



Ministério da Saúde
Secretaria Executiva
Comissão Intergestores Tripartite
Secretaria Técnica

03ª
Reunião
Ordinária
2001

ATA DA REUNIÃO

26.04.01

1. MEMBROS DA COMISSÃO

MINISTÉRIO DA SAÚDE			
Órgão	Representante	T/S	Frequência Acumulada
SE	Barjas Negri	Titular	03/03
	Otávio Mercadante	Suplente	
SAS	Renilson Rehem de Souza	Titular	03/03
	Maria Helena Brandão	Suplente	02/03
SPS	Cláudio Duarte da Fonseca	Titular	03/03
	Tânia Lago	Suplente	
ANVS	Luís Carlos Wanderley Lima	Titular	00/03
	José Agenor Alvares da Silva	Suplente	
FUNASA	Mauro Ricardo Machado Costa	Titular	03/03
	Jarbas Barbosa da Silva Jr.		

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS			
Região	Representante	T/S	Frequência Acumulada
N	Francisco Deodato Guimarães	Titular	01/03
	Grace Mônica Alvim	Suplente	
NE	Marta Oliveira Barreto	Titular	02/03
	Anastácio de Queiroz e Souza	Suplente	
SE	José da Silva Guedes	Titular	03/03
	João Felício Scárdua	Suplente	
S	João José Cândido da Silva	Titular	02/03
	Armando Martinho B. Raggio	Suplente	
CO	Fernando Passos Cupertino	Titular	03/03
	Izaías Pereira da Costa	Suplente	

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE - CONASEMS			
Região	Representante	T/S	Frequência Acumulada
N	Neílton Araújo de Oliveira	Titular	03/03
	Eliana Pasini	Suplente	03/03
NE	Lúcia de Fátima Maia Derks	Titular	03/03
		Suplente	
SE	Valter Luís Lavinias	Titular	02/03
		Suplente	
S	Francisco Isaias	Titular	03/03
		Celso Luiz Dellagiustina	
CO	Dejair José Pereira	Titular	02/03
		Suplente	

2 - ASSESSORES E CONVIDADOS

1.	DEILDES PRADO	ST/CIT/SE
2.	ELANE ARAÚJO	ST/CIT/SE
3.	LOURDES VIRGÍNIO	ST/CIT/SE
4.	VIRGÍLIO SILVA	ST/CIT/SE
5.	ARNALDO RODRIGUES	ST/CIT/SE
6.	ZENILDA BORGES	ST/CIT/SE
7.	JOSÉ MARIA SOARES LEITE	GQV-MA
8.	FLÁVIA SERRA GALDINO	CAJAZEIRAS - SMS
9.	PATRÍCIA LUCCHESI	ENSP/FIOCRUZ
10.	CARLOS ANTÔNIO OLIVEIRA	
11.	IRACEMA FERMON	SAS-DGA-MS
12.	GIOVANA NUNES	SES-GO-CIB
13.	JOELLYNGTON MEDEIROS	CONASEMS
14.	ANTÔNIO CLARET	SAS/MS
15.	SILVANA PEREIRA	DGA/SAS/MS
16.	CARLOS MATOS	DGA/SAS/MS
17.	TANIA LAGO	SPS/MS
18.	LÚCIA QUEIROZ	SAS/MS
19.	FERNANDO FALCÃO	SPS/MS
20.	MARIA HELENICE DE CASTRO	SAS/MS
21.	JOHNSON ARAÚJO	DGA/SAS/MS
22.	TEREZINHA MOREIRA	DGA/SAS/MS
23.	IONE	SES/SE
24.	FERNANDO PEDROSA	CGP/SMS - MACEIÓ
25.	ISRAEL MARTINS	SMS
26.	CÍCERO TIRONI	SMS-CURITIBA
27.	PLATÃO	SE
28.	REGINA NICOLETI	DGA/SAS
29.	CARLOS P. FREITAS PEREIRA	SES/MG
30.	MARIA ESTHER JANSSEN	ST/CONASS
31.	NELSON CARDOSO DE ALMEIDA	SPS/MS
32.	EDUARDO LOUREIRO	SES/PA
33.	FERNANDO MARTINS	SES/PA
34.	RENATO TASCA	SAS/MS
35.	ALIOMAR CARNEIRO	SES/DF
36.	FABIANO PIMENTA	FUNASA
37.	CERES ALBUQUERQUE	SES/RJ
38.	DARLENE PEREIRA	SEC. SAUDE/RR
39.	SAMARA NITA	DENASUS
40.	SILVIO FERNANDES DA SILVA	SMS/LONDRINA

3 - Pauta

- 1. Assistência Farmacêutica**
- 2. Regulamentação da NOAS – SPS/SAS/MS**
 - 2.1 – PAB Ampliado
 - 2.2 – Referência – Primeiro Nível
- 3. Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças – ECD – FUNASA/MS**
 - 3.1 - Certificação de Municípios
- 4. Vigilância Sanitária–Habilitação dos Estados – ANVISA**
- 5. Habilitação de Estados**
 - 5.1 – Gestão Avançada do Sistema Estadual
 - 5.2 – Gestão Plena do Sistema Estadual
- 6. Habilitação de Municípios**
 - 6.1 – Plena de Atenção Básica
 - 6.2 - Plena do Sistema Municipal

4 – Desenvolvimento da Reunião

O Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, Dr. Barjas Negri abriu os trabalhos da 3ª Reunião Ordinária da CIT, do dia 26 de abril de 2001.

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

– foram certificados 160 municípios com vigência a partir de 1º de maio, sendo: 01 município do Amazonas, 33 municípios da Bahia, 02 do Ceará, 01 do Espírito Santo, 10 de Goiás, 13 do Maranhão, 01 de Minas Gerais, 29 do Piauí, 08 da Paraíba, 14 do Paraná, 26 de Rondônia, 15 do Rio Grande do Norte e 07 de Tocantins. **2)**

Habilitação dos Estados - Vigilância Sanitária - ANVISA

- foi habilitado o estado do Piauí. **3) Habilitação de Municípios** – foram habilitados em **Gestão Plena de**

Atenção Básica com vigência a partir de 1º de maio, os municípios - Jequiá da Praia e Senador Rui Palmeira/**AL**; Luiz Eduardo Magalhães/**BA**; Governador Lindenberg/**ES**; Campo Lindo de Goiás, Gameleira de Goiás, Ipiranga e Lagoa Santa de Goiás/**GO**; Durandé, Seritinga, Serranos/**MG**; Arroio do Padre e Santa Margarida do Sul/**RS**; Iáras e Presidente Alves/**SP**. **4) Habilitação de Municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal** - foram habilitados com vigência a partir de

1º de maio os municípios de: Humaitá/**AM**; Ilhéus, Itabuna, Juazeiro, Senhor do Bonfim/**BA**; Congonhas e Manhuaçu/**MG**; Brilhante/**MS**; Abaetetuba, Barcarena, Cametá, Castanhal, Juriti, Marituba, Monte Alegre, Porto de Moz, Tailândia, Viseu,

Xinguara/**PA**; Belo Jardim, Bodocó, Chã Grande, Igarassu e Paulista/**PE**; Carazinho/**RS**; Vassouras/**RJ**; Buritama, São João da Boa Vista, São José do Rio Pardo/**SP** e Aracajú e Lagarto/**SE**. **5) Habilitação de Estados** - foram habilitados os estados da Paraíba em **Gestão Avançada do Sistema Estadual** e do Pará em **Gestão Plena do Sistema Estadual**. **6) Recurso do município de Cajazeiras/PB à Tripartite** – A Diretora do Departamento de Descentralização Maria Helena Brandão colocou que o município entrou com processo na BIPARTITE, o qual foi analisado e apesar de não haver problema documental não houve acordo em relação ao teto do município, sendo o processo encaminhado ao Conselho Estadual de Saúde, primeira instância de recurso, que não emitiu parecer até agora. Tendo em vista que o município cumpriu os prazos e que com a NOAS extingue-se a vigência de análise pela NOB/96, é preciso julgar o recurso tendo como base que estando o município com recurso no Conselho e, em estando tudo em ordem, ele tenha a chance de ser habilitado pela NOB/96 na próxima Tripartite. A Secretaria Municipal de Cajazeiras/PB, Dra Flávia Serra Galdino colocou que: a entrada do processo na Bipartite foi em 26/12/2000, foram cumpridas todas os requisitos cartoriais, o município se organizou em termos gerenciais, possui cobertura do PSF de 100% com 15 equipes e foi preparada um Policlínica, etc., e que foram feitas tentativas de pactuação com o Secretário Estadual de Saúde, que enviou técnicos para a negociação, mas esta parava sempre quando se tratava de tomar decisão porque a última palavra é sempre do Sr. Secretário. A Paraíba tem uma história de dificuldade para a habilitação em Gestão Plena, como é o caso da traumática habilitação de Campina Grande, e houve conflito também na habilitação de outros municípios, de modo que até o ano passado havia apenas 5 municípios em Gestão Plena. Assim, o município deu entrada de recurso na Tripartite porque venceram os 60 dias previstos em lei, e a IN 01/98 em seu artigo 12 diz que vencido o prazo e sendo impossível a negociação, deve-se recorrer à instância superior que é a Tripartite. Disse que a

discussão do teto foi difícil e não se conseguiu chegar a um acordo. Ausente o Gestor Estadual, falou com o Secretário da Bipartite sobre o assunto, tendo este colocado que o município deveria seguir os trâmites da NOAS. A Secretária disse ter alegado que toda a rede que se encontra sob gestão do estado está em situação caótica, e sendo o município um pólo e referência para 126.000 habitantes, a idéia seria de reorganizar para resolver os problemas e que o município se dispunha a sentar em qualquer mesa para negociação, desde que seja à luz da lei e do bom senso de se fazer a melhor opção para os usuários do SUS. Esperamos um posicionamento da Tripartite no sentido de que se possa retroagir, e que o município seja habilitado nos termos da NOB 01/96. O Secretário de Assistência à Saúde Dr. Renilson Rehem – colocou que em relação ao prazo a questão poderia ser conduzida como a Dra. M^a Helena sugeriu, porém, passado um mês ou dois não faz sentido tentar a habilitação pela NOB, porque é muito mais lógico fazer pela NOAS. A segunda questão é que o item 4 do Recurso demonstra que um dos problemas da NOB que nos fez pensar em fazer o novo pacto na NOAS, é que a NOB permite qualquer tipo de acordo, o que faz com que a queixa aí colocada não represente nenhuma ilegalidade. Daí que a proposta que está sendo feita pela Secretaria Estadual de Saúde não é ilegal à luz da NOB/96. Sugeriu que fosse concedido um prazo, a princípio até a próxima reunião da Tripartite, para ver se se consegue superar as dificuldades para uma habilitação nos termos da NOB/96. Dra. Maria Helena falou que o Departamento se dispõe a ajudar na negociação entre estado e município. **7) Assistência Farmacêutica** – Dr. Barjas Negri informou que o assunto foi colocado em pauta porque avançou-se muito na forma de descentralização, conseguiu-se dar regularidade no financiamento dos medicamentos, e que ocorreu uma elevação significativa dos recursos: em 1997/1998 foram gastos em valores R\$ 740.000.000,00, sendo R\$ 218.000.000,00 com a AIDS, R\$ 45.000.000,00 com medicamentos da Farmácia Básica, R\$ 306.000.000,00 com medicamentos estratégicos e R\$ 164.000.000,00 com medicamentos excepcionais constantes da Tabela do SIA/SUS. No ano passado foram gastos R\$ 1.360.000.000,00, sendo R\$ 556.000.000,00 com a AIDS, R\$164.000.000,00 com Farmácia Básica, R\$ 271.000.000,00 com medicamentos estratégicos, R\$ 356.000.000,00 com medicamentos excepcionais e esse ano chegaremos entre R\$1.450.000,00 a R\$ 1.500.000,00. Essa é uma das razões pela quais diminuíram as reclamações, porque os três gestores de uma forma ou outra conseguiram se articular e avançar. No entanto continuamos a ter dificuldade em coletar informações. A Secretaria Executiva através da Diretoria de Programas Estratégicos tem montado núcleos nos estados para tentar pegar essas informações de forma informatizada, porém alguns estados vão bem, outros vão mal e outros nem vão. No entanto, é preciso que isso funcione para não acontecer como em Belford Roxo. Se tivéssemos o sistema montado aquilo na teria acontecido. A imagem de medicamentos vencidos prejudica o nosso trabalho, e é preciso que isso não volte a acontecer. O ano passado foi ruim para nós, 99 foi pior, tendo a imprensa denunciado estoques de medicamentos vencidos em almoxarifados de prefeituras e estados. Isso foi diminuindo progressivamente, porém quando imaginávamos que a situação estava sob controle veio uma nova denúncia mostrando o descaso com o recurso público. O Secretário de Políticas de Saúde Dr. Cláudio Duarte – colocou que havia o compromisso de estar pautando a questão da Assistência Farmacêutica de modo quase que permanente na Tripartite, que houve avanços importantes no financiamento, na implantação de modelo

descentralizado e também com relação ao resultado, mas falta se ter uma avaliação mais precisa desse processo, e que estão sendo providenciadas algumas medidas nesse sentido. Não dá para se ter o volume de recursos aplicados sem se ter um sistema de informações e uma avaliação precisa do que isso produziu na mudança da gestão local da assistência farmacêutica, seja no que diz respeito à modernização tecnológica do acompanhamento dessa política, ou ainda no que diz respeito ao acesso da população a esses medicamentos. Foi distribuído um documento contendo o balanço do Recurso Federal que está sendo repassado de modo descentralizado para os estados e municípios desde o ano passado, e em anexo, um levantamento que está sendo feito junto às Secretarias Estaduais de Saúde dos recursos federais que estão indo para os fundos estaduais de acordo com os pactos estabelecidos em 99/2000. Desde o momento da habilitação de cada um dos estados, e até dezembro de 2000 foram alocados recursos da ordem de R\$ 358.000.000,00. As informações de gastos fornecidos pelas SES até setembro de 2000 são relativas a apenas R\$200.000.000,00, e nós solicitamos às SES o envio dessas informações, e estamos desenvolvendo um software para que isso possa ser feito de forma informatizada. Um segundo aspecto diz respeito aos Planos Estaduais de Assistência Farmacêutica: a Portaria publicada no ano passado orientava para o estabelecimento do processo de discussão nas CIB a fim de reavaliar os pactos firmados em 99 e 2000 e a definição de novos pactos, considerando que em alguns estados houve problemas de definição de pactos quanto ao elenco de medicamentos e também quanto ao modelo de pacto adotado. Alguns pactos não foram adequados, e isso gerou dificuldade para a colocação de maior volume de medicamentos nas unidades assistenciais em cada estado. Solicitou aos estados o envio desses pactos, e disse que apesar do prazo ter sido prorrogado para até o dia 15 de março, alguns estados ainda não enviaram porque tiveram dificuldade de pactuar na CIB, ou porque a CIB não discutiu e disse que a equipe técnica da SPS estaria à disposição para assessorar na discussão dos pactos, caso necessário. Outro aspecto é o apoio e investimento que está sendo feito na melhoria da gestão descentralizada para as políticas de Assistência Farmacêutica: será desenvolvida e apresentada ao CONASS no prazo de 60 dias, a proposta de um curso nacional que fortaleça a gestão estadual no que diz respeito à Assistência Farmacêutica. Será realizada uma pesquisa numa amostra representativa de municípios do país através da Universidade Federal de Minas Gerais a partir de maio, quanto à gestão descentralizada local da Assistência Farmacêutica Básica e quando ao acesso e à disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas assistenciais de municípios. Com relação aos medicamentos destinados a programas especiais como para Tuberculose, Hansen e Diabetes, há uma nova metodologia para a elaboração da programação cujo instrumento está sendo validado junto as SES para que possa ser usado como ferramenta técnica na elaboração da programação de 2002. A Secretaria Executiva faz um controle dos estoques centrais, mas não temos ainda uma ferramenta para avaliar os estoques locais de medicamentos para tuberculose e hanseníase, porém muitas vezes existem estoques em unidades básicas de saúde que não tem demanda para eles e como não temos condições de avaliar este estoque, isto pode estar gerando um problema de falta de controle por parte da unidade básica e da secretaria municipal, como aconteceu em Belford Roxo. Está sendo estudada uma forma de se ter condições de disponibilizar para os estados um instrumento que permita, de forma ágil, saber dos estoques a cada 3 meses. Por

último, voltou a citar a ferramenta que está sendo desenvolvida e que vai permitir a avaliação do desempenho/gasto financeiro dos pactos, mas também a avaliação quantitativa dos pactos que estão sendo elaborados pelas CIBs. A Secretaria de Políticas de Saúde e a Secretaria Executiva irão reavaliar a programação deste ano e a de 2002 a cada três meses, para que se tenha flexibilidade em relação aos estados e municípios, e está sendo definido como prazo final 30 de junho aqui no MS e de 1º a 15 de junho nos estados, para que se tenha a programação ascendente vindas das CIB's para o MS, no que diz respeito aos medicamentos especiais. O cumprimento desses prazos é importante porque existem outros prazos formais para desencadear o processo de aquisição. O Diretor do Departamento de Programas Estratégicos Dr. Platão Erwing – falou que tem sido feito um trabalho conjunto da Diretoria e da SPS no sentido de otimizar os resultados das compras que são centralizadas e desse repasse financeiro através do PAB para fazer complementação da atenção básica. A Secretaria Executiva coloca duas ferramentas que podem ajudar na utilização do recurso lá na ponta, já que municípios e até mesmo alguns estados tem dificuldade para efetuar a compra de medicamentos. A primeira ferramenta é o Registro Nacional de Preços que já está pronta e pode ser utilizada a partir de hoje. Foi feita uma licitação nacional e uma Medida Provisória que posteriormente virou Lei em fevereiro desse ano, permitindo que os municípios e estados possam comprar em cima do Registro de Preços, sem a licitação, utilizando a ata de licitação, o que exclui a burocracia da compra. O município pequeno pode acessar o Site e comprar dentro do Registro de Preço, o que vai facilitar a aquisição dos medicamentos dos programas de Atenção Básica de Saúde. A compra foi centralizada, o quantitativo foi grande, e o preço foi bastante razoável, até menor do que aqueles que vinha sendo praticados, e se o 1º colocado não for capaz de fazer a entrega a todo Brasil do quantitativo que é necessário, o 2º colocado poderá fazer isso ao preço do 1º, de tal sorte que todo o país possa fazer aquisição e que não se tenha problemas de quantitativo. Se houver, existe uma flexibilidade dentro do Registro de Preço que permite que se faça um aumento do quantitativo, para atender. Está sendo feito um piloto em cinco cidades e tem funcionado razoavelmente. A 2ª colocação no sentido de ajudar a utilização dos recursos federais e das contrapartidas de estados e municípios é o projeto “guarda chuva”, que foi assinado ontem pelo Sr. Ministro, e visa otimização da produção dos laboratórios oficiais: foi feito um convênio ontem, e quatro laboratórios já estão em andamento, o LAFEP de Pernambuco está quase inaugurando a obra, é um projeto com recursos de R\$ 17.000.000,00 nessa fase, mas o mais importante é que estamos saindo de aproximadamente 2.500.000 para 5.000.000 de unidades farmacêuticas. Conseqüentemente entendemos que é sinérgico o fato de se ter de um lado o Registro de Preço para poder comprar, e do outro lado ter o aumento da capacidade de produção do laboratório oficial. Com relação às compras para 2002, temos prazo até 30.06 e a SPS deve entregar as programações às SE, porque senão não se consegue fazer as licitações para que os produtos sejam entregues em janeiro. É importante salientar que está sendo desenvolvido um instrumento gerencial de apoio à nossa ação central que se chama **Núcleo de Apoio-NUAP**, montado em cada almoxarifado dos estados, interligado com o DPE/SE. Esse sistema vai permitir que saibamos on-line quando o produto entra nos almoxarifados dos estados, porque embora as licitações sejam transparentes, não se tem um bom controle quando a empresa entrega o produto (controle de estoque). O sistema

gerencial informatizado será lançado oficialmente em agosto ou setembro em Santa Catarina. Também passa por uma reforma o almoxarifado do Ministério da Saúde, que vai transformá-lo em um almoxarifado modelo, e a partir do mês de setembro será ministrado um curso para gerentes de almoxarifados de medicamentos. Está sendo aperfeiçoado um software de gerenciamento do planejamento estratégico da gestão, destinado aos laboratórios oficiais. Com relação à Farmácia Popular, há um programa planejado pela SPS e operacionalizado pela SE, que coloca em todas as equipes do PSF do país, um Kit de medicamentos contendo 31 produtos. Nessa 1ª fase estão sendo entregues aproximadamente 9000 Kits, e o próximo Kit será entregue daqui a três meses. Para recebê-lo é preciso preencher o formulário de controle. Dr. Barjas – ponderou que em São Paulo tem-se a certeza de que os medicamentos chegam em virtude da existência do Dose Certa que é um programa antigo, e que a articulação e a parceria do MS permitiu universalizar. No entanto alguns prefeitos de São Paulo dizem que a quantidade de medicamentos que recebem não tem sido suficiente para atender à demanda. Perguntou ao representante do CONASS para a Região Sudeste Dr. Guedes se a SES teria uma avaliação. Dr. Guedes – colocou que há 2 aspectos: o programa é feito para medicamentos distribuídos em unidades básicas de saúde, e com muita frequência, quando o prefeito diz que não dispõe de medicamento com suficiência, usa-os também nos hospitais. O pessoal que controla a distribuição acha que a programação foi feita para unidade básica e é isso que está sendo garantido. Em São Paulo as prefeituras se comprometem a usar aqueles R\$0,50/habitante/ano para completar o gasto, porque o fornecimento do Dose Certa se faz com o recurso do Ministério mais o recurso do estado, o recurso da prefeitura não entra aí. Temos um programa que via Internet, mantém on-line todos os municípios, e a idéia é de cadastrar todas unidades sanitárias para que se possa saber inclusive dos estoques. Indagou ao Dr. Platão sobre a compra direta de medicamentos pelos municípios e solicitou que o Ministério informe sobre os acordos e ações que são feitas no estado. O representante do CONASS para a Região Sul, Dr. Cândido – colocou que em alguns estados vem ocorrendo problemas com os Tribunais de Conta no que diz respeito à utilização da Ata Nacional de Preços. Assim sugeriu que o MS fizesse uma reunião com a ATRICOM – Associação dos Tribunais de Conta que já emitiu pareceres quanto à vinculação do PACS e PSF, e já se posicionou em vários outros assuntos ligados à saúde, juntamente com o TCU, para que fosse feita uma interpretação equânime para todo o país. A Secretária Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul Dra. Maria Luiza Jaeger – disse que o Rio Grande do Sul tem um projeto de ampliação da rede de laboratórios públicos, incluindo o LAFERGS e a criação de 2 laboratórios junto com os municípios, e que o estado gostaria de conversar com a SE, já que este é um projeto fundamental para o estado porque permitiria a produção de cerca de 30% dos medicamentos básicos, o que representa 80% dos custos de medicamentos no estado. Dr. Platão – respondeu ao Dr. Cândido que levaria a proposta ao Dr. Helio Gil, consultor jurídico, apara apreciação. Disse ao Dr. Guedes que com relação a Farmácia Popular, o mecanismo de controle para que o Ministério faça o pagamento será da competência do estado, e que será enviada uma nota fiscal ao estado para que este tome conhecimento. Dr. Guedes – ponderou que isto constitui um mecanismo estranho, porque o estado não entra na discussão de para onde vai, e se terá um medicamento que estará sendo somado a um outro medicamento que lá está sendo colocado, e que é preciso pensar muito seriamente

na soma desses produtos. No caso de São Paulo, o Dose Certa que tem 41 itens, somados a esses 31, dará em provavelmente repetição de 80% para os mesmos itens. O que é feito em São Paulo como controle é a reposição do consumo que o município fez no mês ou no espaço de 2 ou 3 meses. Assim, para mandar uma segunda remessa, teremos que trabalhar em cima do consumo que o município teve, porque se considerarmos apenas o envio de nota fiscal o estado vai virar controlador financeiro/fiscal, mas não estará controlando saúde, nem a assistência farmacêutica à população. Dr. Barjas – concordou com o Dr. Guedes, e disse que em São Paulo não é grave porque o número de equipes de saúde da família é baixo, mas na hora que houver uma boa cobertura haverá problemas sérios. Dr. Platão – colocou que o medicamento está sendo encaminhado nessa 1ª fase juntamente com um formulário que deverá ser preenchido para que seja feita uma segunda remessa, e deverá conter informação sobre as necessidades do município. O representante do CONASS para a Região Norte Dr. Francisco Deodato – informou que em julho/99 o estado do Amazonas foi mostrado na mídia numa situação pior do que essa do Rio de Janeiro, e a partir de então buscou um programa de assistência farmacêutica que visasse desde a produção até a oferta de produtos, implantou uma central de medicamentos com tecnologia e com assessoria do laboratório FURP, e hoje tem um laboratório que produz 24 produtos e uma farmácia básica que foi copiada do programa Dose Certa, só que o nosso programa tem 52 itens. O estado do Amazonas tem também uma parceria com a OPAS e o MS, e recebeu 1700 toneladas de medicamentos para o abastecimento em 2001. Dr. Barjas – perguntou de quem o estado recebeu esses medicamentos e o Dr. Francisco Deodato esclareceu que foi feito um contrato de compra através da OPAS, do qual o MS foi signatário, e que todo este investimento foi feito com recurso próprio do estado, e que recurso repassado pelo MS foi movimentado até dezembro 2000. O recurso de 2001 não foi ainda movimentado e está em discussão na CIB. Então o estado encontrou uma saída para o fornecimento de medicamentos e o programa está aberto, à disposição dos estados e municípios que desejarem conhecer, e quero fazer um agradecimento a FURP e à Secretaria de São Paulo que ajudaram na implantação do programa. O representante do CONASEMS para a Região Sul Dr. Francisco Izaías – colocou que os municípios vêm com bons olhos o projeto da Farmácia Popular, já que ele representa um acréscimo na disponibilização de medicamentos e há que se considerar a necessidade do controle por parte dos gestores municipal e estadual. Indagou se houve um estudo sobre a persistência desse financiamento para a assistência farmacêutica para os próximos anos. Dr. Platão – disse que esse é um programa implantado para ficar e para otimizar a ação do programa de Saúde da Família, que é o carro chefe, por isso é que se fará esta avaliação permanente, coisa que não foi feita na avaliação do Programa de Farmácia Básica: avaliação do estado em relação ao perfil epidemiológico do município, da região e da macrorregião. Informou ainda que os Secretários Municipais de Saúde receberão a partir de 2ª feira um manual de utilização do registro Nacional de Preços. Dr. Barjas – esclareceu que o programa é como o PSF, e cada equipe de Saúde de Família tem direito a receber um Kit como forma de incentivo, e em algum momento isso tem de ser incorporado ao teto financeiro do estado. Dra. Mª Luíza solicitou que o manual fosse enviado também para os secretários estaduais. Dr. Cláudio Duarte – colocou que é importante a questão colocada pelo Dr. Guedes, e caso o CONASS e o CONASEMS concordem, pode-se escolher alguns municípios que estão recebendo

Kits da Farmácia Popular do Saúde da Família para avaliar a eficácia, o que aquilo está agregando em termos de assistência farmacêutica, não só na área de Saúde da Família mas no território do município, porque isso vai permitir que ele redirecione os medicamentos. Nisso que foi colocado, é justo o encaminhamento de se fazer um estudo de eficácia e utilização do Kit. Do ponto de vista do quantitativo financeiro, não sobrar medicamento, até porque temos a discussão de que R\$1,00 é insuficiente. Então o município com um bom planejamento poderá redirecionar recurso. O Kit é importante e sua utilização está sendo regulamentada, no sentido de que as secretarias estaduais possam fazer uma avaliação da atenção básica e especificamente do incentivo da assistência farmacêutica, porque o município só receberá os Kits relativos àquelas equipes que funcionem de acordo com os parâmetros do PSF. As SES informarão mensalmente ao MS quais as equipes que estão funcionando efetivamente. Podemos então fechar com CONASS a realização de um estudo nacional a ser feito por amostragem, para verificar o impacto e a cada 3 meses se fará a avaliação do elenco para evitar o envio de medicamentos desnecessários para determinada região ou município. Dr. Guedes – colocou que essa discussão a cerca dos medicamentos que vão contemplar o PSP é muito séria, e é claro que se quer estimular que haja um PSF que siga um padrão determinado, que não faça um simulacro de saúde da família. Mas na realidade falamos de cobertura da população total, e não da soma da assistência farmacêutica básica e da farmácia popular. A tentativa é de contemplar 100% da população dos municípios. Assim, deve ser garantida uma linha de medicamentos no estado que englobe toda a população, e deve-se trabalhar com todos os profissionais de saúde que trabalhem ou não à rede pública, tentando fazer com que haja uma linha de medicamentos que passe a ser prescrita, sob pena de não se conseguir consolidar a assistência farmacêutica. Propôs que fosse revista a maneira como estes medicamentos estão chegando nas equipes, porque de repente se terá recursos de R\$200.000.000,00, e é claro que se quer ter um estímulo especial para mudar o modelo de assistência, mas isso tem que ser melhor articulado. Dr. Barjas disse que essa questão da política da assistência farmacêutica deve ser discutida com os secretários estaduais e que é preciso melhorar a cobertura, porém não dá para fazê-lo quando se tem no caixa R\$ 118.000.000,00, alguém tem de explicar porque esse dinheiro não foi usado para comprar medicação. Também não é verdade que com a farmácia básica em 1997 tenha sido jogado medicamento fora, e onde ocorreu medicamento vencido foram os estoques de medicamentos adquiridos pela CEME. Dr. Cláudio Duarte – colocou que foi formalizado um grupo de avaliação permanente do MS e CONASS e que deveria ser incorporado o CONASEMS, para avaliar a questão da assistência farmacêutica básica. Disse concordar com o Dr. Guedes de que é preciso pensar a estratégia no médio/longo prazo, e que no curto prazo isso está sendo feito porque é uma necessidade. Numa pesquisa realizada com as equipes de saúde da família a principal queixa foi falta de insumos, então se temos recursos disponíveis para fortalecer essa estratégia no âmbito municipal com a participação, supervisão, avaliação e a definição estratégicas na CIB, por parte das SES, temos de fazer. Sugeriu a realização de uma reunião técnica sobre o assunto, para pactuar a condução do processo e melhorar a eficiência. O representante do CONASEMS para a Região Norte Dr. Néilton Oliveira – disse que quando foi discutida a questão da assistência farmacêutica havia chamado à atenção para a complexidade do assunto, tanto do ponto de vista da gestão como da alocação de recursos e da produção, e

que acredita serem importantes as iniciativas adotadas, mas é preciso que se dê um tratamento específico para aqueles pontos que ainda são entraves em alguns locais. E se a questão do Kit não for analisada de forma articulada com o gestor estadual e principalmente com o gestor municipal, alguns gestores municipais não envolvidos irão se acomodar achando que mais uma vez virão medicamentos do nível federal. Temos que ser ousados na divulgação do manual e de colocar o assunto como matéria permanente das nossas discussões. **8) Regulamentação da NOAS** Dr. Renilson Rehem – falou que está havendo um avanço significativo no processo da NOAS, e que a questão da alta complexidade que ficou pendente da última vez foi discutida com o CONASS e CONASEMS em duas reuniões, e foi fechado um acordo dentro da lógica de ampliação do FAEC para a alta complexidade com a vinculação de recurso no caso de municípios e estados em plena. Isso está pronto e será publicado o mais rápido possível. Em relação especificamente à regulação da PPI foram feitas discussões sobre o valor em termos dos recursos novos alocados para o 1º nível da média complexidade. O assunto tem evoluído no sentido de que, entendendo que o per capita nacional que é de R\$5,22 e o de municípios selecionados para levantar, de R\$ 7,81, fizemos uma proposta para encontrar um ponto de referência de R\$6,00 a R\$6,50, assim, a diferença para o per capita nacional seria de R\$ 1,28. Foi discutida ontem na assembléia do CONASS a adição de R\$ 1,28 per capita para os estados, para viabilizar um per capita de R\$ 6,00 não variável, e fechar um compromisso de que o per capita seria de R\$6,00 em todos os módulos assistenciais para esse primeiro nível da média complexidade. A idéia é fazer uma publicação do recurso sem agregá-lo automaticamente ao teto do estado, e na medida que o plano diretor seja aprovado, e o módulo vá sendo qualificado, isso seria progressivamente incorporado no teto. Dra. M^a Helena Brandão – disse que o Departamento está fazendo o acompanhamento da implantação da NOAS através de várias estratégias, e a mais significativa tem sido o acompanhamento dos técnicos nos estados e as reuniões macrorregionais que estão sendo realizadas em conjunto com a SPS. Foram feitas a Nordeste I e II, a Sudeste e a Sul, e estão programadas as das regiões Norte e Centro Oeste para as próximas 2 semanas. Na avaliação que se tem no momento, é surpreendente o movimento que a NOAS está causando nos estados do ponto de vista da discussão do acesso. As propostas que estão sendo colocadas já induzem um processo de discussão da referência que é novo e mais sistêmico. Alguns estados estão fazendo primeiro o plano para depois apresentá-lo aos municípios, outros estão fazendo em conjunto com o COSEMS, e alguns estão envolvendo prefeitos na questão da aprovação política, sendo essa 3ª modalidade muito interessante, porque envolve os secretários na elaboração e ganha o aval dos prefeitos na pactuação. Os estados que estão fazendo dessa forma têm a possibilidade de fazer uma melhor implantação, embora estejam gastando mais tempo nessa fase. Do ponto de vista das estruturas das secretarias para dar conta do movimento que a NOAS está gerando, muitas delas terão que mudar sua dinâmica interna sob pena de não conseguirem acompanhar o processo de implantação, e nesse sentido o que mais chamou à atenção foi a inadequação do controle e avaliação das secretarias frente à necessidade de acompanhamento e regulação da PPI. Se vamos ter uma PPI que faz a programação, teremos de ter um sistema que dê conta de fazer com que essa PPI se mantenha viva. Além disso, tem o Termo de Compromisso de Garantia de Acesso-TCGA, e se o controle e avaliação da secretaria não estiver organizado para controlar sistema, esses Termos não vão

poder ser acompanhados e a PPI não vai ter vitalidade. A SAS está fazendo um movimento para dar conta de assessorar as secretarias estaduais nesse sentido, e esta é a coisa mais importante para ser feita agora. Dr. Renilson Rehem – falou que há a necessidade de um grande esforço do CONASS principalmente com relação a algumas secretarias que vão precisar investir em estrutura e pessoas para ter condição de dar conta disso. A NOAS reforça de maneira significativa o papel das secretarias estaduais, mas isso só vai acontecer se elas tiverem capacidade de resposta. Disse que as 27 secretarias tem condições diferentes, e sugeriu que se tente com o processo da NOAS colocar todos os estados em gestão, o que vai depender das Secretarias Estaduais e do CONASS, mais que isto não deve ser feito dentro de uma perspectiva cartorial. É preciso que as SES invistam em estrutura e entendam o volume de recurso que estão administrando e que não dá para continuar achando que um planinho de saúde privado qualquer tenha uma estrutura administrativa, e esse enorme plano público de saúde, de alcance universal, possa continuar a ser administrado de maneira improvisada com pessoas ganhando R\$200,00 ou R\$300,00, sem lugar para sentar, sem computador para trabalhar, etc. Então temos de mudar essa visão e partir para ter objetivamente os estados em gestão plena. Se conseguirmos nesse processo da NOAS deslanchar o processo de gestão plena dos estados, vamos iniciar o próximo ano num patamar muito avançado em relação à implantação do SUS. Dr. Cândido – colocou duas situações: com relação ao avanço no processo de descentralização e regionalização e de se ter toda média complexidade definida, dizendo que essa definição passa pela proposta feita pela SAS no sentido de que os estados pactuando com os municípios terem recursos para organizar os módulos assistenciais, especialmente MC1 que é a média complexidade. O segundo ponto é com relação ao controle e avaliação, no qual há uma falha estrutural de todos nós, e deve ser feito um esforço porque como o governo federal classificou o auditor fiscal, o auditor da saúde quer ser comparado ao auditor fiscal e há um movimento nesse sentido a nível nacional. Porém os governadores não aceitam que esses auditores sejam comparados ao fiscal de tributos e auditores dos Tribunais de Contas da União. Esse é um ponto fundamental e conseguir pessoal especializado principalmente médicos, 8 horas por dia e viajando pelo interior é outra dificuldade. Mesmo assim conseguimos contratar 66 pessoas e localizar 72 pessoas no interior, nas regionais. Há pouca “tecnologia” de controle e avaliação, qual é o treinamento que pode ser ofertado? Alguns estados não estão conseguindo sequer acessar os bancos corretamente. É importante que usemos esse tipo de “tecnologia” de maneira equânime em todos os estados, e para isso precisamos de ajuda para a reorganização dos sistemas de controle, avaliação e auditoria nos estados. Dr. Néilton Oliveira – disse ser importante ressaltar o significado de se ter recursos novos para a negociação e todos devem se sentir comprometidos com o que pactuar em termos de serviços e de recursos. Assim não será possível a definição da organização dos módulos das microrregiões na média, se não tiver acoplado o recurso financeiro do PAB Ampliado. Chamou a atenção para o fato de que quando o município está com todo o dinheiro num bolo só, ele tem mais mecanismo de folga para negociar, e agora com a separação do FAEC que vai continuar no fundo, mas vai ser informado, seria importante ver que não poderia ser só o valor do último mês, mas o valor de 99 para cá, porque outros recursos foram incorporados para fazer o financiamento do FAEC. Nos encontros dos COSEMS temos percebido que os documentos que estão sendo produzidos não estão

chegando com clareza para este, municípios e estados, e este é um desafio para o Ministério, para o CONASS e CONASEMS. Dr. Guedes – colocou que a NOAS vem sendo trabalhada e que há um grande envolvimento das regionais no sentido de materializar isso o mais depressa possível, e para que os municípios enfrentem uma nova habilitação, no novo formato, a definição do PAB Ampliado deveria ser feita em conjunto com a tal “o mínimo da média” como está sendo chamado. Disse concordar com o Dr. Néilton de que quando se vê um certo de volume de recurso para ser gasto no sentido de garantir esse mínimo da média, a interpretação é de que esse é um dinheiro que no meu estado nós vamos colocar à disposição dos municípios para conseguir fazer a regionalização. Todas as PPI que se tentou fazer no passado, morreram na hora em que não se tinha como mexer coisa alguma de uma região para outra dentro do estado, e vamos ter de alocar recursos de região para região, lá no meu estado. Queria insistir para que pudéssemos fechar o PAB. O CONASS tem uma proposta que já foi discutida com o Cláudio Duarte e está sendo materializada num ofício, mas gostaria de saber se já não levávamos hoje daqui uma definição para avançar nesse processo da NOAS. Dra. M^a Luíza – enfatizou a necessidade da definição do PAB para que se possa negociar com o conjunto de municípios nos estados e para que esses tenham um incentivo para entrar na nova norma operacional. Pela avaliação feita dentro do CONASS com os dados dos estados, percebeu-se que o gasto na média complexidade hoje é um gasto que não tem lógica, e isso pode ter várias explicações, mas deve ser avaliado. Disse discordar do Dr. Cândido e do Dr. Néilton, porque acha que os R\$230.000.000,00 é um dinheiro novo com o qual deverão ser resolvidos os problemas que o sistema está tendo hoje, e já que se trata de dinheiro de custeio. É fundamental que os estados e municípios consigam fazer o cadastro dos estabelecimentos de saúde até junho, porque isso vai mostrar um quadro real dos serviços existentes no país, sejam eles credenciados ou não. É preciso definir em que áreas vão ser necessários investimentos para a montagem dessa rede. Dr. Cláudio – colocou que estão sendo feitos estudos, mas não há ainda uma definição quanto ao PAB Ampliado, e sugeriu como encaminhamento que logo que se tenha internamente uma proposta concreta, ela possa ser discutida com o CONASS e CONASEMS, e caso haja acordo, que se publique a Portaria antes da próxima reunião da Tripartite, no sentido de não atrasar. A representante do CONASS para a Região Nordeste Dra. Marta Nóbrega – disse ter ficado preocupada com a fala do Dr. Cláudio quando ele diz que a estratégia da linha de atenção básica tem de ser trabalhada, como será esse incentivo dirigido etc. A impressão é de que não fizemos a NOAS. Foi um processo longo de discussão e na hora que a Portaria do Ministro foi publicada, ficou claro que o assunto já está discutido e colocado. A meu ver a NOAS é clara, ela foi publicada e os municípios que tem PAB podem começar o processo de solicitação de PAB Ampliado e no meu estado já tem município solicitando. Então o que fazemos agora? Paramos e vamos discutir como implantar a Atenção Básica, ou continuamos incentivando? Uma outra coisa é que ontem discutimos recursos da mínima e da média complexidade, e para habilitar uma microrregião tem de habilitar o módulo e para isso todos os municípios têm de estar em PAB Ampliado, então vamos chegar em dezembro sem habilitar nada. É claro que não dá para fazer tudo e acertar porque não é uma coisa fácil, mas não há como se discutir valor da mínima e da média sem discutir PAB Ampliado. Dr. Néilton – disse ter entendido que seria feita uma discussão conjunta do PAB e que a fala da Dra. Marta é importante para ressaltar o risco que se corre se isso não for

feito. O CONASEMS formula já agora uma proposta que será encaminhada por escrito, no sentido de que a ampliação do PAB não é só um número X a mais, ele precisa ser garantido na organização do serviço, na melhoria do acesso e no Índice de Valorização de Resultados-IVR, que foi proposto mas ainda não foi trabalhado. Assim o CONASEMS sugere três coisas concretas para serem discutidas e contempladas nessa ampliação de recursos do PAB: 1- garantir esse mínimo de R\$1,00 que está sendo comentado, embora não tenha sido ainda estabelecido oficialmente; 2- reajuste de 70% correspondente à inflação desde a época em que o PSF foi instituído até agora; 3- criação do IVR condicionado a metas de atenção básica e ao desempenho positivo dos indicadores. Se contemplarmos estes 3 pontos, já estaremos qualificando o aumento do recurso financeiro. Outra sugestão é de que tivéssemos para os municípios em Plena um IVR de 5% da mínima e da média, condicionado à existência das centrais de regulação, desempenho positivo dos indicadores e a efetivação do Sistema Nacional de Auditoria, componente municipal. Dr. Cláudio – considerou que é bom que o estado de Sergipe já tenha municípios prontos para habilitar, que os processos já podem ser enviados para serem analisados e logo que seja publicada a Portaria do PAB Ampliado eles serão habilitados, não vai atrasar. Estamos encaminhando a discussão interna do PAB Ampliado, mas queremos discutir o financiamento global da atenção básica, e aí é preciso ter paciência para compreender que não podemos fechar rapidamente porque isso depende de uma mobilização interna de recursos do Ministério da Saúde. Nós ouvimos ontem a proposta do CONASS de R\$1,00, que a meu ver é modesta, e acho que se pode tentar captar internamente e ver a possibilidade de mobilizar mais recursos. Dr. Cândido – informou que com relação à proposta apresentada pelo MS ao CONASS para definição do valor per capita do piso de Atenção Básica Ampliada, o conjunto dos Secretários de Estado da Saúde em assembléia geral no dia 25/04, apresentou a seguinte contraproposta: definir de R\$1,00 per capita o valor integral a ser acrescido ao PAB dos municípios que se habilitarem na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e que possuem hoje um PAB fixo entre R\$10,00 e R\$17,00. Isso se justifica na medida em que todos esses municípios que se habilitarem deixarão de faturar no SIA os valores correspondentes ao PAB Ampliado. E sugeriu a realização de uma reunião extraordinária da CIT para a discussão da Questão. **Informes: 1. Campanha de Vacinação Contra Gripe** – O representante da FUNASA Dr. Mauro - falou que nos dias 23 e 24/4 do ano passado já se tinha uma cobertura informada de 11,42% e este ano a cobertura informada para os mesmos dias é de apenas 3,8%, e enfatizou a necessidade de que haja um processo de divulgação eficiente para que os idosos se dirijam aos postos de vacinação. No sábado será promovido um dia nacional de vacinação do idoso e é importante que os secretários estaduais e municipais de saúde mobilizem a imprensa na 6ª e no sábado para que se tenha um grande fluxo de pessoas, e se consiga alcançar as metas estabelecidas. **2. Dengue** – foi feita uma supervisão nas Secretarias Estaduais e em algumas Secretarias Municipais de Saúde com relação ao controle do Aedes Aegypti, e foi observado que há uma deficiência muito grande no controle vetorial da dengue, no que tange ao processo de supervisão e acompanhamento das SES em relação às SMS, o que tem levado algumas delas a não ter um contingente necessário para implementar as ações, ou ter um contingente e não estar implementando as ações adequadamente. O Plano de Erradicação do Aedes Aegypti está sendo revisto e aproximadamente no dia 30 estaremos levando

uma proposta de discussão dessa revisão ao Sr. Ministro. Essa revisão está sendo feita no sentido de construir um novo documento em cima das ações que estão sendo empreendidas hoje, com um reforço muito grande nas ações de educação em saúde para orientar as pessoas no sentido de evitar a proliferação de focos de mosquitos nas unidades residenciais, que como sabemos, abrigam 90% de todos os focos. Tivemos crescimento do número de casos de Dengue no Amazonas, São Paulo e Rio de Janeiro. Dr. Barjas – colocou que deve ser feita uma articulação melhor para fazer as ações e tentar programar bem as atividades durante este ano para que se tenha uma diminuição no próximo ano. Está sendo feito um repasse mensal de R\$42.500.000,00 para o controle das endemias, R\$25.000.000,00 estão indo direto para os municípios, e as SES estão recebendo os outros R\$17.000.000,00. **3. Campanha do Diabetes** – Dr. Cláudio informou que os dados ainda não foram fechados, mas no geral, com a estratégia da mobilização nacional, o problema foi colocado na agenda da gestão e também para a população. Temos resultados parciais que representam apenas 40% dos municípios (2685) do país, e que foram antecipadas por telefone ou por fax. A nossa meta era de 31.000.000 de pessoas acima de 45 anos que usam o SUS e que corresponde a 100% dos municípios. Nos municípios que informaram a população alvo seria de 17.000.000 e foram realizados 12.000.000 de testes, um resultado muito bom, que resultou em 1.791.000 exames suspeitos, que representa 14% dos testados. Será enviado aos municípios e às SES um estoque mínimo de Glibenclamida para dar um reforço da assistência farmacêutica. O processo de organização da capacitação de multiplicadores continua, e o recurso já está disponível na OPAS. A SAS está incluindo na tabela do SIA os procedimentos permanentes que vão sinalizar para o monitoramento do processo assistencial, e foi fechado na sexta feira passada o desenho de uma pesquisa nacional a ser conduzida pela FIOCRUZ e pela UFRS, envolvendo esta população acima de 40 anos numa amostra representativa de municípios, para que se possa fazer uma avaliação nacional de quais as mudanças no âmbito da gestão que esse processo de mobilização e o plano estão efetivamente provocando, e quais são as mudanças que isso está imprimindo nas unidades básicas de saúde em termos de mudança organizativa e ainda o grau de vinculação e de acompanhamento que essas pessoas que participaram da campanha vão ter nos próximos meses e nos próximos anos. Paralelamente vamos continuar o plano com outras estratégias de mobilização, não necessariamente de campanha, voltadas para educação e promoção da saúde, abordando aspectos como alimentação saudável e os exercícios físicos. Será lançado em Santa Catarina o Agita Brasil que é um programa de mobilização da população para a prática de exercícios físicos como hábito saudável de vida, que esperamos que possa ser implantado em todos os estados e municípios como tem em São Paulo. **4. Ressarcimento dos Planos de Saúde ao SUS** – quando o assunto foi discutido aqui na CIT ficou acordado que seria uma tarefa do MS, dos estados e dos municípios, e aqueles municípios que não quisessem ou não pudessem fazê-lo poderiam delegar para o MS a tarefa de fazê-lo. O CONASEMS recebeu uma demanda significativa de municípios surpresos com um Ofício Circular nº 02 da Presidência da Associação Nacional de Saúde Suplementar, onde diz que a agência estava decidindo pela centralização das atividades relativas ao ressarcimento. O CONASEMS não quer questionar e até mesmo a possibilidade de se pactuar em função das dificuldades operacionais, das dificuldades de relacionamento com as operadoras dos planos, porém gostaríamos que aquilo que

fosse pacto nosso na CIT só fosse mudado através de sua deliberação na CIT. Assim, o CONASEMS vem pedir para que seja feita uma avaliação com os municípios que estavam trabalhando nessa direção, para ver se operacionalmente seria mais vantajosa a transferência dessas atividades para o Ministério da Saúde, e não haveria nenhum problema nesse sentido. Achamos muito ruim para o processo de construção coletiva que uma deliberação da CIT seja decidida ou mudada unilateralmente pela agência ou qualquer outro órgão. Dr. Renilson – falou que a maioria dos estados não se habilitou, e que para o processo começar teve de ser feito um acordo que não existia na norma original - as SAS fazer as vezes do estado. Logo que se começou a fazer o processamento, teve um problema de crédito em relação ao custo/benefício, e São Paulo que é o maior volume do país verificou que não estava dando resultado. Em decorrência, juntando tudo que já estava na SAS mais o estado de São Paulo dá 90% ou mais. Não foi prevista ou normatizada a forma como o estado sairia, e o Dr. Guedes mandou um ofício informando que à partir de 1º de janeiro estava fora. Então tinha que se ter uma decisão rápida para equacionar o problema, e considerando que a maioria já estava no processo, foi feito o Ofício, porém houve uma falha de não se ter feito um informe na CIT seguinte. Podemos programar para apresentar um balanço na próxima CIT, porque as empresas estão colocando todo tipo de recurso para não pagar, então é uma fase em que não é um bom negócio descentralizar.

5. Centros de Referência de Queimados – Dr. Renilson informou que em dezembro foi publicada uma Portaria sobre a questão e até agora só os estados de São Paulo, Ceará e Tocantins enviaram propostas, e que os recursos previstos encontram-se no FAEC mas não serão liberados se os estados não encaminharem as propostas de qualificação dos hospitais.

6. Avaliação das Endemias -Dr. Néilton disse que o CONASEMS recebeu informações sobre as medidas adotadas por alguns COSEMS em relação às matérias veiculadas em vários jornais sobre a avaliação das endemias publicada pelo MS e FNS. A observação que fizeram é de que a repercussão foi muito negativa, e inclusive um deles alerta para o fato de que todos elogiaram a apresentação na CIT, e a importância de se trabalhar isso de forma positiva, construtiva. A avaliação tem como base inclusive o ano de 1995, quando grande parte dos recursos estava centralizada no MS, e embora não haja nenhum reparo quanto à avaliação, a forma como foi veiculada nas matérias e principalmente a repercussão que depois se deu de dizer que a descentralização, era praticamente a responsável por essa piora, é injusta com o esforço que esta sendo feito e ruim para o processo coletivo de construção do SUS. Gostaria de registrar isso aqui, e dizer que não tomamos nenhuma iniciativa de apresentar uma nota, e dizer que soubemos de uma nota do CONASS com a qual queremos ser solidários. Finalmente, indagou ao Dr. Barjas sobre o prazo de 120 dias para apresentar o plano de regionalização em função de não se ter ainda publicado valores, e também com relação aos 45 municípios não habilitados, se a sua habilitação poderia ser feita nos termos da NOB, para não retardar o processo. Dr. Cláudio – ponderou que a não publicação dos valores não faz com que se precise expandir o processo de habilitação na NOB/96, o processo e o prazo é aquele estipulado. A outra coisa com a qual disse concordar é de que o prazo para que os estados regulamentem, esses 120 dias, sejam contados à partir da publicação dos valores, e que isso não impede o processo, já que as Portarias de PPI e PDR estão publicadas. Dra. M Helena – disse que na Portaria que define os valores poderia constar a informação da expansão do prazo de 120 dias

após a publicação. Dr. Barjas - ponderou que com relação às endemias, ao aprovar a certificação do estado do Piauí foi concluída a descentralização nos 27 estados. Com relação à avaliação da imprensa, concordou com o Dr. Neilton de que deve ser feita uma avaliação com os dados de 2000, que pode mostrar a evolução e um resultado bem diferente do anterior. Dra. Maria Luíza – perguntou se haveria uma reunião extraordinária para discutir o PAB e Dr. Barjas informou que isso seria discutido na próxima reunião ordinária, com prioridade, e encerrou a reunião.

Visto:

Ministério da Saúde

CONASS

CONASEMS



Ministério da Saúde
Secretaria Executiva
Comissão Intergestores Tripartite
Secretaria Técnica

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE - CIT

REUNIÃO ORDINÁRIA DE 26/4/2001

RESUMO EXECUTIVO

O Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite, conduziu a 3ª Reunião Ordinária, realizada no dia 26.04.2001.

Pontos de Pauta:

1 – Assistência Pré-Natal e Parto - Apesar de ter havido avanços importantes no financiamento, na implantação do modelo descentralizado e também com relação aos resultados, não se tem uma avaliação mais precisa do processo e para que isso ocorra, estão sendo tomadas as seguintes providências:

a) Desenvolvimento de um software a ser distribuído às Secretarias Estaduais de Saúde, para que estas enviem ao Ministério da Saúde as informações relativas aos gastos com assistência farmacêutica;

b) Reavaliação dos pactos firmados em 1999 e 2000 e definição de novos pactos dentro dos Planos Estaduais de Assistência Farmacêutica. Foi solicitado dos estados o envio imediato dessas informações à Secretaria de Políticas de Saúde – SPS;

c) Apoio de investimento para a melhoria da gestão descentralizada das políticas de Assistência Farmacêutica, na forma de um "Curso de Mestrado Profissionalizante de Assistência Farmacêutica" a ser ofertado aos Coordenadores Estaduais de Assistência Farmacêutica. A proposta está sendo desenvolvida e será apresentada ao CONASS no prazo de 60 dias;

d) Desenvolvimento de uma nova metodologia para elaboração da programação de medicamentos destinados a programas especiais de Tuberculose, Hanseníase e Diabetes, cujo instrumento está sendo validado junto às SES, para que possa ser usado como ferramenta técnica na elaboração da programação de 2002;

e) Registro Nacional de Preços - está concluído e já pode ser usado pelos estados e municípios por meio do site <http://www.saúde.gov.br/ws320/programa.htn> → **Programas e Projetos** → **Aquisição e Distribuição de Medicamentos** para proceder a compra de

medicamentos utilizando a ata de licitação, sem a necessidade da licitação. Está em curso em 05 cidades, um piloto, que vem funcionando bem;

f) Projeto de otimização da produção dos laboratórios oficiais que já está sendo executado e vai permitir o aumento da produção de 2.500.000 para 5.000.000 de unidades farmacêuticas;

g) Criação de **Núcleos de Apoio-NUAP** nos almoxarifados dos estados, interligados a um sistema informatizado existente na Diretoria de Programas Estratégicos da Secretaria Executiva/MS, que permitirá melhor controle do estoque de medicamentos;

h) Farmácia Popular - está sendo enviado para todas as equipes do PSF do país um Kit de medicamentos contendo 31 produtos. Serão distribuídos 9.000 Kits, nessa primeira fase.

2 - Regulamentação da NOAS/2001 - O processo tem apresentado um avanço significativo, sendo surpreendente o movimento que vem acontecendo em torno da discussão do acesso e da referência. A questão da Alta Complexidade foi discutida com o CONASS e CONASEMS e foi fechado um acordo dentro da lógica de ampliação do FAEC, com a vinculação de recursos nos municípios e estados em Gestão Plena. A NOAS reforça de modo significativo o papel das Secretarias Estaduais de Saúde e essas terão que investir em estrutura e pessoal para poder realizar o acompanhamento e a regulação da PPI, o que será possível se possuírem um Controle e Avaliação organizados, para controle de sistema. A questão da definição do valor do PAB Ampliado encontra-se ainda em discussão, e foi acordado que o prazo estipulado de 120 dias para que os estados apresentem os Planos de Regionalização, passará a ser contado a partir da data da publicação dos valores. Ficou acordado que a discussão sobre o PAB Ampliado será realizada na próxima reunião da CIT.

3 - Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças - ECD
– foram certificados com vigência a partir de 1º de maio:

- ▶ 01 município do Amazonas
- ▶ 33 municípios da Bahia
- ▶ 02 do Ceará
- ▶ 01 do Espírito Santo
- ▶ 10 de Goiás
- ▶ 13 do Maranhão
- ▶ 01 de Minas Gerais
- ▶ 08 da Paraíba
- ▶ 29 do Piauí
- ▶ 14 do Paraná
- ▶ 26 de Rondônia
- ▶ 15 do Rio Grande do Norte
- ▶ 07 de Tocantins

4 - Vigilância Sanitária - Habilitação dos Estados - foi habilitado o estado do Piauí.

5 - Habilitação de Estados - foram habilitados os estados: Paraíba em Gestão Avançada do Sistema Estadual e Pará em Gestão Plena do Sistema Estadual.

6 - Habilitação de Municípios

6.1 - Plena da Atenção Básica

Alagoas

- ▶ Jequiá da Praia
- ▶ Senador Rui Palmeira

Bahia

- ▶ Luiz Eduardo Magalhães

Espírito Santo

- ▶ Governador Lindemberg

Goiás

- ▶ Campo Lindo de Goiás
- ▶ Gameleira de Goiás
- ▶ Ipiranga
- ▶ Lagoa Santa de Goiás

Minas Gerais

- ▶ Durandé
- ▶ Seritinga
- ▶ Serranos

Rio Grande do Sul

- ▶ Arroio do Padre
- ▶ Santa Margarida do Sul

São Paulo

- ▶ Iaras
- ▶ Presidente Alves

6.2 - Plena do Sistema Municipal

Amazonas

- ▶ Humaitá/AM

Bahia

- ▶ Ilhéus
- ▶ Itabuna
- ▶ Juazeiro
- ▶ Senhor do Bonfim

Minas Gerais

- ▶ Congonhas
- ▶ Manhuaçu

Mato Grosso do Sul

- ▶ Brilhante/MS

Pará

- ▶ Abaetetuba
- ▶ Barcarena
- ▶ Cametá
- ▶ Castanhal
- ▶ Juriiti
- ▶ Marituba
- ▶ Monte Alegre
- ▶ Porto de Moz
- ▶ Tailândia
- ▶ Viseu
- ▶ Xinguara

Pernambuco

- ▶ Belo Jardim
- ▶ Bodocó
- ▶ Chã Grande
- ▶ Igarassu
- ▶ Paulista

Rio Grande do Sul

- ▶ Carazinho

Rio de Janeiro

- ▶ Vassouras

São Paulo

- ▶ Buritama
- ▶ São João da Boa Vista
- ▶ São José do Rio Pardo

Sergipe

- ▶ Aracajú
- ▶ Lagarto
- ◆ Lagarto

7 - Informes:

7.1 - Campanha de Vacinação do Idoso - foi relatado que a cobertura informada nos dias 23 e 24/4 foi de 3,8%, bem inferior àquela informada para o mesmo período no ano de 2000, que foi de 11,42%, sendo solicitada a colaboração dos Secretários Estaduais e Municipais no sentido de promover uma melhor divulgação da campanha.

7.2 - Programa de Combate a Dengue - supervisão realizada nas Secretarias Estaduais e em algumas Secretarias Municipais de Saúde revelou deficiência no controle vetorial da doença, em função do processo de supervisão e acompanhamento das SES nas SMS não ser eficiente, o que tem permitido que em algumas delas não haja o contingente necessário para implementar as ações, e em outras, mesmo tendo pessoal suficiente, as ações não estão sendo implementadas adequadamente. Por outro lado, está sendo feita uma revisão no Plano de Erradicação do Aedes Aegypti, no sentido de construir um novo documento em cima das ações que estão sendo

empreendidas hoje, e com um enfoque muito voltado para as ações de educação em saúde, para orientar as pessoas com vista a evitar a proliferação de mosquitos nas unidades residenciais, que abrigam 90% de todos os focos.

7.3 - Campanha do Diabetes - os dados parciais relativos a 40% dos municípios do país, cuja produção alvo seria de 17.000.000 mostram que foram realizados 12.000.000 testes, que resultou em 1.791.000 exames suspeitos ou 14% dos testados. Foi informado que será enviado um estoque mínimo de Glibenclamida para as SES, que o processo de organização da capacitação de multiplicadores continua, e que a SAS está incluindo na Tabela do SIA os procedimentos permanentes que vão permitir o monitoramento do processo assistência. A mobilização continuará com outras estratégias voltadas para a educação e promoção da saúde, abordando os aspectos alimentação saudável e a prática de exercícios físicos como hábito saudável de vida.

7.4 – Ressarcimento dos Planos de Saúde ao SUS - através do Ofício Circular Nº 02 da Presidência da Associação Nacional de Saúde Suplementar, foi comunicada a decisão de centralizar as atividades relativas à cobrança do ressarcimento. Foi explicado que isto foi decidido porque a maioria dos estados não se habilitou para efetuar o ressarcimento e os que se habilitaram tiveram problemas em relação ao custo/benefício, já que as empresas estão colocando todo tipo de recursos para não pagar. Na próxima reunião da CIT será apresentado um balanço das atividades.

7.5 - Centros de Referência de Queimados - apesar da Portaria que trata do assunto ter sido publicada em dezembro/2000, apenas os estados de São Paulo, Tocantins e Ceará enviaram propostas. Os recursos previstos encontram-se no FAEC, mas não serão liberados se os estados não encaminharem as propostas de qualificação dos hospitais.