



Ministério da Saúde  
Secretaria Executiva  
Comissão Intergestores Tripartite  
Secretaria Técnica

7ª Reunião Ordinária  
2001

## ATA DA REUNIÃO

16.08.01

### 1. MEMBROS DA COMISSÃO

MINISTÉRIO DA SAÚDE			
Órgão	Representante	T/S	Frequência Acumulada
SE	Barjas Negri	Titular	/07
	Otávio Mercadante	Suplente	/07
SAS	Renilson Rehem de Souza	Titular	/07
	Maria Helena Brandão	Suplente	/07
SPS	Cláudio Duarte da Fonseca	Titular	/07
	Tânia Lago	Suplente	/07
ANVS	Luís Carlos Wanderley Lima	Titular	/07
	José Agenor Alvares da Silva	Suplente	/07
FUNASA	Mauro Ricardo Machado Costa	Titular	/07
	Jarbas Barbosa da Silva Jr.		/07

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS			
Região	Representante	T/S	Frequência Acumulada
N	Francisco Deodato Guimarães	Titular	/07
	Grace Mônica Alvim	Suplente	/07
NE	Marta Oliveira Barreto	Titular	/07
	Anastácio de Queiroz e Souza	Suplente	
SE	José da Silva Guedes	Titular	/07
	João Felício Scárdua	Suplente	
S	João José Cândido da Silva	Titular	/07
	Armando Martinho B. Raggio	Suplente	/07
CO	Fernando Passos Cupertino	Titular	/07
	Izaías Pereira da Costa	Suplente	/07

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE - CONASEMS			
Região	Representante	T/S	Frequência Acumulada
N	Neílton Araújo de Oliveira	Titular	/07
	Eliana Pasini	Suplente	/07
NE		Titular	/07
	Lúcia de Fátima Maia Derks	Suplente	
SE		Titular	/07
	Valter Luís Lavinias	Suplente	
S	Francisco Isaias	Titular	/07
	Celso Luiz Dellagiustina	Suplente	
CO		Titular	/07
	Dejair José Pereira	Suplente	/07

## 2 - ASSESSORES E CONVIDADOS

1.	DEILDES PRADO	ST/CIT/SE
2.	ELANE ARAÚJO	ST/CIT/SE
3.	LOURDES VIRGÍNIO	ST/CIT/SE
4.	KARDSLEY SOARES GUIMARÃES	ST/CIT/SE
5.	ARNALDO RODRIGUES	ST/CIT/SE
6.	TEREZINHA SANTOS	SMS/SERGIPE
7.	JOSÉ SIVAL CAVALCANTE	COSEMS/MG
8.	HELI DE ARAÚJO	PREFEITOS. MENDES-PI
9.	MARIA ESTHER JANSSEN	CONASS
10.	PAULO	SES/SC
11.	CRISTINA LINS	SES/SC
12.	MARIA ESPÍNDOLA	SES/SC
13.	EDSON JOSÉ ADRIANO	COSEMS/SC
14.	MARIA DAS MERCÊS	GQV/MA
15.	RENÉ JOSÉ SANTOS	SES/PR
16.	JULIENE	SES/BA
17.	MARIA CRISTINA PIGORELLI	SES/GO
18.	JOELLYNGTON MEDEIROS	CONASEMS
19.	HELOISA MACHADO	SPS/ME
20.	NILO BRÉTAS	CONASEMS
21.	HELDER CAVALCANTE	SEMSA/MANAUS
22.	JOHNSON ARAÚJO	SAS/MS
23.	LUIZ CARLOS ARRUDA LEME	COSEMS/MS
24.	ANTÔNIO MENDES	RECIFE
25.	ANA PAULA	SMS/RECIFE
26.	LUIS SOARES	COSEMS/MT

### **3. Pauta**

**1. Assistência Farmacêutica - SPS/MS**

**2. Descentralização das Ações de Epidemiologia e  
Controle de Doenças – ECD – FUNASA/MS**

2.1- Certificação de Municípios

#### 4. Desenvolvimento da Reunião

O Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite - CIT, Dr. Barjas Negri, conduziu a 7ª Reunião Ordinária da CIT do dia 16 de agosto de 2001. **1 - Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças - ECD** - foram certificados 121 municípios com vigência a partir de 1º de setembro de 2001, sendo: 19 do Estado de Goiás, 03 do Maranhão, 60 de Minas Gerais, 19 da Paraíba, 04 do Paraná, 13 do Piauí e 03 do Rio Grande do Norte. **2 - Assistência Farmacêutica** - o Secretário de Políticas de Saúde, **Dr. Cláudio Duarte**, informou que conforme havia sido acertado na reunião anterior da CIT, ontem foi realizada uma reunião na qual o CONASS fez a apresentação de um documento sobre a Assistência Farmacêutica, que será distribuído juntamente com o Plano de Ação para Assistência Farmacêutica produzido pelo Ministério da Saúde, que contém as diretrizes e estratégias da Política Nacional de Medicamentos, as ações que estão sendo planejadas, as que estão sendo executadas e as que já foram finalizadas, bem como algumas questões concretas com relação a pactos que precisam ser aperfeiçoados, particularmente no que diz respeito aos planos de assistência farmacêutica para execução dos recursos do Incentivo da Farmácia Básica. Esses planos foram revisados pelas Bipartites e a avaliação é de que houve um aperfeiçoamento importante na definição dos elencos. O MS está com a proposta de um instrumento de acompanhamento e avaliação dos Planos Estaduais de Assistência Farmacêutica, no que diz respeito à utilização dos recursos do Incentivo e/ou de outros recursos adicionais que os estados, municípios ou o próprio MS venha a acoplar a partir de Programas Especiais ou de alocação adicionais de recursos para essa área. Não se trata de um sistema de auditoria, porque o objetivo é avaliar a necessidade de medicamentos para a farmácia básica trabalhando com esse componente sem trabalhar a assistência farmacêutica hospitalar, a especializada ou medicamentos excepcionais, já que essas modalidades têm uma forma de organização própria através da Tabela e estão funcionando bem. Esse instrumento se constitui numa ferramenta poderosa de acompanhamento porque vai subsidiar a avaliação da utilização dos recursos e

dos medicamentos adquiridos por estados e municípios a partir do registro de preço ou compra direta, como também vai subsidiar a própria intervenção do Ministério no sentido de avaliar essa política. O documento contém ainda um conjunto de outras ações destinadas ao fortalecimento da gestão, principalmente nas SES, e que estão ligadas ao fortalecimento da capacidade de programação, avaliação, armazenamento e distribuição. Há também referências a investimentos que estão sendo feitos para capacitação dos quadros que estão na gestão estadual. A idéia é de que se possa fazer uma síntese dos 2 documentos a partir das discussões que serão feitas aqui na Tripartite, levantando os pontos críticos e as proposições que o MS, CONASS e CONASEMS estão fazendo para essa área. Na reunião anterior da CIT foi colocada uma proposição do MS sobre o estabelecimento de um Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão e Diabetes, e ontem na reunião do CONASS foi apresentada uma proposta de intensificação do processo de capacitação de recursos humanos para esse Programa. Já foram capacitados 14 mil profissionais, dos quais 10 mil são médicos e enfermeiros, e o impacto que isso está causando na ponta está sendo avaliado. O Plano acrescenta recursos e mobiliza mais tutores e multiplicadores para que a capacitação do pessoal da rede básica seja mais rápida e efetiva nos grandes centros urbanos: capitais e municípios com mais de 100 mil habitantes. Teremos um adicional de recursos da ordem de R\$ 150.000.000,00/ano para a assistência farmacêutica ao diabetes e hipertensão arterial, e a forma de operacionaliza-los deverá ser discutida e pactuada aqui na Tripartite. A Coordenadora da Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica do CONASS, **Dra. Harue Ohashi** fez a apresentação do documento **Considerações, Críticas e Sugestões do CONASS para o Aperfeiçoamento da Política de Assistência Farmacêutica no Âmbito do SUS**, colocando que o total de investimentos previstos para a assistência farmacêutica ambulatorial em 2001 é da ordem de 1 bilhão e 300 mil reais, e que o Incentivo da Assistência Farmacêutica é composto de R\$ 45 milhões para insulina, R\$ 10 milhões para tuberculose, R\$ 515 milhões para antiretrovirais, R\$ 22 milhões para saúde mental, R\$ 5 milhões para hanseníase, R\$ 395 milhões para medicamentos de alto custo e R\$ 122 milhões para endemias e imunobiológicos. Hoje esses

recursos estão distribuídos: 1 - na Assistência Farmacêutica Básica que inclui a farmácia popular, equipes de PSF e as insulinas, e que somam R\$ 255 milhões; 2 - em seguida, temos R\$ 160 milhões para a assistência do que está entre a assistência básica e a especializada, cujo acesso não é universal para todas as UBS, estando dirigidos mais para unidades de referência para TB, Hanseníase, Saúde Mental e endemias. 3 - entre esta faixa e a faixa da AIDS, cujos recursos são dirigidos para aquisição de antiretrovirais que são de competência do MS, existe um vácuo denominado "terra de ninguém", porque ninguém assume este financiamento. 4 - o alto custo tem recursos da ordem de 395 milhões de reais.

Dentro da assistência farmacêutica básica, sabe-se hoje que existem outros programas além da farmácia popular e das insulinas, tais como o Programa Sertão Cidadão destinado a municípios do semi-árido nordestino e o Projeto Alvorada, que tem previsão de entrega de kits. Um dos pontos críticos detectados, ligado à sobreposição do elenco, engloba os programas do MS e os elencos pactuados nos estados porque estes foram submetidos a uma camisa de força que os obrigou a ter pelo menos os 19 medicamentos do elenco mínimo obrigatório, de acordo com a PRT 11. E aqui temos o caso grave da glibenclamida, porque os estados já estavam com os recursos comprometidos e as compras em andamento quando o MS resolveu fornecer o medicamento. Há também a questão do sulfato ferroso que está em vários programas e há municípios que não querem mais receber o medicamento. **Dra. Juliane Avena** - informou que é o caso do nordeste, onde o sulfato ferroso faz parte dos elencos da assistência farmacêutica básica, dos municípios afetados pela seca, do kit do PSF e do Projeto da Anemia Ferropriva. Além disso, o CONASEMS apresentou um documento no Congresso de Vitória, onde é dito que 60% dos itens do kit do PSF coincidem com o elenco dos estados. Com relação à questão da prestação de contas, é fácil comprovar o repasse através da ordem bancária e o MS vem fazendo isso regularmente, porém é difícil para os estados e municípios fazer a comprovação da aplicação desses recursos, e é preciso que o MS ajude com a criação de um software adequado, porque software desenvolvido e que já foi discutido por alguns estados, foi considerado inadequado, principalmente para os estados que compram de muitos fornecedores. **Dra. Lore Lamb** - disse que a proposição de se fazer um software

foi uma grande evolução, porém o mecanismo proposto na PRT 956 se mostrou inadequado para a avaliação da aplicação de recursos financeiros tanto federal quanto estadual e municipal, e o software que está em processo de piloto é detalhista demais e precisa ser reavaliado antes da implantação. **Dra. Harue** - falou que no ano passado foram repassados insumos do Programa de Saúde da Mulher para os estados e municípios, mas como não existe uma política explicitada, isto se sobrepõe às compras dos estados e municípios. Com a descentralização da gestão houve um avanço significativo na área da assistência farmacêutica, no entanto, não houve uma orientação para os estados e municípios e alguns estados deixaram isso a critério dos municípios, ou seja, o recurso de R\$ 1,00 por hab/ano do Ms foi repassado para o município, mas isso não traz nenhuma segurança de que ele tenha condições de comprar porque o montante financeiro global é bom, mais quando vai para o município é muito pouco. Nos estados onde foi pactuada a descentralização total foram observados problemas sérios de falta de medicamentos e está se propondo uma repactuação de forma global porque o momento é outro. Houve problemas também com relação à seleção do elenco, porque não havia experiência na aquisição de medicamentos. As aquisições de medicamentos para as endemias estão centralizadas na Secretaria Executiva/MS e com relação às compras a situação é tranquila, porém em alguns estados há uma grande ingerência da FUNASA, que impõe outro tipo de controle, sendo problemático para o estado administrar essa duplicidade. Na saúde mental há um problema de interlocução porque ela estava na assistência básica e agora se soube por uma Portaria que está na SAS, e é preciso ampliar recurso para essa área, porque houve uma adesão muito grande dos municípios que se organizaram e que estão precisando de mais recursos. Com relação a faixa "terra de ninguém", um vazio que engloba as questões da dor e do idoso, e aqui o recurso necessário é pouco, porque os medicamentos utilizados para a dor custam barato, embora o acesso a eles seja complicado devido ao seu controle. A APAC Onco não explicita os medicamentos, e paga o procedimento deixando fora o tratamento da dor, então é algo para ser discutido porque os medicamentos para dor e para o idoso extrapolam o financiamento da atenção básica. A área de reumatologia está totalmente a mingua, ainda tínhamos a cloroquina que era

utilizada para artrite reumatóide, e agora o que a FUNASA compra só dá para a malária. Os estados e municípios têm dificuldade na aquisição de alguns medicamentos, como para a Doença de Parkinson p. ex., que não tem explicitação de financiamento nem de responsabilidade. A aquisição de antiretrovirais vem sendo feita pelo MS, porém está havendo um problema pontual em relação a associação do Lopinavir+ Ritonavir que é a última terapêutica indicada, e os estados estão com demandas judiciais, sendo obrigados a adquirir essa medicação que é muito cara. Como se trata de antiretrovirais, o MS deve assumir essa compra já que a PRT 176 define que essa aquisição é sua responsabilidade. O financiamento para o alto custo foi aumentado em relação ao ano anterior, e desde que foi para o FAEC aumentou o gasto porque não há mais demanda reprimida, já que o acesso foi definido através de protocolos de tratamento. São medicamentos que muitas vezes tem menos de 5 anos de utilização e não há ainda estudos comprovados de sua eficácia, sendo necessário que se tenha um protocolo de acompanhamento muito bem feito. O ano passado o MS assumiu fazer os protocolos nacionais, porém essa iniciativa está parada, desde dezembro não há reuniões e não há protocolos novos. Em agosto e setembro/2000 a SAS disponibilizou para consulta pública praticamente todos os protocolos vigentes, o que foi muito bom porque mobilizou a sociedade, mas não houve retorno desse trabalho até hoje, e só há 3 protocolos definidos: de Hepatites Virais, Esclerose Múltipla e Fibrose Cística. Preocupa ainda o fato da SAS estar incluindo aqui novos medicamentos sem discussão prévia dos critérios de inclusão e exclusão com os estados, o que acaba virando uma colcha de retalhos. Dentro dos medicamentos importados, o tratamento da Doença de Gaucher merece uma atenção especial porque a Imiglucerase que está colocada inclusive na Tabela do SIA/SUS, é produzida por um laboratório americano que fez a pesquisa e segundo o qual foram investidos bilhões de dólares na produção do medicamento o que justificaria o alto preço cobrado. Porém, a nosso ver, só com as compras de São Paulo eles já pagaram esta fábrica, porque já há 80 pacientes em tratamento, e cada frasco-ampola de Imiglucerase custa R\$ 1.600,00, isso para São Paulo, em outros estados já estão pagando mais de R\$ 2.000,00. Alguns estados estão propondo que o MS assumira esta aquisição, já que estão previstas algumas



exceções no documento da Política Nacional de Medicamentos, como é o caso dos medicamentos de difícil aquisição e de medicamentos estratégicos. A colocação do faturamento de todos os medicamentos de alto custo da Tabela SIA/SUS para serem faturados com a APAC é um grande avanço, porém os treinamentos são disponibilizados apenas para a informática, deixando os outros setores à margem. Os estados não estão conseguindo faturar melhor os seus gastos em função das dificuldades encontradas na vinculação do faturamento a determinados CID, e é preciso que a assistência farmacêutica esteja participando disso. Com relação às drogas orfãs como o cuprimine, é preciso que se estabeleça uma política, porque os estados têm dificuldade de comprar e acabam por fazê-lo em farmácias de manipulação, e nesse caso não dá para estocar. **Dra. Lore** - colocou que além da imiglucerase há outros medicamentos que não têm registro no Brasil e que em função de decisões judiciais os estados são obrigados a comprar. Isso tem de ser bem analisado e regulamentado pela ANVISA. **Dra. Harue** colocou que havia uma Resolução da ANVISA que não permitia a comercialização de medicamentos sem registro sanitário no país, o que servia de apoio para as defesas judiciais. Hoje há uma outra Resolução que permite a importação, e assim perdemos todas as decisões judiciais. **Dra. Lore** colocou que a descentralização total foi ruim porque muitos municípios foram obrigados a comprar na farmácia da esquina ou em farmácia de manipulação, tendo havido um uso indiscriminado e talvez até indevido do recurso, e que o uso do medicamento como instrumento de poder preocupa muito, já que o assédio da indústria farmacêutica sobre prescritores e usuários é muito forte. **Dra. Harue** - colocou as seguintes propostas: 1 - Reafirmar o estado sempre como instância obrigatória de qualquer participação tripartite nas ações de assistência farmacêutica, o que não tem ocorrido. Algumas questões da assistência farmacêutica estão sendo repassadas direto para os municípios e as vezes elas nem estão de acordo com a política do município. O exemplo típico é o do kit PSF, que muitos secretários tiveram dificuldade de receber porque não houve uma discussão prévia de quem assumiria a responsabilidade pelo controle. 2 - Constituir Comissão Tripartite para que todas as instâncias participem do processo. 3 - Melhorar a interlocução do MS com os estados e também dentro das próprias Secretarias do MS, para evitar a

duplicação de tarefas. 4 - Capacitação de Recursos Humanos. 5 - Estabelecer critérios para avaliação dos resultados. O fato do MS estar colocando que não houve um gasto efetivo, que está sobrando recurso, que estados e municípios compraram mal, etc., é na verdade uma avaliação, mas isso não invalida o processo de descentralização da gestão. É importante a definição de critérios e responsabilidades que englobem todo o ciclo da assistência farmacêutica, e que seja mantida a integração entre os três níveis de gestão, para que se possa estar sempre discutindo e fazendo os acertos necessários. **Dr. Sílvio** - parabenizou a Dra. Harue pela exposição, e colocou que a mesma aponta para várias falhas nos três níveis a começar pelos conflitos com a justiça, com o surgimento de ações equivocadas porque não se define responsabilidades. É preciso que sejam passadas informações para o Ministério Público e para a Justiça, como estratégia para se evitar a ocorrência de fatos desagradáveis como a prisão do Dr. Chabo ontem no RJ. Disse que fica difícil explicar à população como é possível haver sobreposição de elenco se o dinheiro é insuficiente para fazer chegar na população a medicação básica. Só para reflexão: o Reino Unido tem uma população de 53 milhões de habitantes e gasta 12 bilhões de dólares com medicamentos, o que equivale a aproximadamente 30 bilhões de reais, que é mais do que o orçamento total do MS, que tem uma população 3 vezes maior. Só por esses dados vemos que com R\$ 1,3 bilhões não se pode assegurar medicamentos à população, então é preciso discutir o que pode ser feito. Daí a importância do Comitê para que haja a discussão tripartite das estratégias e para que se tenha a coragem de dizer à população o que pode e o que não pode ser feito. **Dr. Cupertino** - colocou que o documento é reflexivo e crítico sobre o problema, mas não tem a intenção de apontar culpa de nenhuma instância, e que o grande objetivo é promover uma articulação na área, com a criação do Comitê Técnico Tripartite, que poderia já ser aprovado hoje, e já ter agendada uma reunião. Segundo informou o Dr. Platão, em outubro o MS estará promovendo um seminário em Florianópolis, para discutir uma série de problemas relacionados a essa área, e talvez este já seja o momento do Comitê estar apresentando os primeiros resultados das suas discussões para que o MS tome as decisões em cima dessas reflexões. Fez o registro de que o Secretário de Saúde do Rio de

Janeiro - Dr. Gilson Cantarino se encontra muito preocupado com a questão das ações judiciais, e solicitou autorização para passar a palavra ao **Representante da SES/RJ - Dr. Antônio Carlos Moraes** - o qual colocou que a questão das ações judiciais preocupa e que ele e mais dois colegas tinham sido presos na semana passada. Disse que a SES/RJ é acionada quase diariamente por mandados judiciais, e é importante que se tome uma iniciativa para esclarecer ao MP, porque o RJ já está gastando hoje uma média de R\$ 1 milhão e meio para atender 295 pacientes que entraram na justiça só no ano de 2001. Durante todo o ano de 2000, 331 pessoas foram à justiça, então está havendo um aumento substancial da demanda, e o gasto médio por pessoa é de R\$ 1.800,00, enquanto que o custo com medicamentos excepcionais está dando um aporte de R\$ 450,00 por paciente, no universo de 12.050 pacientes cadastrados. Esta havendo também um prejuízo da ordem de 55% na questão do medicamento excepcional, porque existe uma glosa relativa aos pacientes renais crônicos com Hepatite C, que fazem utilização de Rebavirina+Interferon, que o Sistema DATASUS não reconhece. **Dr. Lavinias** - disse que é urgente que o MS faça um seminário com o MP para que se defina essa questão. É preciso passar para o MP o que temos e o que podemos ofertar, porque embora se tenha certeza de que 300 itens podem resolver o problema, existem mais de 5.000 itens de medicamentos, e hoje quem está regulando essa questão não é o usuário, é a porta do Promotor. **Dr. Platão** - cumprimentou as Dras. Harue e Lore pela apresentação, e disse que a Secretaria Executiva tem feito um esforço significativo para que o programa e as ações de assistência farmacêutica tenham o melhor resultado possível dentro das limitações existentes, e que já se tem algum tipo de evolução: o MS não tem dívidas, e tem um sistema de aquisição consistente hoje, pela sua transparência e capacidade de entrega. Haverá uma reunião em Florianópolis, onde estará sendo completado um ciclo informatizado de controle de estoque nos armazéns e nos almoxarifados, o NOAPS, fechando um trabalho iniciado há três anos. A partir de outubro teremos todos os 27 estados vinculados a uma rede e isso vai facilitar muito o trabalho. Informou que provavelmente no final do ano, o MS será produtor através de Farmanguinhos, de Ciclosporina num preço inferior ao de mercado, e os estados poderão fazer a compra direta. Com relação ao Ceredase para a Doença de

Gaucher, estamos com um time que trabalha no mercado internacional identificando como poderemos sair dessa situação extremamente constrangedora. O Registro de Preço tem se revelado eficaz, todos os municípios do Brasil receberam a senha, o manual, e estão entrando no sistema. Com relação ao Programa de Hipertensão e Diabetes, que foi possível graças à sensibilização do Sr. Ministro para a sua importância, e a determinação do Secretário Executivo do MS, foram destinados R\$ 150 milhões para hipertensão e R\$ 40 milhões para diabetes, porém isso não está ainda fechado, porque todo o processo está em fase de elaboração no Planejamento Estratégico. Vários cenários estão sendo trabalhados, já foi feita a distribuição de glicosímetros para o país inteiro e a identificação dos diabéticos, e agora estão sendo ultimadas as ações para aquisição de tensiômetros para a Campanha da Hipertensão que se dará provavelmente a partir do final de outubro/novembro. Foram pensadas várias maneiras de fazer a distribuição de medicamentos, e todas elas têm vantagens e desvantagens. O fato de se entregar garante que o paciente tenha acesso ao medicamento, mas o problema não é distribuição e sim como o Programa será desenvolvido, e aí o Comitê pode ajudar muito na discussão e no encaminhamento. **Dr. Solla** - colocou que a avaliação de que houve prejuízo em relação à política de assistência farmacêutica pela descentralização do repasse federal para os municípios tem que ser melhor dimensionada, por dois motivos: primeiro porque boa parte dos problemas identificados não são causas de desabastecimento e segundo é que houve decisão em cada Bipartite, assim houve a possibilidade em todos os estados de ser definida a forma de fazer a descentralização, cada CIB pôde adequá-la ao formato do estado. Apesar de concordar com o problema da sobreposição do elenco, ele se dá de forma diferenciada: no caso do Sulfato Ferroso isso está gerando um super estoque, já no caso de hipertensão e diabetes até o momento o que se tem visto é que o kit do PSF veio suprir uma deficiência da disponibilidade de medicamentos, porque a medida que se amplia a atenção básica a necessidade de medicamento também se amplia, e o recurso existente para farmácia básica é insuficiente. Então, na hora de reavaliar os elencos é buscar evitar sobreposições, precisa-se fazer um dimensionamento adequado porque senão vai se tirar a sobreposição e deixar

uma lacuna onde ela estava na verdade suprindo a deficiência de recurso. Outro aspecto importante que não foi focado no documento é a discussão da aplicação da contrapartida dos estados, e sabemos que sob esse aspecto existem situações diferenciadas e outras bastante complicadas, alguns estados não cumpriram a contrapartida prevista e outros o fizeram tardiamente. Outra questão é relativa aos laboratórios oficiais, cujos preços conseguem ser mais caros do que os dos laboratórios privados. No nosso caso particular, suspendemos o contrato com a FURP porque além de não compensar financeiramente, não garantia uma entrega adequada, levava 3/4 meses para entregar e quando o fazia queria compensar o estoque anterior e nós já tínhamos feito licitação para comprar no setor privado. Então, no momento em que se faz uma política de fortalecimento dos laboratórios oficiais, tem de haver uma resposta de preço que leve o município a ter interesse de realizar compras nesses laboratórios. Com relação ao que foi abordado como Saúde da Mulher, há uma preocupação crescente porque em muitas situações a ausência de distribuição de métodos contraceptivos tem criado situações complicadas e deveria ser buscada uma forma de pactuação como foi feita na assistência básica, onde estado, município e governo federal, cada um assumam uma parte do compromisso e garanta com isso o abastecimento. Outro reparo a ser feito é com relação ao medicamento para saúde mental, porque muitos municípios gastam muito mais recursos com esses medicamentos do que o que é repassado. O recurso é muito pequeno e não dá conta nem dos serviços que já existiam, quanto mais dos outros que foram montados. Finalmente, a questão do abandono do tratamento da Tuberculose e da Hanseníase é que o medicamento existe, mas o problema está na rede básica insuficiente e na ausência de centralização, e isso só vai ser resolvido com o aumento do recurso financeiro para o custeio da rede básica que no momento é bancado pelo MS e pelos os municípios, e aí cabe também aos estados, nessa discussão, buscar formas de se comprometer com o financiamento da atenção básica em saúde. O Estado do Rio Grande do Sul é o único estado que repassa recurso fundo a fundo aos municípios para a atenção básica. **Dr. Cláudio** - disse que apesar de haver pontos de estrangulamento no acesso aos medicamentos, é evidente que está havendo um processo crescente de enfrentamento do problema, e que está sendo

feito um estudo com o NESCON para avaliar medicamento na ponta, numa amostra representativa de municípios e utilizando metodologia adequada para que se possa ter um diagnóstico mais preciso. As questões dos estrangulamentos estão identificadas pelo CONASS, CONASEMS e pelo próprio MS, e há questões pontuais em relação a sobreposição de medicamentos, porém não temos o diagnóstico de que isso esteja ocorrendo com os antihipertensivos e hipoglicemiantes. Há problema com a insulina suína em decorrência de uma ação judicial que obrigou o MS a fazer a aquisição, apesar de já haver uma decisão do MS junto com o CONASS e CONASEMS de só fazer aquisição de insulina humana, e este é um problema que tem que ser resolvido. A questão da tuberculose e da hanseníase tem de ser enfrentada, e o MS vai propor ao CONASS e CONASEMS que seja pactuada a formação de um grupo conjunto com participação da sociedade civil e de especialistas para que se possa avançar. Tem havido alguns resultados importantes nos últimos anos, principalmente com relação à Hansen, embora não se tenha conseguido eliminá-la como havia sido acordado há 10 anos atrás. Assim é preciso uma ação mais articulada, mais combinada e mais ágil em relação a essas duas doenças no sentido de descentralizar, melhorar o tratamento, acabar com a visão atrasada de que só é possível tratá-las em centros de referência e melhorar a vigilância epidemiológica. Devem ser estabelecidos critérios de programação técnica para que não ocorram no futuro os problemas que estamos tendo com os medicamentos para tuberculose, que provavelmente serão alvo de incineração. É importante que se leve ao grupo alguns pontos emergenciais como a estratégia que se deve ter para o processo de pactuação dos elencos para o próximo ano, e isto é muito importante, já que houve um avanço ao se aperfeiçoar a PRT 956 com o estabelecimento do elenco mínimo obrigatório dos medicamentos básicos, composto de 19 itens e que foi pactuado na Tripartite. Isto foi feito para corrigir um problema sério da PRT inicial que estabeleceu o incentivo mais não definiu como ele deveria ser usado em nível nacional. Outro aspecto importante é com relação à avaliação, desde março/95 já foram repassados R\$ 382 milhões para estados e municípios, e embora se saiba que esses recursos não são suficientes, é preciso avaliar se essa política de reforçar a assistência farmacêutica no PSF está correta

ou equivocada. Com relação a questão da avaliação e do software, não está sendo feita a implantação do software, ele foi discutido na Câmara Técnica do CONASS e foi pactuado com as SES que seria testado em alguns estados, mas ele não está pronto e acabado. **Dr. Guedes** - colocou que a responsabilidade dos gestores que estão vivendo esse momento de estabilidade do MS é muito grande, já que se tem uma rede básica ruim que tem que ser melhorada, e há um processo de tentar mudar o modelo de assistência fazendo com que se tenha um enfoque centrado em família, mas isso vai levar tempo para ser implantado. A rede básica faz um processo de assistência onde o medicamento entra no final, então se não se fizer uma mudança no processo como um todo, e se for centrada a ação total na linha do medicamento estará se reforçando a medicalização. Assim, tem que ser colocado medicamento nisso, e se sabemos que foi colocado R\$ 1,00 do MS na assistência básica e que os estados e municípios têm posto algum recurso, toda vez que tivermos ciência de que tem mais dinheiro para colocar no sistema, vamos colocá-lo ordenadamente nessa assistência básica de saúde, e não há nada mais básico do que atender hipertensos e diabéticos. Então se há dinheiro para diabetes e hipertensão, mas isso é colocado em função de um programa, não estamos ajudando a solidificar essa rede básica. Assim, nós CONASS, CONASEMS e MS, temos uma enorme responsabilidade de ter de fato um grupo trabalhando em conjunto para definir essa política. Disse que a seu ver ele o laboratório oficial deve estar trabalhando para fazer a entrega de uma linha pactuada de medicamentos para a população e é isso que está sendo feito na FURP. A política de genérico é fundamental para quem tem poder aquisitivo e está comprando remédio, mas não garante a assistência na rede básica. É fundamental que todas as iniciativas sejam colocadas no mesmo pacote e sejam trabalhadas articuladamente. Não dá para entender que nesse país os estados sejam tão diferentes que não dê para se ter uma linha básica de, p. ex., 80 medicamentos comuns para todos, porque sendo comum para todos pode-se saber o quantitativo, pode-se encomendar, pode-se investir, como o MS vem fazendo para apoiar laboratórios oficiais. Na área de saúde mental, quando foi discutido o seu financiamento, o MS iria disponibilizar X e os estados e municípios colocariam 10% cada um, e foi decidido que os estados colocariam os 20%. É que

naquele momento se trabalhou sem ter condição de dizer quanto se gastava em saúde mental, e hoje gasta-se muito mais do que os 20%, muito mais do que o recurso que o MS coloca. Atualmente temos uma linha de saúde mental de 21 produtos que realmente é a resposta moderna para se fazer psiquiatria. Finalmente temos de tentar fazer o que se pode fazer de melhor articulando tudo isso e não tem nada mais básico do que mulher, diabetes, hipertensão e outras tantas coisas. Quando recebe o kit de PSF o que faz o município? Ele estoca, e vai prestar conta do PSF numa prateleira, e de outro kit da assistência básica em outra, então como é que ele se vira com essa multiplicidade? Em SP conseguiu-se um software que diz o que está estocado em cada unidade básica, e que permite que os pedidos possam ser feitos on-line pela Internet. **Aqui Dr. Robalinho** - colocou que é necessário discutir o problema das ações judiciais com o MP, mas que o grande equívoco nesse caso está nos colegas que prescrevem com pouca responsabilidade produtos ainda não testados suficientemente, em função da categoria médica estar em grande parte ligada a grupos laboratoriais que lhes dão vantagens. E são estas prescrições que, por falta de um protocolo, chegam ao MP e nos são impostas. Falta então chamar à atenção do Conselho Federal de Medicina, mostrar a sua responsabilidade. Com relação aos laboratórios estatais não terem preço, no caso específico do LAFEPE, ele estava há 30 anos sem receber nenhum equipamento novo, então essa distorção só pode ser corrigida com a injeção de recursos do governo a fundo perdido. Com relação a tuberculose e a hanseníase o abandono do tratamento não se dá apenas em função dos municípios terem um piso de atenção básica muito baixo, é preciso que se tenha uma atitude pró-ativa, e nisso tivemos uma experiência positiva utilizando um software desenvolvido pela Escola Paulista de Medicina em Recife, o qual tem o controle centrado na prescrição da enfermeira, cabendo ao agente de saúde a busca dos faltosos, e só 1 a 2% dos casos vai ao especialista. Isto já foi testado e pode ser aplicado em outros locais do país. **Dr. Scotti** - colocou que nos últimos anos houve um esforço enorme de se enfrentar a questão da assistência farmacêutica, e várias iniciativas foram tomadas, porém é preciso que haja uma articulação entre as três esferas de gestão e entre as áreas que cuidam de cada aspecto do problema, seja no MS, no estado e ou no município. A estratégia que o



CONASS vem discutindo e acha a mais adequada é a do reforço da assistência farmacêutica básica para que ao invés de Ter várias iniciativas que se reproduzam em iniciativas administrativas de prestação de contas, se possa consolidar um forte programa de assistência farmacêutica básica dentro disso que está sendo discutido. O CONASS acha a proposta do Comitê muito importante, mas de uma forma não burocrática, quer dizer, ele não precisa ser paritário porque a idéia não é de se ter um comitê deliberativo, mas sim de construção conjunta. Finalmente, fez dois reparos à fala do Dr. Solla dizendo que o documento tem muitas lacunas e que a intenção foi de gerar essa discussão, e que com relação aos pactos e contrapartida dos estados, o documento reconhece que alguns estados não deram conta de cumprir a contrapartida, que alguns pactos foram mal feitos e que precisam ser rediscutidos. Com relação à ida do medicamento direto para o município, em alguns casos isso se dava sem participação do CONASS no planejamento e na gestão da proposta, e assim ele não tinha conhecimento, o que contribuía para essa superposição, porém o CONASS não quer de forma nenhuma que os medicamentos passem por nenhum almoxarifado estadual para poder ir para o município. **Dr. Platão** - disse que o cenário dos laboratórios oficiais hoje é bem diferente do que era há 2/3 anos atrás, antes que o MS começasse a investir nos mesmos, e que foram colocadas duas condições para o investimento: 1 - que o laboratório deixasse bem claro qual o aumento de produtividade que ele teria com o investimento; 2 - que houvesse um acompanhamento e que se trabalhasse junto ao Secretário Estadual de Saúde. Assim todas as propostas de laboratórios oficiais estão abertas, não há restrição e a idéia é: se temos 11, 12 ou 13 laboratórios no Brasil e eles forem capazes de produzir o medicamento para a atenção básica de saúde, o MS bota dinheiro nisso, isto é uma visão política. **Dra. Lore** - disse que se torce muito para que os laboratórios oficiais produzam medicamentos alto custo como a ciclosporina, porém já se observa um movimento dos médicos na área hospitalar, em função da liberdade de prescrição ou da falta de protocolos, de estar prescrevendo um medicamento que não é mais ciclosporina durante a internação, e quando o paciente chega na área ambulatorial não há mais como fazer a inversão disso. Isso é importante porque não podemos estar ressarcindo através de AIH um medicamento que depois não podemos mais

trocar e temos de continuar fornecendo. **Dr. Jarbas - Coordenador da Política de Medicamentos da SES/RS** - colocou que é importante se enfrentar a questão da prescrição de medicamentos tanto no hospital como no ambulatório. No RS está se enfrentando agora o problema de um medicamento usado para Hipertensão Pulmonar Primária, uma Prostaciclina Inalatória que só existe na Alemanha, Inglaterra, França e é vendido também na Argentina. Como o RS é um centro de transplante, todos os pacientes que estão aguardando transplante de pulmão e também os de fígado que têm hipertensão pulmonar recebem o medicamento no hospital, e quando vão para casa entram contra o estado pedindo o medicamento que custa R\$ 40 mil por paciente/mês. Isso está acontecendo porque a ANVISA tem liberado através de Portaria a aquisição de medicamentos que não estão registrados por ela própria. E quando faz isso, todos os pacientes entendem que é obrigação do estado fazer a aquisição e fornecer o medicamento. Isto está acontecendo com esse produto que é o Iloprost, com o Glivec, a Tobramicina Inalatória e o Colimicin, que são medicamentos que não têm registro no MS. Assim estamos tendo dois problemas nessa área que é essa liberação ou essa certa liberalidade da ANVISA que autoriza determinadas importações, e mais do que isso, muitas vezes quando se entra em contato com a ANVISA para tentar defender o estado, cuja melhor defesa seria a de ter ou não ter registro no MS, essa resposta demora muito tempo ou tem dificuldade de ser dada. **Dr. Mercadante** - ponderou que foi muito oportuna a realização dessa reunião sobre a Assistência Farmacêutica e o fato da Tripartite se debruçar sobre o tema específico foi um avanço de qualidade. Foi uma reunião na qual foram abordados os assuntos mais diversos possíveis, desde a questão dos medicamentos de alto custo, passando pela questão dos protocolos, das relações do judiciário com o SUS, à questão da produção dos medicamentos pelos laboratórios oficiais e por fim a questão da assistência básica. O importante é que se tenha clareza dessa complexidade, e também de que em algum momento deveremos ter estratégias focando melhor o problema. Assim, dentro dessa diversidade o encaminhamento proposto aqui seria de se ter um comitê permanente que vá discutindo de forma tripartite as questões da assistência farmacêutica, e que não seja deliberativo nem paritário, tendo flexibilidade para agrupar mais ou menos parceiros na medida que

as demandas forem surgindo. Temos que ter um foco com prioridade para assistência farmacêutica básica e dentro desta, para a questão da hipertensão e do diabetes. Quando falamos de hipertensão estamos falando da principal causa de morte nas doenças cardiovasculares, do conjunto de doenças que têm maior impacto na assistência ambulatorial e hospitalar, e temos certeza de que o manejo correto tem excelentes resultados de custo/benefício e na redução da mortalidade e morbidade. Temos hoje a possibilidade histórica de ter estratégias mais claras de vinculação do doente, de assistência permanente e de disponibilização de medicamento eficiente e focada no doente. **Dr. Cláudio** - propôs que o grupo seja composto, que se faça uma reunião já na próxima semana e que se trabalhe com duas linhas: 1 - atenção básica nos vários aspectos que foram levantados aqui - sobreposição, avaliação e elenco; 2 - situações especiais - alto custo, Hansen, tuberculose etc. e ainda que seja feita uma análise do documento produzido pelo MS e do produzido pelo CONASS, para compatibilizar as questões comuns e as divergentes. **Dr. Guedes** - disse é preciso ter criatividade e fazer uma revolução no capítulo das doenças crônicas, porém não há nada mais revolucionário do que se fazer a medida de pressão arterial das pessoas que vão ao serviço de Saúde e que haja garantia de remédio na rede. **Dr. Mercadante** - informou que já estão publicadas e aprovadas as agendas estaduais de 13 estados, e que elas estão disponibilizadas na Internet. **Dr. Sílvio** - disse que por uma demanda do CONARES, colocaria algumas questões e faria algumas proposições: 1 - que não houvesse redução de teto financeiro de município em plena durante o processo de implantação da NOAS; 2 - que seja mantida a proposta do comando único e que se negocie com muita prudência alguns remanejamentos, até em função da expansão do investimento que está sendo feito. **Dr. Cupertino** - disse que caso haja algum caso específico em que o CONASS possa ajudar a resolver isso seria pertinente, não há porque atropelar o processo. **Dr. Solla** - informou que na reunião do CONARES os municípios se mostraram preocupados com o processo de construção da PPI, e as propostas apresentadas pelo Dr. Sílvio, se não houver objeção do CONASS e do MS, poderiam garantir a transição sem maiores transtornos. As preocupações são de que: 1 - não se façam mudanças com redução de tetos dos municípios em plena até que a PPI seja concluída e os

municípios sejam habilitados na NOAS. Estão acontecendo alguns movimentos no sentido de fazer mudanças nos tetos antes mesmo da PPI estar concluída; 2 - não haja grandes remanejamentos em relação aos prestadores de serviços que estão sob gestão estadual; 3 - seria interessante que a próxima reunião da Tripartite tivesse grande parte da pauta ou até toda ela voltada para a avaliação do processo de construção da PPI, a discussão da sua lógica, dos parâmetros e das dificuldades. A sugestão foi acatada. **Dr. Robalinho** - colocou que é extremamente importante que nenhum município seja prejudicado enquanto o processo da discussão não se concluir. **Dr. Mercadante** - agradeceu a todos e encerrou a reunião.

**Ministério da Saúde**

**CONASS**

**CONASEMS**



Ministério da Saúde  
Secretaria Executiva  
Comissão Intergestores Tripartite  
Secretaria Técnica

## COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT

### REUNIÃO ORDINÁRIA DE 16/8/2001

#### RESUMO EXECUTIVO

O Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite, conduziu a 7ª Reunião Ordinária, realizada no dia 16.8.2001.

#### Pontos de Pauta:

#### 1- Assistência Farmacêutica

**1.1 - Plano de Ação para Assistência Farmacêutica** - elaborado pela Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, no qual estão dispostas as diretrizes e estratégias da Política Nacional de Medicamentos, as ações que estão sendo planejadas, as que estão sendo executadas e as já finalizadas, além de questões ligadas aos Planos de Assistência Farmacêutica e ao aperfeiçoamento dos pactos e dos elencos de medicamentos. O documento contém o detalhamento de um conjunto de ações destinadas ao fortalecimento da gestão em relação à política de medicamentos e à capacitação dos quadros de pessoal do nível estadual. Está sendo discutida também a proposta de um instrumento de acompanhamento e avaliação dos Planos Estaduais de Assistência Farmacêutica, cujo objetivo maior é o de avaliar a necessidade de medicamentos para a Farmácia Básica e subsidiar a intervenção do MS no sentido de verificar o impacto dessa política.

**1.2 - Considerações, Críticas e Sugestões do CONASS para Aperfeiçoamento da Política de Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS-** inicialmente foi colocado que o total de investimentos previstos para a assistência farmacêutica ambulatorial em 2001 é da ordem de R\$1.300.000,00 e estão assim distribuídos: R\$255.000.000,00 para a Assistência Farmacêutica Básica, aí incluídos os recursos da Farmácia Popular, PSF e Insulinas, e R\$160.000.000,00 para a assistir ao que está entre a Atenção Básica e a especializada, destinados a Saúde Mental, Tuberculose, Hanseníase e Endemias; R\$395.000.000,00 para os medicamentos de alto custo e R\$ 515.000.000,00 para anti-retrovirais.

#### 1.3 - Pontos Críticos da Assistência Farmacêutica:

- **Sobreposição do Elenco de Medicamentos** - que engloba os medicamentos dos elencos pactuados nos estados e os dos

programas do Ministério da Saúde, caso da Glibenclamida, Sulfato Ferroso, Anti-Hipertensivos e Medicamentos para Saúde Menta.

- **"Terra de Ninguém"** - trata-se de medicamentos que não tem fonte específica de fornecimento.
- **Prestação de Contas do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica** - estabelecida na PRT/SPS/Nº 956 de 25/8/2000, apresenta uma série de dificuldades operacionais.
- **Outros Pontos Críticos** - incluem as insulinas, a Área da Atenção à Saúde da Mulher com relação ao fornecimento de métodos contraceptivos, medicamentos anti-retrovirais do Programa de DST-AIDS e problemas de comunicação direta entre o Ministério da Saúde e os Municípios, em questões que envolvem a assistência farmacêutica.
- **Ações Judiciais** - tem havido demandas judiciais de medicamentos para hipertensão, anti - retrovirais, imiglucerase, etc, todos de alto custo e que estão onerando os municípios e estados.

#### 1.4 - Providências sugeridas:

- **Repactuação** dos Planos de Assistência Farmacêutica, com a definição elencos compatibilizados, para evitar sobreposições;
- **Ampliação do recurso** para a área de Saúde Mental;
- **Definição de política de financiamento** e de fornecimento de medicamentos da faixa denominada "terra de ninguém", e dos medicamentos para a dor e para o idoso;
- **Compra de anti-retrovirais e outros medicamentos de alto custo por decisão judicial**, considerando que as demandas são crescentes e representam um gasto elevado para estados e municípios, foi sugerido que o Ministério da Saúde assumira a compra desses tipos de medicamentos;
- **Realização de seminários com o Ministério Público e com a Justiça**, no sentido de passar esclarecimentos que possam subsidiar as decisões nas demandas sobre medicamentos;
- **Revisão e republicação da PRT SPS 956**, de 25 de agosto de 2000, após discussão em Comissão Tripartite;
- **Reafirmar o Estado como instância obrigatória** de qualquer participação tripartite nas ações de assistência farmacêutica;
- **Constituir comitê tripartite** que possibilite a participação de todas as instâncias na discussão da Política de Assistência Farmacêutica;

- **Melhorar a interlocução** do Ministério com os Estados, e também entres suas Secretarias, evitando ações e demandas em duplicidade;
- **Capacitação de recursos humanos** para operar nesta área;
- **Estabelecimento de critérios** para avaliação de resultados.

**2 - Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças - ECD** - foram certificados 121 municípios com vigência a partir de 1º de setembro de 2001, sendo:

- 19 de Goiás
- 03 do Maranhão
- 60 de Minas Gerais
- 19 da Paraíba
- 04 do Paraná
- 13 do Piauí
- 03 do Rio do Grande do Norte

### **3 - Extra Pauta:**

Foi acatada pela plenária da CIT uma demanda do CONARES apresentada pelo CONASEMS, no sentido de que:

- Não sejam feitas mudanças com redução de tetos dos municípios em plena até que a PPI seja concluída e os municípios sejam habilitados pela NOAS;
- Não haja grandes remanejamentos em relação aos prestadores de serviços que hoje estão sob gestão estadual, no que respeita ao comando único.