 meses. Em seguida o **Dr. Renilson Rehem** fez 2 informes: 1º) de que foi publicada uma Portaria Conjunta da SE/SAS colocando a Radioterapia no FAEC, sem retirar os recursos correspondentes do teto o que implica numa expansão deste o que deve motivar, onde for o caso, uma pactuação daqueles entre estados e municípios; 2) uma Portaria estará sendo publicada amanhã dispondo que o FAEC assumirá a

diferença gerada pelo impacto da Portaria de sobre Parto. **4. Normatização dos Planos de Saúde e Relatório de Gestão do SUS - Dr. Cláudio Duarte** colocou que nos dias 4 e 5 de outubro a SPS e a SAS apresentarão ao Conselho Nacional de Saúde, para discussão, o detalhamento e alguns instrumentos do Relatório de Gestão e dos Planos de Saúde como parte do esforço que vem sendo realizado em várias áreas do Ministério no sentido de atualizar e aperfeiçoar o exercício do controle social. **Dr. Renilson Rehem** fez a apresentação do tema distribuindo a proposta para que seja analisada, sugerindo que o assunto seja colocado como pauta única da próxima reunião da Tripartite. A representante do CONASS para a Região Sul **Maria Luíza Jaeger** referiu que há um ano todos os municípios estão fazendo Relatórios de Gestão trimestrais e agora estão sendo apresentados o Relatório Anuais tendo como base o roteiro que foi feito pela Bipartite. O processo de avaliação discute qualidade, ampliação de serviços, de servidores, prontificando-se a repassar a experiência. **Dr. Renilson Rehem** comentou que a idéia é ter um referencial mínimo a ser cumprido nacionalmente, o que não implica em nenhuma restrição para estados e municípios que puderem avançar e aprofundar além do que está proposto como base. O representante do CONASS para a Região Nordeste **Dr. Anastácio Queiroz** considerou a proposta muito boa, porque se cada município estabelece metas anuais, gera uma linha de ação muito clara. **Dr. Cláudio Duarte** ponderou que com relação as metas, foi feita uma discussão interna e concluiu-se que este vai ser um instrumento muito importante para se compatibilizar as metas programáticas dos vários pactos e acordos que tem sido mantidos com o CONASS e CONASEMS. **Dr. Néilton Oliveira** apresentou proposta de que se faça a discussão conjunta microrregionalização x Relatório de Gestão, ao que informou o **Dr. Renilson** que essa discussão deve ser feita ainda em outubro, com a intenção de pô-la em prática em 2001, o que será um avanço. **Dra. M^a Helena Brandão** ponderou que essa proposta de Plano de Saúde e do Relatório de Gestão atende parte das reivindicações do CONASS em relação ao contrato de gestão na forma para ele pensada e mais, evoluiu para uma proposta mais sistemática e mais duradoura que aborda inclusive a legalização e a regulamentação de um processo permanente. **Dr. Júlio Müller** disse achar a proposta conceitual excelente, porque apesar de se fazer o plano plurianual, este carece de uma melhor sistematização. Sugeriu aprofundar um pouco mais a discussão da metodologia de como trabalhar isso, não só no plano político na Tripartite, mas também no plano técnico com o pessoal da área de planejamento, talvez até previamente à reunião. Colocou ainda que questão é com relação aos sistemas de informação que necessitam de uma integração imediata, devendo a sua discussão ser parte integrante desse plano, para que se possa avançar de forma consolidada. **Dr. Renilson Rehem** informou que a primeira etapa da sistemática de trabalho é a elaboração da agenda pelo Ministério da Saúde que será levada à Tripartite e em seguida ao Conselho Nacional de Saúde. Isso vai fazer com que os estados e municípios passem a trabalhar mais ou menos dentro do cronograma colocado. Caso a idéia seja aprovada em outubro, a expectativa é que na Tripartite de novembro se possa apresentar a proposta de metas do Ministério da Saúde. O trabalho que está sendo realizado para aprofundar e consolidar a estratégia do SIOPS, revelou a necessidade de alterar a IN 01/98 para especificamente retirar a referência de

relatórios financeiros etc., para não incompatível com o desenho atual. **5. Recadastramento das Unidades de Saúde** O Diretor do Departamento de Análise e Produção de Serviços **Dr. João Gabbardo** fez a apresentação dos diversos problemas existentes com relação ao cadastro das Unidades de Saúde e citou avaliação feita pela Ciset nos anos de 98/99, que avaliou 24 estados, visitou 79 municípios em Gestão Plena do Sistema e 382 em Plena de Atenção Básica. Foi constatado que o cadastro não dá confiabilidade para que se possa utilizá-lo como instrumento para pagamento dos serviços prestados, entre outras deficiências. Determinou que o Ministério da Saúde procedesse a atualização das normas sobre o cadastramento e realizasse um cadastro confiável. Para tanto um grupo de trabalho foi criado para avaliar todo o processo de cadastramento, fazer a agregação de novas informações ao formulário, compatibilizar o sistema com as necessidades da Vigilância Sanitária e da Agência Nacional de Saúde, e com a implantação do cartão SUS. Já estão elaborados os manuais de preenchimento desse cadastramento. Será um cadastro único para os ambulatórios e hospitais e serão cadastradas todas as unidades hospitalares, vinculadas ou não ao SUS. Isto permitirá uma programação de atividades assistenciais com conhecimento da dimensão da rede, a oferta de serviços etc. A estratégia de implantação será baseada no autocadastramento das unidades que serão validados em 100% dos casos pelo Gestor Estadual ou Municipal. Após a validação, os dados serão encaminhados ao DATASUS, que vai gerir um código nacional de estabelecimentos de saúde. Em seguida haverá uma fase de certificação do cadastro a ser feita por amostragem por instituição acadêmica contratada pelo Ministério da Saúde. O cronograma para a implementação do cadastro iniciaria agora em setembro com a publicação da Portaria do cadastramento pela SAS, junto com os formulários e os manuais de preenchimento. No período de setembro até o final do ano, os Gestores farão sugestões de modificação desse material. Janeiro e fevereiro de 2001 seria o período do autocadastramento. Nos meses de março e abril os gestores fariam a validação das informações e maio e junho se faria a certificação, com previsão de que em julho de 2001 já começaria a vigorar o novo cadastro. **Dra. M^a Luíza Jaeger** indagou sobre como serão feitas as atualizações deste cadastro. **Dr. Lívio Tito de Barros**, Secretário Adjunto de Pernambuco perguntou de quem seria a responsabilidade de validação das unidades não vinculadas ao SUS, ao que foi respondido pelo **Dr. Gabbardo** que seria do Gestor Municipal nos municípios em Gestão Plena do Sistema e nos demais do Gestor Estadual. **Dr. Júlio Müller** ponderou que a proposta é boa, mas que seria necessário discutir bem o instrumento que vai ser utilizado para o cadastramento, de forma integrada e que os prazos dados estão muito curtos, pelo menos para o Mato Grosso, em função das distâncias. **Dr. Gabbardo** colocou que o prazo do cronograma pode ser ampliado e que o autocadastramento é uma possibilidade que o Gestor pode acatar ou não. Quanto ao instrumento, ele é fruto de uma discussão muita ampla, que nos últimos meses teve a participação estreita da Vigilância Sanitária, da Agência Nacional de Saúde e do grupo técnico do cartão do SUS. **Dr. Ricardo Scotti** sugeriu que a Portaria da SAS tornasse as equipes estaduais de Vigilância Sanitária vinculadas no processo de cadastramento. **Dr. Júlio Müller** sugeriu que o instrumento seja encaminhado ao CONASS para ser avaliado nas Câmaras Técnicas, com emissão

de parecer até o final de outubro. **Dr. Gabbardo** colocou que a idéia é publicar a Portaria para que o DATASUS inicie os trabalhos, ficando a mesma em consulta pública e neste meio tempo serão aceitas as sugestões decorrentes das discussões com o CONASS e CONASEMS. Em relação à obrigatoriedade da Vigilância Sanitária, a proposta é complicada porque em alguns locais Vigilância conta com equipes mínimas o que poderia atrasar o cadastramento. **Dr. Celso Dellagiustina** ponderou que deve ser encontrada uma fórmula que garanta a implantação efetiva deste cadastramento, que ele dê respostas. E que a formula do autocadastramento não anula a possibilidade dos desvios cadastrais. Referiu ainda que a participação do Gestor Municipal é muito importante, não devendo ser diferenciada por forma de gestão, podendo o estado ajudar os municípios que estão em Atenção Básica na validação do cadastramento. Com relação à Vigilância Sanitária, entende que deva ser respeitado o seu papel de responsável pelo cadastramento das unidades naqueles municípios onde já detém a alta complexidade. Para o financiamento serão criados 3 códigos distintos: 1º - para vistoria e cadastramento de unidade ambulatorial, 2º - para vistoria e cadastramento de unidade hospitalar e 3º - que seria para aplicação do formulário do PINACHE, a serem pagos pelo FAEC.

6. Assistência Farmacêutica Básica – O técnico da SPS **Dr. Carlos Roberto** apresentou avaliação da Assistência Farmacêutica Básica como um todo, incluindo o modo como foi operacionalizado o incentivo com base nos dados relativos ao período de abril de 1999 a maio de 2000. Em decorrência das situações verificadas, foram feitas as seguintes proposições: a) o estabelecimento de um elenco mínimo de medicamentos que contemple as patologias fundamentais da Atenção Básica; b) o desenvolvimento e disponibilização de um sistema de gerenciamento da informação da Assistência Farmacêutica que permita acompanhar todo o seu ciclo; c) apresentação das avaliações às CIB e discussão dos pactos; d) realização de estudo de utilização de medicamentos, avaliando a cobertura, processo de aquisição e uso racional; e) adequação da estrutura das Secretarias de Saúde para o gerenciamento dos recursos; f) disponibilização do Registro Nacional de Preços; g) desenvolvimento do plano para acompanhar estados e municípios com menor capacidade de gestão; h) plano de capacitação em Gestão de Assistência Farmacêutica para o nível estadual. A conclusão do estudo quanto ao incentivo foi positiva, constatando-se que houve grande avanço e que o desafio agora é de qualificar o incentivo. **Dr. Cândido** - Secretário Estadual de Saúde Santa Catarina falou da importância do registro Nacional de Preços sugerindo que ele fosse acompanhado de legislação que permitisse se fazer aquisição diretamente. **Dr. Izaías** Secretário Mato Grosso do Sul informou que teve problema com a aquisição e com a formalização dos convênios com os municípios, para o repasse de recursos. No mês em curso conseguiu levantar quem efetuou ou não o pagamentos dos R\$ 0,50, tendo sido demonstrado que boa parte dos municípios não haviam feito os depósitos. **Dr. Celso Dellagiustina** colocou que no município de Rio do Sul com 50.000 habitantes, as 10.000 consultas efetuadas na rede representam o aviamento de 4.500 receitas/mês o que corresponde a um custo de R\$5,72 por habitante/ano. **Dr. Júlio Müller** ponderou que o modelo descentralizado melhorou o problema, porem não o resolveu, e que é preciso resolver o aspecto aquisição. O eixo de preço pode melhorar muito e que está faltando criatividade, uma vez

que existem farmácias em todos os municípios, que por disposição legal estas tem que ter farmacêuticos, então porque não articular estas farmácias dentro do sistema de distribuição de medicamentos básicos através desse registro e não colocamos esta rede toda para trabalhar para o SUS? **Dr. Barjas Negri** colocou que a idéia básica é colocar medicamento básico e fortalecer um pouco o laboratório público, mas quando se toma decisões na Unidade da Federação isto não é levado em conta. Pernambuco tem um dos melhores laboratórios e pode atender toda a região nordeste, mas ao invés do recurso ser centralizado na Secretaria Estadual e pactuar para que os 7 milhões fossem direto para a SES e esta comprasse ao LAFEP, lá se distribui nos 200 municípios do estado. Falou da experiência de São Paulo e do Paraná, onde se está de fato centralizando. Entende que os grandes municípios e as capitais conseguem comprar e colocar os medicamentos na ponta, mas os pequenos não. O problema é que tudo é descentralizado para 5.000 municípios, mas a decisão e a compra na maioria das vezes tem que ser centralizada. Dra. M^a Luíza Jaeger colocou que os 2 estados que conseguiram encaminhar esta questão o fizeram porque São Paulo tem um laboratório oficial com condições de produzir e o Paraná porque conseguiu montar uma estrutura de compra conjunta. É necessário uma política em relação aos laboratórios oficiais e avaliar o custo de produção de medicamento em laboratório oficial, porque temos hoje algumas plantas industriais do setor privado que são mais capazes e que a produção nos laboratórios oficiais fica mais cara. , ainda aliar lista básica x produção compatível. Por outro lado, os R \$ 1,00 não cobrem as despesas e boa parte dos recursos da municipalização solidária no Rio Grande do Sul foram usados na compra de medicamentos básicos. A resolução tem que ser coletiva e a solução passa pela experiência de São Paulo e/ou do Paraná para adoção de um padrão nacional de funcionamento. **Dr. Anastácio Queiroz** relatou que no Ceará foram adotadas 2 modalidades de pacto: a) os municípios em Plena fazem a compra e a contrapartida do Estado é em medicamentos; b) para os municípios em Básica o Estado adquire. Entende que se os laboratórios oficiais tiverem sua capacidade de produção aumentada, grande parte do problema estará resolvida. **Dr. Guedes** colocou que o que falta é produção de medicamentos na linha básica, e que a proposta do Ministério de passar R\$1,00 deixou aberta a possibilidade de que o dinheiro fosse para os estados ou para municípios. Na FURP à partir de 1995, houve uma mudança na filosofia de trabalho, e ela vem progressivamente eliminando seus antigos vendedores. Gostaria de negociar pacotes com os estados, mas que para isso precisa de uma ação nacional. Para termos compromisso de fornecer para os estados precisa de investimento, apelando no sentido de que os R\$70.000,00 que não foram gastos poderiam ser investidos na FURP para duplicar a sua capacidade de produção. Colocou ainda que só se vai conseguir realmente ter medicamentos se tivermos laboratórios estatais com comportamento de empresa. **Dr. Néilton Oliveira** colocou que quando esta política foi discutida ficou entendido que havia problemas com relação ao financiamento, à produção, e até mesmo quanto à compreensão política do que significava ter o remédio ou não. O Ministério vem cumprindo regularmente seu papel no financiamento, repassando em dia o valor de R\$1,00 percápita, mas não foi só esse papel que ficou a seu cargo. Havia sido sua sugestão que o Ministério poderia se relacionar com os laboratórios militares para

umentar a produção e favorecer a alocação de medicamentos para os municípios. Com relação a centralização nas Secretarias Estaduais citou o exemplo do Rio de Janeiro, que após 4 meses do início do recebimento dos recursos veio à Tripartite solicitar autorização para fazer o repasse para os municípios. Entende que a questão não é só financeira ou de ter o laboratório, é uma questão de política global. Na avaliação apresentada foi visto que alguns estados não repassaram o recurso federal que receberam e muitos também não repassaram a sua contribuição própria. O seu município está gastando perto de R\$4,00 percápita com medicação básica (42 itens); para os medicamentos da saúde mental recebe R\$ 5.000,00 mensais e gasta R\$17.000,00; com medicamentos excepcionais recebe R\$12.000,00 e gasta R\$68.000,00, e falta medicamentos nos Postos de Saúde. **Dr. Francisco Izaías**, Secretário Municipal de Saúde Passo Fundo/RS colocou que Rio Grande do Sul existem 40 unidades de produção de medicamentos em nível municipal, que representam o gargalo em relação à assistência, porque geram problemas em relação à qualidade dos medicamentos produzidos, e também com o abastecimento. Como sugestão, acho que deva ser definida uma política nacional na questão da indústria de medicamentos que restabeleça compromissos em elencos mínimos, ou seja, cada unidade produtora se responsabilizaria por um determinado elenco de produtos em nível nacional, com capacidade operativa de produzir a preço de mercado. O Secretário Estadual de Saúde do Paraná, **Dr. Armando Raggio** colocou que gostaria que houvesse tempo para uma discussão bem extensa, que o problema da distribuição de medicamentos é como uma doença reumática, difícil de resolver. Falou que a solução do Paraná não é reprodutível de modo igual para todos os lugares, mas somando-se à solução de São Paulo e de outras experiências, será possível chegar a bons resultados, e que a Assistência Farmacêutica hoje é melhor do que era antes do estabelecimento do valor percápita. O fato do gestor municipal ter a opção de dizer que vai colocar num fundo ou vai aplicar diretamente pode ser uma dificuldade, mas no caso do Paraná esta flexibilidade representou uma facilidade, porque hoje o estado do Paraná não dá mais remédios, compra junto e isto faz uma diferença radical. Os municípios estão reconhecendo que criaram uma empresa compradora e distribuidora de bens e serviços, e para otimizá-la querem colocar mais dinheiro no consórcio, o que ainda não ocorreu porque a regulação é complexa, e ainda não está concluída. Referiu o **Dr. Cláudio Duarte** que o intuito de apresentar um componente da política nacional de Assistência Farmacêutica é de se poder aperfeiçoá-lo - a perspectiva é de mudar para melhorar, e que já estão sendo adotadas mudanças com relação à legislação por meio de uma Medida Provisória encaminhada ao Palácio de Planalto alterando a Lei 8666, no sentido de adaptar a legislação da licitação ao Registro de Preços em andamento que vai ajudar na aquisição e no incentivo à produção. Há que se atentar para o prazo de repactuação que é de até 30 de outubro, avaliando se este prazo é factível para que se possa abrir nova rodada de pactuação, no sentido de corrigir e aperfeiçoar os pactos feitos no ano passado. Para isso vamos ter que dar assessoria e ajuda às Bipartites, distribuir uma lista mínima de medicamentos a ser adotada e pactuada nacionalmente. A idéia é fazer em breve uma reunião técnica para dar seqüência ao que foi discutido aqui, e aos encaminhamentos para a regulação da

Portaria 956. **7. Saúde do Trabalhador** - Dr. Barjas Negri sugeriu que a sua apresentação e discussão fosse transferida para a próxima reunião. **8. Inserção da Saúde Bucal no PSF** – distribuída a proposta ao CONASS E CONASEMS, e havendo interesse poder-se -ia marcar uma reunião técnica para discuti-la. Dra. Heloísa Machado informou que em relação ao ano passado verificou-se uma incorporação da saúde bucal em 30% das equipes do PSF, mas de forma bem heterogênea, e que a idéia é aperfeiçoar o processo com base em experiências já existentes, dentro de uma lógica também de mudança de modelo na Assistência Odontológica, retomando com isso a valorização do profissional técnico, o Técnico de Higiene Dental-THD. A idéia é de incorporar equipes de saúde bucal numa proporção diferente de população, inicialmente de 01 equipe de saúde bucal para 2 equipes de Saúde de Família, tendo, claro, um diferenciador no caso dos municípios com menos de 5.000 habitantes. Como isso vai ser traduzido em incentivo financeiro, tem que se estabelecer parâmetros. A idéia inicial é trabalhar com 2 formas de equipe: com e sem THD, considerando que suficiência desse profissional no mercado de trabalho. Paralelamente e junto com a Coordenação de Recursos Humanos, estaremos fazendo uma mobilização e um incentivo para ampliar a formação desses técnicos em todo o país. Com relação ao CAPSIA e ao fluxo de pagamento, a proposta é de que se faça uma reunião de trabalho com o CONASS e CONASEMS para discutir a saúde bucal, o CAPSIA e a contratação de Agentes Comunitários de Saúde. Foi feita uma negociação com o Ministério Público do Trabalho durante todo o ano, e há cerca de 10 dias houve uma concordância por parte daquele quanto a possibilidade de terceirizar a contratação de Agentes Comunitários de Saúde utilizando a lei que regulamenta a relação com o 3º setor, que permite a criação das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público. Conseguiu-se uma pareceria consensual, e a proposta é que isso resultasse na assinatura de um grande acordo nacional englobando o Ministério da Saúde, o Ministério Público do Trabalho, Ministério da Justiça, CONASS e CONASEMS. Dr. Barjas Negri informou que está encaminhando a questão da Responsabilidade Fiscal de 2 formas: a) tentando colocar na pauta da reunião do dia 19 e fazendo um seminário aqui em Brasília com a participação do CONASS, CONASEMS e os técnicos do 1º e 2º escalão do Ministério da Saúde, com os técnicos do Ministério da Fazenda fazendo uma exposição da Lei de Responsabilidade Fiscal, na 1ª semana de outubro. Dr. Néilton Oliveira colocou que na reunião em que se discutiu sobre a Vigilância Sanitária o CONASEMS levantou alguns pontos da Portaria que deveriam ser reformulados - o repasse dos recursos deve ser feito também para os municípios, diretamente conforme foi acordado. Porém na Portaria, o repasse é para os estados e destes para o município. Dr. Agenor Alvares informou que esta questão foi levantada e se chegou à conclusão que não poderia ficar constando na Portaria, já que em função da Lei do fundo estadual, em alguns estados o repasse não poderia ser feito dessa forma. O estado então passaria fundo a fundo para os municípios. Para não haver atraso foi acertado com o Fundo Nacional de Saúde que nos estados em que houver pactuação para o repasse direto, a CIB informa a Agência e esta informa ao Fundo, que faz o repasse para o município. Dr. Barjas Negri passou ao assunto para discussão na Câmara Técnica. Com relação à PEC, existe uma dificuldade de interpretar o gasto real com a saúde. Isto é definido pela

Lei 8080, pela Constituição e pela Lei Orçamentária. Então a nossa sugestão é a de que cada um continuaria fazendo da mesma forma, porque não vai dar para fazer a regulamentação a curto prazo. A Comissão de Seguridade Social do Congresso Nacional soltou uma nota, com uma interpretação deles, mas há controvérsias. A nossa base de cálculo é o ano de 99, vale o que foi aplicado neste ano. A emenda diz que tem de aplicar 12% nos estados e 15% nos municípios, e reduziu a diferença à base de 1/5 por ano. Deve ser feito um cálculo para 2000 e outro para 2001. Dr. Barjas Negri solicitou aos Secretários de Saúde que ao mandar o orçamento para a Assembléia Legislativa, enviem uma cópia para alimentar o SIOPS para termos clareza quanto ao entendimento dos estados sobre a questão.

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 – 21.9.00

O Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite, conduziu a 8ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, realizada no dia 21.9.2000.

Pontos de Pauta:

1 - **Saúde do Trabalhador** – teve a sua apresentação e discussão transferida para a próxima reunião.

2 - **Sistema de Informações e Pagamento do PACS e PSF** – foi informado que o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 10.013 dispondo sobre a necessidade de que os Sistemas de Informações fiquem acoplados ao processo de financiamento e estabelecendo um cronograma para a atualização dos Bancos de Dados do SIAB. Em função disto, o SIAB deverá ser aperfeiçoado para que possa oferecer um monitoramento efetivo da população coberta pelos programas, no que diz respeito ao cadastramento populacional e cadastramento dos profissionais, e para que passe a integrar os vários sistemas de informações que trabalham em bases locais. Nesse sentido o DATASUS está providenciando a disponibilização de uma nova visão do SIAB, que vai compatibilizar o cadastramento populacional com o cartão SUS.

3 - **A Inserção da Saúde Bucal no PSF** – a idéia é aperfeiçoar o processo com base em experiências já existentes,



S
E
C
R
E
T
A
R
I
A

T
É
C
N
I
C
A

valorizando o Técnico em Higiene Dental-THD, incorporando Equipes de Saúde Bucal na proporção de 01 equipe para cada 02 Equipes de Saúde da Família, tendo um diferenciador no caso de municípios com menos de 5.000 habitantes. Inicialmente se trabalhará com 2 tipos de equipes: com e sem a inclusão de THD, uma vez que não suficiência de profissionais no mercado. Paralelamente será feita uma mobilização para ampliar a formação desses técnicos em todo o país. A proposta foi distribuída para análise e posterior discussão entre as instâncias componentes da CIT.

4. Assistência Farmacêutica Básica – foi apresentada uma avaliação da Assistência Farmacêutica Básica realizada com base nos dados relativos ao período de abril de 1999 a maio de 2000, compreendendo também a análise da forma como foi operacionalizado o incentivo. Em decorrência das situações verificadas, foram feitas as seguintes proposições: a) estabelecimento de elenco mínimo de medicamentos que contemple as patologias fundamentais da Atenção Básica; b) desenvolvimento de um sistema de gerenciamento da informação da Assistência Farmacêutica que permita acompanhar todo o seu ciclo; c) apresentação da avaliação das CIBs e discussão dos pactos; d) realização de estudo de utilização de medicamentos, avaliando a cobertura, o processo de aquisição e o uso racional; e) adequação da estrutura das SES e SMS para o gerenciamento dos recursos; f) disponibilização do Registro Nacional de Preços; g) desenvolvimento de plano para acompanhamento de estados e municípios com menor capacidade de gestão; h) Plano de Capacitação em Gestão de Assistência Farmacêutica para o nível estadual. O estudo concluiu que houve um grande avanço na Assistência Farmacêutica após a instituição do incentivo e



agora o desafio é o de qualificá-lo. Foram apresentados relatos sobre a situação em vários estados e discutidas várias propostas de encaminhamento. Foi distribuído documento contendo um elenco mínimo de medicamentos para ser adotado e pactuado nacionalmente, e acordada uma reunião técnica para dar seqüência à discussão e aos encaminhamentos para a regulação da Portaria N° 956.

5- Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças – ECD

5.1 – Certificação de Estados - foi certificado o estado de Pernambuco

5.2 - Certificação de Municípios – foram certificados:

- 54 municípios da Bahia
- 06 " do Espírito Santo
- 17 " de Goiás
- 06 " do Mato Grosso do Sul
- 74 " de Minas Gerais
- 52 " do Mato Grosso
- 09 " do Pará
- 40 " do Paraná
- 14 " de Pernambuco
- 21 " do Rio Grande do Norte
- 01 " de Roraima
- 15 " de São Paulo

6 - Habilitação de Municípios - Foram habilitados:

6.1 Gestão Plena de Atenção Básica

- Ipixuna, Marãa e Tonatins/AM
- Uiramatã/RR
- Capão do Leão, Mariana Pimentel e Protásio Alves/RS

7 - Extra Pauta:

7.1 - Normatização dos Planos de Saúde e Relatório de Gestão do SUS - a Secretaria de Políticas de Saúde e a Secretaria de Assistência à Saúde - fizeram a apresentação da proposta e a distribuição de cópias da mesma, e sugeriram a colocação do assunto como pauta única para discussão na próxima reunião da CIT.



S
E
C
R
E
T
A
R
I
A
T
É
C
N
I
C
A

7.2 - Recadastramento das Unidades de Saúde - o representante da SAS reportou-se aos diversos problemas existentes com relação ao cadastro das unidades de saúde, e citou uma avaliação feita pela Ciset nos anos 98/99, cujos exames revelaram, entre outros achados, que o cadastro não dá confiabilidade para que se possa utilizá-lo como instrumento para pagamento dos serviços prestados. Em função disso foram feitos estudos para a realização de um novo cadastramento, único para os ambulatórios e hospitais, e serão cadastradas todas as unidades hospitalares sejam elas vinculadas ou não ao SUS. A estratégia de implantação será baseada no autocadastramento das unidades com a validação do Gestor Estadual ou Municipal em 100% dos casos, e o DATASUS vai gerir um Código Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Foi apresentado e discutido o cronograma de implementação do cadastro, e também a forma de financiamento.