



Ministério da Saúde  
Secretaria Executiva  
Comissão Intergestores Tripartite  
Secretaria Técnica

**01<sup>a</sup>**  
Reunião  
Ordinária  
2001

# ATA DA REUNIÃO

15.02.01

## 1. MEMBROS DA COMISSÃO

MINISTÉRIO DA SAÚDE			
Órgão	Representante	T/S	Frequência Acumulada
SE	Barjas Negri	Titular	01/01
	Otávio Mercadante	Suplente	01/01
SAS	Renilson Rehem de Souza	Titular	01/01
	Maria Helena Brandão	Suplente	01/01
SPS	Cláudio Duarte da Fonseca	Titular	01/01
	Tânia Lago	Suplente	01/01
ANVS	Luís Carlos Wanderley Lima	Titular	
	José Agenor Alvares da Silva	Suplente	
FUNASA	Mauro Ricardo Machado Costa	Titular	01/01
	Jarbas Barbosa da Silva Jr.		01/01

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS			
Região	Representante	T/S	Frequência Acumulada
N	Francisco Deodato Guimarães	Titular	
	Grace Mônica Alvim	Suplente	01/01
NE	Marta Oliveira Barreto	Titular	01/01
	Anastácio de Queiroz e Souza	Suplente	
SE	José da Silva Guedes	Titular	01/01
	João Felício Scárdua	Suplente	
S	João José Cândido da Silva	Titular	01/01
	Armando Martinho B. Raggio	Suplente	
CO	Fernando Passos Cupertino	Titular	01/01
	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	01/01
	Eliana Pasini	Suplente	01/01
NE	Rosa M <sup>a</sup> Sampaio V. N. De Carvalho	Titular	
	Lúcia de Fátima Maia Derks	Suplente	01/01
SE		Titular	
	Valter Luís Lavinias	Suplente	
S	Francisco Isaias	Titular	01/01
	Celso Luiz Dellagiustina	Suplente	
CO		Titular	
	Dejair José Pereira	Suplente	01/01

## 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.	MARTA COELHO	SPS/MS
7.	ANA LOURDES MARQUES	SPS/MS
8.	MOEMA BRITTO	SPS/MS
9.	PATRÍCIA LUCHESE	ENSP/FIOCRUZ
10.	IRACEMA FERMON	DGA/SAS/MA
11.	NILO BRETAS JÚNIOR	CONASEMS
12.	ANA LUÍZA VILASBÔAS	SPS/MS
13.	RENÉ JOSÉ M. SANTOS	SES/PR
14.	SAMARA NITÃO	DENASUS/MS
15.	FERNANDO MARTINS JR.	SES/MS
16.	TEREZINHA SANTOS LIMA	SMS/SERGIPE/CONARES
17.	MARIA ESTHER JANSSEN	ST/CONASS
18.	ARNALDO BERTONE	SAS/DGA
19.	MARIA HELENA C. BRANDÃO	SAS/MS
20.	TEREZINHA FRANCISCA MOREIRA	SAS/MS
21.	MARIA JOSÉ R. LINGUANOTTO	SES/SP
22.	SÔNIA W.	SAS/MS
23.	SILVANA S.S. PEREIRA	SAS/DGA
24.	ORERSTES G. DE MELO FILHO	SES/AM
25.	LUCIANO PUCCI	SMS/CURITIBA
26.	AMAURY DANTAS	SESMA/BELÉM
27.	ROSANE CUNHA	SIS/MS
28.	JOELLYNGTON MOREIRA	CONASEMS
29.	ALEXANDRE GUNAGEM	CMRST/DIAS/MS
30.	JOSÉ SINVAL CLEMENTE DA SILVA	CONSEMS/AL
31.	MARTA REJANE M. BATISTA	SES/PB
32.	LUCIA QUEIRÓZ	DG/SAS/MS
33.	RICARDO V. SCOTTI	ST/CONASS
34.	LINDEMBERG M. DE ARAUJO	SES/PB
35.	DULCELENA ALVES VAZ MARTINS	FNS
36.	ANTONIO RAIMUNDO	FNS
37.	ANA CECÍLIA FAVERES	SIS/MS
38.	RODRIGO PUCI DE SÁ E BENEVIDES	SIS/MS
39.	EDMUNDO ALVES GUEDES	SMS/S. LUÍS/MA
40.	JONHSON ARAUJO	SAS/MS
41.	MARIA HELENA DE CASTRO	SAS/MS
42.	RUY NEDEL	CNS/SE
43.	ANTONIO CLARET CAMPOS F.º	SAS/MS
44.	SANDRA SPEROTTO	ASSEDISA/RS

45.	LUIS FERNADO ROLIM SAMPAIO	DAB/SPS/MS
46.	VERA DE OLIVEIRA N. FIGUEIREDO	DAB/SPS/MS
47.	NELSON CARDOSO DE ALMEIDA	SAÚDE DA MULHER/SPS
48.	AIRTON M. SIMONETTI	SMS/GUARA/MA
49.	DJALMA DRESE	SMS CORURIFE/AL
50.	FRANCISCO B. CARDOSO CAMPOS	SAS/MS
51.	LUISA GUIMARÃES	SPS/MS
52.	ANDRÉ LUIS B. CARVALHO	SPS/DAB-CIABS
53.	DARLENE PEREIRA VASQUEZ	SES/RR

### **3 - Pauta**

- 1. Cadastramento de Servidores do MS Cedidos para o SUS - SPS/SE/SAA/CGRH**
- 2. O Impacto da PEC da Saúde nos Orçamentos Estaduais – SE/CT-CONASS**
- 3. Plano de Regionalização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus - SPS/MS**
- 4. Regulamentação da NOAS 01/2001 – SAS/SPS/MS**
- 5. Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças – ECD – FUNASA/MS**
  - 3.1 - Certificação de Municípios
- 6. Vigilância Sanitária – Habilitação dos Estados -ANVISA**
- 7. Habilitação de Estados**
  - 4.1 – Gestão Avançada do Sistema Estadual
  - 4.2 – Gestão Plena do Sistema Estadual
- 8. Habilitação de Municípios**
  - 5.1 – Plena de Atenção Básica
  - 5.2 - Plena do Sistema Municipal

#### **Extra Pauta:**

1. Implantação das Auditorias nos Estados e Municípios em Gestão Plena – Barjas Negri - SE/MS
2. Portaria das Filantrópicas – Renilson Rehem - SAS/MS

#### **Informe CONASEMS:**

- a. Propostas e projetos em tramitação no Congresso Nacional relacionadas ao setor saúde
- b. Censo 2001
- c. XVII Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde

#### **4 – DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

O Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, Dr. Barjas Negri coordenou a 1ª Reunião Ordinária da CIT, do dia 15 de fevereiro de 2001.

**1 – Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças - ECD** – foram certificados com vigência a partir de 1º de março: 46 municípios da Bahia, 07 do Ceará, 09 do Espírito Santo, 47 de Goiás, 01 do Maranhão, 92 de Minas Gerais, 05 do Pará, 08 do Paraná, 13 do Rio Grande do Norte, 05 de São Paulo e 09 do Tocantins. **2) Habilitação de Municípios** – foram habilitados em Gestão Plena de Atenção Básica os municípios: Aramari e Itanagra/BA; Divisópolis e Santa Cruz de Minas/MG; Carapicuíba, Mirante do Paranapanema e São Paulo/SP. O representante do CONASEMS para a Região Norte Dr. Néilton Oliveira colocou que gostaria de contar com a presença do Secretário Municipal de Saúde de São Paulo/SP, Dr. Eduardo Jorge, para cumprimenta-lo pelo esforço realizado e pela coragem e agilidade com que o município trabalhou a questão da municipalização. O representante do CONASS para a Região Sudeste Dr. José da Silva Guedes falou que o fato da cidade de São Paulo voltar a integrar a corrente do SUS é extremamente importante, que isso dependeu de um trabalho conjunto e que achava necessário fazer um certo proselitismo político à favor da Secretaria Estadual, entendendo-se que é uma coisa muito séria juntar uma rede de mais de 200 unidades com uma outra rede de 150 unidades básicas, e colocar à disposição da Prefeitura de São Paulo cerca de 7.000 funcionários estaduais. Dr. Barjas Negri cumprimentou a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e a Secretaria Estadual, dizendo que a habilitação da cidade, que tem 10 milhões de habitantes, acaba consolidando ainda mais o SUS. **3) Habilitação de Municípios em Gestão Plena do Sistema** – foram habilitados com vigência para 1º de março, os municípios de Irecê e Jequié/BA, e Coruripe/AL. O Secretário de assistência à Saúde Dr. Renilson Rehem comentou que apesar de ter demandado um longo processo de negociação, a habilitação do município de Irecê reafirma que o caminho da negociação e da persistência funciona e elogiou o desempenho da equipe do Departamento de Descentralização da Assistência/SAS, da Secretaria Estadual de Saúde/BA e do COSEMS/BA, para a superação das dificuldades. **4) Habilitação de Estados** – foi habilitado em Gestão Plena do Sistema Estadual o estado de Goiás, com vigência a partir de 1º de março de 2001. **5) O impacto da PEC da Saúde nos Orçamentos Estaduais** – Dr. Barjas colocou que a Emenda Constitucional foi aprovada e teve impacto já no ano 2000, porém não se tem qualquer informação mais consistente, a não ser aquela do SIOPS, a respeito da execução orçamentária dos para estados e municípios. Não se tem um balanço consolidado dos orçamentos aprovados pelas Assembléias Legislativas que mostre o que aconteceu nos orçamentos dos estados em comparação ao que foi executado em 99, e é preciso que se faça um esforço para obter essas informações com rapidez. Pediu aos Secretários que passem essas informações para a assessoria técnica do CONASS e para a Secretaria de Investimentos em Saúde a fim de que se possa fazer uma consolidação e começar a debater a aplicação deste dinheiro, qual é o avanço e o que pode ser feito para melhorar ainda mais a consolidação do SUS e a descentralização. Nos municípios é mais difícil coletar esses 5.000 orçamentos, mas pode-se montar uma metodologia com

apoio do CONASEMS para começar a captar as principais informações dos municípios das capitais e dos municípios de maior porte, pelo menos. Isto serviria para pressionar no sentido de que não haja redução de recursos e usar como instrumento para que os órgãos colegiados existentes no SUS possam verificar se o município eventualmente não está cumprindo a legislação. Estas informações facilitam a elaboração da PPI, porque cada um sabe exatamente quais são os tetos para os estados, podendo fazer a pactuação das ações de saúde com mais propriedade. O assessor do CONASS Dr. Ricardo Scotti informou que o Presidente do CONASS encaminhou ofício a todas as Secretarias, e que foi acertado com a SIS a questão do fluxo e uma forma única de consolidado a que todos tenham acesso. Dr. Guedes disse considerar o assunto importante e complexo. Uma coisa é ter aprovado a mudança constitucional e outra é saber em quanto tempo vai-se normalizar esse recurso vinculado, porque na área da educação, a título de exemplo, levou anos para que houvesse um acordo sobre o que é gasto em educação. Na área de saúde é preciso que se defina o que são efetivamente os gastos em saúde, sob pena de a compreensão de determinados secretários de fazenda ou de planejamento vir a complicar a conquista do dinheiro para o SUS. Sugeriu que a CIT ou uma outra instância apresente um documento dizendo o que se considera como sendo gasto em saúde, já que a emenda mexeu fundamentalmente com o artigo 198 da Constituição, que fala em gastos com serviços e ações numa rede descentralizada. O Secretário de Políticas de Saúde Dr. Cláudio Duarte colocou que ao se trabalhar o processo de implantação da NOAS juntamente com o CONASEMS no que se refere a avaliação das atuais habilitações em Plena da Atenção Básica e à habilitação em Básica Ampliada, se terá uma oportunidade única de avaliar o financiamento municipal, e distribuiu um documento da Associação dos Membros dos Tribunais de Conta do Brasil contendo uma análise detalhada dos conceitos, execução financeira e classificação programática do que é gasto em saúde. Disse que o Conselho Nacional de Saúde abordou este assunto nas suas últimas reuniões, e a sugestão é de que a CIT faça parte dessa discussão e que isto possa gerar um documento a ser repassado aos prefeitos, governadores e secretários estaduais e municipais de saúde. O Secretário de Investimentos em Saúde Dr. Biazotto disse estar participando de reuniões com o CONASS e CONASEMS e que na última reunião estiveram presentes Comissões da Câmara e do Senado na área social, a Associação dos Membros dos Tribunais de Conta do Brasil, o Conselho Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde, e outros que militam na área, e que as informações que estão sendo levantadas pelo SIOPS são uma tentativa de ir conformando o que vai ser gasto identificado como em saúde. Lembrou que foi matéria de portarias a institucionalização da resposta ao SIOPS como um dos elementos do processo de habilitação, e que as últimas planilhas tentam entrar neste emaranhado que é o conjunto de transferências diretas, indiretas e o conjunto de relação de fundo, onde se estará explicando para o Tribunal de Contas o que afinal é saúde. Com relação ao balanço/2000, terá que ser montada uma força tarefa, porque ele não vai estar pronto até 30 de abril, mas talvez já se consiga ter informações prévias para ir melhor identificando esses dados. Na reunião de ontem do CONASS foram colocados os dados de 99 para serem respondidos pelos estados, a fim de que se tenha um acerto na identificação das rubricas e dos valores gastos. Dr. Néilton disse que a aprovação da PEC cria uma

expectativa na população e mesmo em parte dos gestores que não a conhecem detalhadamente, de que haverá um volume de recursos financeiros maior do que de fato estará disponível. Assim, caso não se consiga traduzir esse aumento de recursos, que é significativo, nas prioridades que precisam ser estabelecidas, haverá uma falta de sintonia entre a melhoria dos recursos, sua melhor utilização e a satisfação da população. Este assunto foi discutido na reunião do CONARES realizada em Brasília, com a presença de 25 COSEMS e 23 Secretários de Saúde de capitais, sendo enfatizada a necessidade de que seja passada uma visão clara para a população, a fim de que ela possa entender os limites que estão colocados em termos de recursos para as demandas que vão continuar sendo crescentes. Dr. Ricardo Scotti propôs o fechamento de uma primeira proposta em cima das questões para as quais não existem mais dúvidas, como forma de construção de um documento provisório sobre o Orçamento para 2000, já que ainda existem questões pendentes de esclarecimento. A outra frente de trabalho que está sendo iniciada para adequar um instrumento provisório de programação para 2001, deve deixar uma abertura que possibilite no instrumento, o acompanhamento desta, acertando-se alguns conceitos como receita e despesa que possam esclarecer dúvidas quando da análise da programação. Dr. Guedes ponderou que a Emenda estabelece o ano de 2004 como a data limite a partir da qual terá que ser regulamentada e que não há tempo para deixar essa coisa amadurecer. Assim, quando se vai colher informações sobre gasto em saneamento é preciso colocar isso com cautela, para que as pessoas não entendam que isso significa gasto em saúde. É preferível começar errando, talvez de uma forma restritiva, talvez provocando polêmica que alguém ou outras estâncias irão questionar, mas que se defenda que esse gasto seja restrito às ações de saúde. Dr. Barjas fez 2 comentários a respeito da questão dos gastos da saúde: 1) há uma sistemática para coletar informações que é extremamente importante para acompanhar a evolução, inclusive por proteger aqueles parceiros nossos que eventualmente tenham pressões de suas equipes econômicas para restringir os gastos com saúde; 2) todos sabemos o que é gasto em saúde, não concordo com a afirmativa de que a educação levou 20 anos para saber o gasto com a educação. A educação sabia, só que a equipe econômica impunha algumas regras, principalmente aos secretários de finanças municipais e estaduais. Disse que como secretário de educação que foi sabia o que era gasto com educação, mas o secretário de finanças tinha outra interpretação e que é importante fazer esse comentário porque por maior divergência que tenha no meio do caminho, essas coisas serão ajustadas. A questão do saneamento não é tão controversa e o Dr. Guedes colocou bem isso. O gasto que se faz com saneamento oriundo de tarifas não pode entrar no cômputo da saúde porque não tem a receita de impostos nisso, mas se em algum lugar o governo resolve pegar imposto e colocar em saneamento, isso é posto na área da saúde. Uma vez estabelecidas essas regras fica relativamente simples: o governo tem de optar se vai pegar dinheiro de impostos e colocar em saneamento ou em algumas ações de saúde. Captar as informações de 99 é muito importante porque a PEC valeu para 99, ela é a base da escada daí para frente. Temos de saber qual foi o balanço executado em 2000 para verificar se o orçamento de 2001 foi feito nessas regras. Pela sua experiência, acha que grande parte dos orçamentos municipais e estaduais com saúde e com educação estão subestimados no ano de 2001, porque houve uma

aceleração de receitas tributárias de impostos no final do ano e a base de cálculo do orçamento de 2001 foi feita com a previsão de junho de 2000. Temos que verificar qual foi o executado no passado, para fazer o debate. **6) Plano de Regionalização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabete Mellitus-** Dr. Cláudio Duarte colocou que a SPS está trabalhando em vários componentes desse plano, entre os quais está o Plano Nacional para Capacitação de Recursos Humanos. Já foram capacitados 180 multiplicadores e o plano prevê a capacitação de 4000 a 5000 multiplicadores em todo o país até o final do ano, que atuarão nas unidades básicas de saúde junto aos médicos e enfermeiros do PSF, no sentido de mudar a lógica da atenção e do monitoramento clínico. Foi apresentada ontem ao CONASS uma proposta preliminar à partir de um trabalho que está sendo realizado com assessoria do “Celafis” sobre a questão da atividade física no tratamento dessas doenças. No dia 6 de março será iniciada uma campanha nacional de detecção de portadores de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, e a sua vinculação às unidades básicas de saúde. Os equipamentos estão sendo distribuídos e na verdade essa campanha é um veículo para que se abra um canal de mobilização e de comunicação com essa população adulta acima de 40 anos. Sugeriu a formação de 2 grupos de trabalho envolvendo o MS, CONASS e CONASEMS, para trabalhar 2 aspectos fundamentais do plano que são: 1) a assistência farmacêutica, para que se possa compreender como estão pensados os planos de assistência farmacêutica estaduais e municipais com relação a essas doenças; 2) a questão das referências para exames e tratamentos especializados, já na lógica da regionalização. Informou que está sendo feito acordo com a FIOCRUZ para que esta instituição acompanhe a execução desse plano nacional, seja no que está concebido como marco teórico de organização, seja no que ele vai implicar de monitoramento. Durante o mês de março serão inseridos 6 procedimentos na tabela do SIA, sem valor, e será impresso um formulário para facilitar o registro dos dados relativos a quantas pessoas fizeram os testes e os resultados. O grupo vai trabalhar também no sentido de identificar as inovações que precisam ser colocadas no sistema de informação já existente, para que se possa fazer o monitoramento pós-campanha. O Representante do CONASS para a Região Centro-Oeste Dr. Fernando Cupertino colocou que há uma preocupação com relação aos recursos para medicamentos básicos, já que há sabidamente deficiência ou insuficiência atualmente e perguntou se haveria um reforço. Francisco Izaías informou que na reunião nacional do CONASEMS foram abordadas as questões da assistência farmacêutica e dos exames de elucidação diagnóstica, já que há exames que não estão contemplados no Piso de Atenção Básica e que vão aparecer na rotina das unidades envolvidas na campanha, sendo sugerida a formação de um grupo para discuti-las. Dr. Cláudio colocou que do ponto de vista assistencial não se tem ainda parâmetros da assistência farmacêutica para essas 2 doenças, então a idéia é trabalhar à partir do que se tem acumulado, quantificar os casos novos, garantir que no decorrer da campanha as informações que vão estar na tabela do SIA possam ser processadas, para que se possa cotejar a estimativa de hipertensos e diabéticos por base epidemiológica em determinado município por faixa etária de 40 anos e os que se detectou. Essa informação vai ser essencial para se fazer o planejamento nacional, e garantir que as pessoas diagnosticadas tenham os insumos básicos para o seu acompanhamento. Dr. Cupertino disse que a sua

preocupação é se será possível conseguir fazer o diagnóstico, porque os municípios já tem uma sobrecarga importante de exames complementares e terão problemas para disponibilizar rapidamente 1000 exames a mais para detecção do diabetes, por exemplo. Certamente que os glicosímetros vão ajudar, mas alguns casos vão ter que ser encaminhados à rede para exames. A questão do medicamento é preocupante, e segundo foi discutido na nossa reunião da Câmara Técnica, pelos padrões e parâmetros da Organização Mundial da Saúde talvez tenhamos um acréscimo de quase o dobro de pacientes com relação ao que se conhece. Isso deve ser pensado seriamente, e deve ser firmado um pacto tripartite de buscar construir essas condições, já que um dos requisitos colocados pelos secretários estaduais e municipais diz respeito à garantia da oferta do medicamento, que é uma questão crucial e para a qual temos que ter uma resposta rápida. O Secretário Estadual de Saúde de Pernambuco Dr. Guilherme Robalinho, colocou que o diagnóstico da hipertensão e do diabetes é um passo avantajado, e que o seu medo é o tamanho do passo e se não seria mais útil para a realidade de cada estado escolher uma área piloto ao invés de partir para uma divulgação em massa, como já está sendo feita pelo Ministério, dando a entender que a partir de março a questão esteja resolvida, sem que se tenha a certeza de fornecimento dos medicamentos. Disse achar a proposta grandiosa, merecedora de apoio irrestrito de todos, mas há o medo de que o passo seja muito grande caso não se tenha as reservas, e que se caia no desgaste. Dr. Neilton colocou que este programa não pode ser tratado como um programa vertical isolado: ele está associado às questões de Regionalização, da Atenção Básica, da Educação em Saúde, ao Saúde da Família, e não pode ser tratado na visão antiga dos programas especiais. É preciso atentar para o fato de que a medida em que se atende a uma demanda reprimida e se melhora o acesso a determinado tipo de atendimento, há por reflexo um aumento da demanda da população de todas as outras necessidades. É um problema de visão, estratégia e recursos para o qual os dois grupos vão dar uma contribuição muito grande no estabelecimento dessa visão e da estratégia, mas eles não terão poder político de definir a alocação prioritária nem o montante de recursos para essas necessidades, pelo que a Tripartite precisa estar atenta para não perder o tempo dessa proposta. Dr. Guedes ponderou que o abastecimento de que se fala é uma coisa emergencial, e que a grande maioria dos diabéticos tipo II que serão diagnosticados e que vão usar antidiabéticos orais, deverão receber a glibenclamida e metiformim. A FURP/SP só vai conseguir ter glibenclamida no 2º semestre, então no estado de SP comprando rapidamente a glibenclamida ou teremos de usar clorpropamida que temos, contrariando a recomendação dos técnicos. Pelo que está informado o medicamento é muito barato, mas o problema é saber se há tempo e estoque para nos abastecer, porque no fim de março teremos uma quantidade enorme de gente precisando tomar remédio. Dr. Cláudio Duarte colocou que o problema tem que ser enfrentado com seriedade e capacidade de se antever àquilo que vai acontecer. Disse concordar com o Dr. Robalinho quanto a ter a preocupação de não estar fazendo alarde de uma coisa para a qual não se está preparado, mais que este assunto está sendo discutido há mais de 6 meses, e que o MS não pode ficar esperando que os municípios isoladamente resolvam o seu problema de hipertensão e diabetes e está entrando com recursos da ordem de R\$ 42.000.000,00 para aquisição dos glicosímetros e fitas. A questão do

abastecimento está sendo discutida, e queremos sentar com os estados e municípios para fazer simulações no que diz respeito a insumos e medicamentos. Os planos estaduais e municipais de Assistência Farmacêutica Básica já deveriam estar contemplando pelo menos 40 a 50% dos hipertensos e diabéticos e deverão ser descobertos mais 20 a 30%, necessitando de uma estratégia adicional. A questão dos exames talvez seja mais complicada porque a capacidade está concentrada em aglomerados e aí tem que entrar a questão da regionalização imediatamente. Assim esta é uma oportunidade ímpar para as Secretarias Estaduais começarem a trabalhar dentro dos planos de regionalização. A SAS e a SPS vão dar todo o suporte técnico, contando com um conjunto de 12 consultores especialistas nessas 2 áreas, que estão indo aos estados assessorar e ajudar na elaboração dos planos estaduais. Dra. Lúcia Derks informou que alguns municípios da Paraíba fizeram uma campanha em 1996/97, e que já foi muito mais fácil planejar depois disso, porque sabe-se o número de diabéticos, quantos são os insulino-dependentes e o que o estado precisa fazer em termos de programação para abastecer os municípios que estão organizados. **Informe - Cadastro de usuários do SUS** - Dr. Biazoto informou que vários estados e municípios já procuraram a Secretaria de Investimentos em Saúde para compor as suas comissões estaduais e iniciar o cadastramento e que já se avançou bastante na definição de formulários e valores financeiros da contribuição do MS no processo. Dra. Rosane colocou que a proposta de cadastramento de usuários do SUS foi aprovada na Tripartite de outubro e que demorou-se para formalizá-la por 2 razões principais: 1º) a necessidade de montar um sistema de cadastramento de grande complexidade, que pressupõe uma crítica às informações que são geradas, e que para se ter depois uma base de dados de mais de 6.000.000 de pessoas, haverá que ser um sistema que permitisse a inclusão, manutenção e atualização das informações; 2º) a decisão de trabalhar com um único sistema de cadastramento que envolve usuário e domicílio. A Portaria 17 do dia 04/01/2001 que foi republicada anteontem, é a portaria do Ministro que institui o cadastramento e que publica o formulário. Está saindo uma segunda Portaria Conjunta da Secretaria Executiva/ Secretaria de Gestão de Investimentos que vai publicar o Termo de Adesão dos estados e municípios ao processo, tendo agregado um Termo de Responsabilidade do gestor em relação à guarda da base de dados, e uma 3ª Portaria da SAS, que vai incluir os procedimentos válidos de cadastro na tabela do SIA. O assunto vem sendo discutido com o CONASS e CONASEMS, e está sendo programada uma nova reunião com o CONASEMS para o princípio de março. O cartão foi o grande assunto da Reunião do CONARES ontem, e alguns secretários de saúde vieram discutir a inclusão de seus municípios para introdução no cartão, sendo explicado que o cadastramento é o primeiro passo para isso, já que o sistema pressupõe a vinculação de tudo a esse usuário, o qual terá um número único de identificação em âmbito nacional a ser dado pelo cadastramento. O 2º instrumento é o cadastramento de unidades e de profissionais, que a SAS está capitaneando. Este informe visa chamar a atenção para o que está saindo nas portarias e solicitar a colaboração dos estados e municípios para que o processo se viabilize. O apoio do IBGE ao processo está sendo muito mais expressivo do que se imaginava: estão se dispondo a compor coordenações estaduais, a disponibilizar suas agências para dar apoio, estão disponibilizando mapas censitários digitalizados, cadastro de logradouros, e

relação do pessoal que fez o censo, para na eventualidade do município ou estado não dispor de ACS poder utilizar esse pessoal. A idéia é de que se consiga trabalhar com a possibilidade de construção de mapas por setor censitário na lógica de territorialização. Dr. Biazoto informou que haverá o lançamento do cartão amanhã em Florianópolis e na seqüência São José dos Campos, Serro Azul e Aracaju, e no mês de março nos outros municípios dos 44 que compõem o piloto. Fez uma observação ao Dr. Robalinho de que a campanha do cartão não foi nacional, e que deu muito problema porque como era municipalizada, não se poderia colocar na mídia televisiva por causa da abrangência, mas mesmo na mídia de rádio, isso dava problemas com outros municípios, então a única maneira de fazer cadastramento é de uma forma regionalizada mesmo, se possível em âmbito nacional como estamos tentando agora. A representante do CONASS para a Região Nordeste Dra. Marta Nóbrega fez a proposta de colocar como termo de adesão do estado de Sergipe 30 dias para fazer o cadastramento de todo o estado, já que em Aracaju grande parte já foi feito o estado tem somente 1.700.000 habitantes, 100% dos seus municípios tem ACS e quase 70% tem PSF. Dr. Barjas ponderou que isso que Sergipe está fazendo deveria servir de exemplo para quase todos os estados, no sentido de haver uma coordenação no âmbito estadual, porque se faz a capital e não faz o entorno, dá problema, e que seria conveniente ter uma participação maior dos estados no sentido de que se implantar o cartão no estado como um todo. Dr. Neílton informou que ontem no CONARES surgiu um assunto mais ou menos urgente, que é a reivindicação de alguns municípios de que seja feito um estudo por parte do Ministério quanto à possibilidade de fazer um adiantamento no momento que os municípios fizessem a adesão para fazer o cadastro, que pudesse ser repassado como um incentivo tipo PAB. Dr. Barjas falou que esse assunto será colocado como ponto de pauta na próxima reunião. **7) Regulamentação da NOAS** – Dr. Renilson se referiu inicialmente a uma proposta do Dr. Armando Raggio de se criar algum mecanismo de parceria diferenciada com os hospitais filantrópicos, o que está sendo trabalhado, e fez a distribuição de uma minuta de portaria para ser discutida e ver se tem condições de ser colocada em pauta na reunião de 15/3. A idéia é criar uma alternativa que não seria cumulativa com o FIDEPS, exclusivamente para hospital filantrópico de caráter regional, criando parceria e um vínculo diferenciado no sistema estadual, com condições para que o estado possa implantar e para que o hospital possa receber. Com relação à NOAS, a intenção não é concluir a regulamentação hoje e sim fazer a apresentação dos documentos que se conseguiu elaborar, na sua maior parte em conjunto com a SPS, e ver se na próxima reunião poderemos aprovar. O cronograma está muito apertado, e quando esses prazos foram definidos não foram casados com a seqüência de reuniões da Tripartite, porem eles podem ser repactuados sem que isso represente um atraso significativo do processo. Caso se consiga cumprir os prazos, a partir do meio do ano estará começando concretamente a habilitação de municípios. A Diretora do Departamento de Gestão da Assistência/SAS, Dra. Maria Helena Brandão relatou que alguns estados já fizeram um rascunho da regionalização e que a SAS está tentando estar junto e fazer junto, até para ver as fragilidades da NOAS e como superá-las. Com relação aos prazos disse que o 1º bloco de regulamentação teria que estar publicado até o dia 3 de março, que foi tentado manter o prazo e que os documentos estavam sendo apresentados com

abertura para melhorias. O documento da programação, extremamente pesado, que já foi distribuído para os técnicos, será dividido em dois: um documento orientador da programação e outro documento contendo anexos, e a Portaria reflete as incorporações de críticas e sugestões do ponto de vista da lógica que estava sendo proposta, oriundas da assembleia do CONASS. Não houve tempo para fazer revisão do documento e além do mais, concluiu-se que não adianta ficar trabalhando nele se as diretrizes políticas da programação não estiveram aprovadas. Assim a Portaria contém as diretrizes políticas, que tem um cunho mais significativo do ponto de vista da discussão desse fórum. O segundo bloco está composto por 2 Instruções Normativas que se reportam ao Processo de Habilitação com os anexos e os processos de habilitação em Plena Básica Ampliada e Plena do Sistema, e a outra que trata do Processo de Regionalização e Qualificação. Propondo que fosse realizada a macro marcada para o dia 15/3 sugeriu o adiamento da 1ª macro que estava marcada para o centro-oeste nos dias 21 e 22/02. Dr. Fernando Cupertino sugeriu que no lugar da 1ª macro se aproveitasse para fazer uma reunião técnica e tentar clarear os pontos de dúvida, para que já na reunião do dia 15 se pudesse aprovar as Portarias e também as Instruções Normativas. Maria Helena ponderou que deveria se ter o cuidado de não transformar isso numa assembleia, e sugeriu a participação de 4 representantes de cada instância Tripartite, o que foi aceito. Dr. Néilton colocou que os temas abordados com maior profundidade na reunião do CONARES foram a questão da regionalização e do cartão do SUS, e que gostaria de aproveitar esse clima para pautar uma reunião técnica com a Dra. M.<sup>a</sup> Helena nos dias 13/14, véspera da próxima Tripartite. Disse que tem 2 pontos que precisam ser reforçados, já que estão sendo aprovadas uma série de questões em relação à regionalização e existem algumas distorções de operacionalidade e de prazos, que necessitam de um compromisso de todos no sentido de estar pactuando. O CONARES solicitou à direção do CONASS que tivesse uma atuação especial na condução desse processo, não só com relação ao texto dos documentos, mas também com relação à divulgação, para que não haja má interpretação do que está sendo proposto. Dr. Renilson disse que sua grande preocupação é com o cronograma que é muito apertado, não só para aprovar os instrumentos complementares de regulamentação, mas também de iniciativa do processo, sendo extremamente importante que o CONASS desempenhe um papel de apoio e de acompanhamento dos estados, para que possa ter um processo ágil de execução. A ideia é trabalhar nesses documentos e aprovar na Tripartite de 15 de março o máximo que se possa, principalmente no que diz respeito a PPI, já que ela é condição técnica para a regionalização. Dr. Robalinho informou que a discussão da regionalização/microrregionalização havia sido iniciada no estado de Pernambuco no dia 10, envolvendo a 5ª Regional de Saúde, com a participação de 23 municípios e a presença de Secretários de Saúde e Prefeitos.

**8) Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças - ECD** – O Presidente da FUNASA Dr. Mauro Machado relatou que o município de Viana/MA informou que a Bipartite não havia deliberado a análise do seu pleito de certificação, e sugeriu a formação de uma comissão tripartite para ir ao estado examinar a questão. Caso seja definido pela certificação, que a proposta seja encaminhada à CIT com efeito retroativo à partir de hoje. Disse que o documento Avaliação dos Indicadores de Qualidade em Vigilância Epidemiológica e Ambiental

entregue na reunião anterior havia sido refeito, aprimorando a explicação em relação à metodologia implantada e fazendo algumas alterações. Essa versão final contém informações relativas a 1999, com exceção do SINASC e do SINAN cujas informações são de 1998. Até o final de 1º semestre já se terá uma avaliação do ano 2000, fazendo inclusive uma relação com os anos anteriores para saber quem melhorou e quem piorou, e a FNS se dispõe a ajudar os estados e municípios para que possam melhorar alguns indicadores de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde. Com as certificações hoje aprovadas já temos 3.243 municípios certificados, além de todos os estados da Federação. Estamos com problemas nos estados de Rondônia e do Piauí, sendo que Rondônia pediu um prazo adicional para implementar as ações. Lembrou que a FUNASA se dispôs a desenvolver junto com os estados e municípios uma metodologia para que o estado possa avaliar as ações de seus municípios, e é importante que o CONASS e o CONASEMS indiquem algumas pessoas para trabalhar o assunto. Dra. Eliana Pasini perguntou ao Dr. Mauro sobre a situação de Rondônia, já que alguns municípios foram certificados no ano passado mas não está sendo considerada a certificação. Dr. Mauro respondeu que isto ocorre porque há necessidade de que a Secretaria Estadual de Saúde se habilite antes ou conjuntamente com os municípios, e como a SES/RO pediu a prorrogação da liberação dos recursos, o mesmo período está sendo considerado para os municípios já certificados, os quais receberão os recursos no momento que a SES/RO receber, ou seja, à partir de 1º de março. Dr. Guedes relatou que está ocorrendo um problema sério de raiva bovina e também de outros herbívoros envolvendo vários estados, que tem interface complicada saúde/agricultura, e já há um movimento junto ao Ministério da Agricultura para reunir os Secretários de Agricultura e os governos de SP, MG, RS, MT, MS e GO. No ano passado tivemos mais de 800 casos de raiva em herbívoros em São Paulo e a moldagem do diagnóstico da raiva hoje está nitidamente implicada com o diagnóstico de encefalites e encefalopatias do boi, e a doença da vaca louca está nesse grupo. Dr. Mauro informou que a FUNASA já está em contato com o Ministério da Agricultura para estabelecer uma relação de ação conjunta e implementar essas ações junto às Secretarias de Agricultura dos estados. O Diretor do CENEPI Dr. Jarbas Barbosa colocou que a questão da vaca louca emergiu em virtude da briga comercial Brasil/Canadá, e simultaneamente saiu uma notícia de que um dos doadores de um pool de plasma utilizado para a fabricação de um lote de albumina exportado para 11 países, inclusive o Brasil, era portador da "variante" da doença de Jacob, que é associada com a vaca louca. Foi feita uma discussão muito intensa aqui no Ministério, o que constituiu um grupo de especialistas, e ao final ficou estabelecido que não há risco de transmissão sanguínea. Está sendo enviado a todos os hospitais que podem ter recebido esta albumina, uma nota técnica bastante detalhada no sentido de tranquilizar quem recebeu. A medida preventiva o MS já tinha tomado desde 1996 ao proibir a importação de hemoderivados da Inglaterra, e essa comissão que está constituída vai fazer normas adicionais para algumas questões que estão em dúvida, como foi por exemplo, a utilização de material humano e bovino em próteses, e processos de tratamento em saúde e de manuseio dentro de laboratórios. A incidência da doença de Jacob é de 1 caso para 1.000.000 de pessoas/ano, que corresponderia a 160 casos por ano no Brasil, porém como a nossa expectativa de vida não é tão alta e como vários desses casos ficam

embutidos em outros processos demenciais, nós temos um numero bem menor de casos. Não há nenhum caso da "variante" da doença de Jacob exceto na Inglaterra, França e Irlanda. **9) Cadastramento de servidores do MS cedidos para o SUS** – Dr Barjas colocou que o Ministério da Saúde tem uma quantidade enorme de servidores cedidos a estados e municípios, porem não possui um cadastro adequado de sua localização, e que alguns secretários levantaram esta questão já que gostariam de ter uma participação maior na política de alocação e redistribuição desses profissionais. Assim, a proposta é de se fazer um cadastro em comum acordo com os Secretários Municipais e as Secretarias Estaduais, para saber as reais localizações desses servidores por unidade de saúde, e estabelecer também, na medida do possível, uma regra de transferência, para que o MS e principalmente o Gestor Estadual tenham um certo controle e acompanhamento desses mais de 50.000 servidores que estão espalhados no país. Pedimos ao setor de Recursos Humanos que fosse estudando isso e a possibilidade de fazer uma parceria para a realização de cadastro. Por outro lado, os senhores acompanharam uma CPI no Congresso Nacional sobre o Fundo de Desenvolvimento do Ensino Fundamental e a Valorização do Magistério, tendo havido a conclusão de que há desvio de 1 bilhão de reais, o que não é verdade, porque 60% do FUNDEF vai para pagamento do pessoal, 20% é para manutenção. De fato há algum desvio, alguma fraude, e isto ocorre porque há falha de auditoria. A descentralização do MEC é diferente da do Ministério da Saúde cuja descentralização é pactuada, atualmente com quase todos os municípios no PAB, com mais de 4.000 municípios recebendo dinheiro da Assistência Farmacêutica Básica, mais 5.000 municípios no Programa de Combate às Carências Nutricionais, 500 municípios em Gestão Plena do Sistema, 6 estados em Gestão Plena Estadual, um processo de co-financiamento em Pernambuco, e uma transferência fundo a fundo dos medicamentos excepcionais e dos medicamentos em saúde mental. Trata-se de recursos da ordem de R\$ 9.300.000.000,00 que são transferidos fundo a fundo aos fundos municipais e estaduais, e não está havendo uma discussão mais amarrada a respeito das auditorias. Em tese, todo os municípios em Gestão Plena deveriam ter uma auditoria mais eficiente e a regra principal para entrar em Gestão Plena Estadual é ter auditoria, no entanto o Ministério acaba recebendo denúncias e fazendo intervenções de auditoria em estados que estão em Gestão Plena. A nossa auditoria continua centralizada no âmbito federal e os estados estão estruturando suas auditorias de forma ainda muita lenta. Temos que dar um basta nisso e estabelecer uma regra de fazer também a descentralização da auditoria. Entendemos que no MS tenha que ter um bom sistema de auditoria, atuando mais na auditoria de gestão, com um corpo técnico menor, e que parte dessas pessoas possa ser descentralizada, com estrutura, para apoiar as auditorias dos estados e dos municípios. Além disso, os recursos da PEC permitem um ganho adicional de orçamento nos estados e nos municípios, que não é muito, mas seria suficiente para estruturar o Departamento de Auditoria, para que se possa fazer essa auditorias de forma mais coerente, com menos trabalho. O CONASS, o CONASEMS e a própria população acaba reclamando, e nós somos obrigados a fazer as auditorias porque a Ciset, o Tribunal de Contas e o usuário cobram. Assim temos de verificar uma forma de pactuar a implantação consistente e adequada das auditorias no âmbito dos estados e dos municípios em Gestão

Plena. Isso eu queria colocar com prioridade nas negociações daqui para frente.

**10) Introdução de CD4/CD8 nos procedimentos do SIA/SUS** – Dr. Cláudio informou que a intenção é discutir a estratégia de viabilização dos exames de carga viral CD4/CD8 e a estratégia de universalização dos testes HIV. Nos últimos 20 a 30 dias o Brasil tem sido motivo de várias matérias internacionais sobre o sucesso das estratégias das políticas públicas, que é resultado do esforço do MS, estados e municípios, seja na prevenção e promoção da saúde, seja na detecção precoce da AIDS. A SPS juntamente com a SAS e a Secretaria Executiva através do Departamento de Programas Estratégicos, está discutindo essa estratégia do CD4/CD8 em relação ao FAEC. Dr. Paulo Teixeira colocou que até o momento existem 3 grandes linhas de apoio laboratorial para o programa de AIDS em todo o país que são: 1º) diagnóstico da infecção pelo HIV; 2º) CD4, exame que estabelece o perfil imunológico dos pacientes e 3º) carga viral que verifica como está a carga viral do paciente, particularmente daqueles sob tratamento. A sorologia está já há alguns anos sob a responsabilidade dos municípios, mas não houve um detalhamento no que se refere a estimativas, metas, etc. Com relação ao CD4/CD8, há 2 anos vem sendo discutida a necessidade de sua descentralização, mas isso não foi adequadamente detalhado, negociado e pactuado aqui na Tripartite. Portanto, temos uma rede de laboratórios de CD4 e carga viral de 70 e 60 unidades respectivamente, que hoje trabalham sob responsabilidade principalmente dos estados, mais a partir da organização e fornecimento de insumos por parte do programa e do MS. Embora a rede esteja bem estabelecida do ponto de vista técnico e de estrutura, existe uma certa demanda reprimida importante que esta rede precisaria dar conta de atender. Assim foi elaborada uma proposta de descentralização, que envolve a revisão do número de exames a ser realizados e da proposta de financiamento do pacto que seria feito. A proposta começando com o CD4 e carga viral seria: 1) para este ano ainda aquisição pelo MS de um estoque estratégico que permita apoiar o funcionamento da rede no 1º semestre de 2001, só que nos moldes anteriores, limitado e com repressão de demanda; 2) inclusão do custo dos insumos no FAEC, com repasses para os estados fazerem a aquisição e distribuição. Em consequência disso a remuneração do CD4 na tabela do SIA/SUS ficaria limitada aos procedimentos, ou seja: CD4 remunerado com R\$13,00 e a carga viral com R\$16,00. Consta do documento uma previsão de que faremos ainda esse ano cerca de 420.000 exames de carga viral, e as estimativas foram feitas em cima desses números até o final deste ano. O estudo preliminar do custo, que provavelmente terá uma redução por conta da Ata de Registro de Preços, está ao redor de R\$26.000.000,00 até o final do ano, e isso seria adicional às aquisições que estão sendo feitas pelo Ministério. A idéia é de começar a operacionalizar a descentralização à partir do 2º semestre, com os critérios e metas que estão sendo propostos no sentido de reduzir o atraso na demanda e incorporar outras populações, ficando o MS responsável pelo repasse de recurso pelo procedimento, recurso do FAEC, e em conjunto com os estados, ficaria responsável também pelo credenciamento dos laboratórios adicionais e pelo controle de qualidade dos exames. Ficaria a cargo do Estado: a gestão das redes, a identificação, organização e apresentação para credenciamento, a aquisição de insumos e a prática que já existe em estados e municípios quanto à realização da sorologia para HIV. A partir de um levantamento realizado, verificou-se que é

necessário ampliar o acesso à sorologia HIV em todo o país, para a população de forma geral e para alguns setores prioritários, principalmente no grupo das gestantes, nos centros de testagem e aconselhamento, e na atenção básica quando necessário. No ano passado o SIA/SUS registrou um total 2.000.942 exames que foram realizados e cobrados, mas temos quase certeza de que esse número foi maior, e que grande parte deles já está sendo realizada no âmbito e com recursos de estados e municípios. Assim estamos apresentando uma meta de ampliação de acesso, ficando por conta de estados e municípios aquilo que exceda o que hoje está sendo remunerado, para praticamente dobrar o número de exames no período de um ano: sair de 2.800.000 para cerca de 5.200.000. A proposta é de que os documentos sejam examinados e discutidos, e que os resultados sejam encaminhadas através dos respectivos programas estaduais, municipais ou diretamente para a coordenação, a fim de que se possa avançar e viabilizar o início desse processo à partir do mês de abril. Dr. Barjas informou que o assunto será incluído na pauta da próxima reunião da CIT e pediu que a SAS e a SPS fizessem os estudos complementares de impacto orçamentário. Dr. Robalinho considerou importante a proposta do cadastramento dos já que os secretários não tem um controle efetivo deste pessoal: onde está, o que faz, qual a carga horária, quanto recebe, e que tem absoluta convicção de que essa é uma função que deveria ser trabalhada em conjunto. **Informes CONASEMS** – Dr. Neílton perguntou ao Dr. Barjas quando seria atualizado o recurso do PAB de acordo para a nova população apurada pelo censo e divulgada pelo IBGE, e abordou a questão dos 279 projetos de lei relacionados ao SUS que estão tramitando no Congresso, dizendo que tem havido por parte do MS uma certa timidez em relação ao acompanhamento dessas questões e com isso se tem perdido a oportunidade de contribuir para que haja um avanço na legislação em alguns assuntos específicos. Dr. Barjas esclareceu que o IBGE não divulgou a população de 2001, divulgou apenas as informações preliminares para debate, questionamento, ações, e se necessário recontagem. O IBGE não assina embaixo ainda como uma população definitiva, não somos nós que vamos utilizar esse dado e ter uma enxurrada de ações judiciais. O que fizemos foi obedecer os mesmos critérios do Tribunal de Contas, que adotou uma estimativa do IBGE que incluiu a estimativa de população dos municípios novos e dos que foram desmembrados para efeito de distribuição do FPM. Dr. Cláudio informou que o Ministério da Saúde está soltando uma Portaria hoje que regulamenta o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, e estão sendo abertas as inscrições para médicos e enfermeiros através da Internet, no período de 19/2 a 09/3. Amanhã a lista final dos municípios selecionados através de critérios assistenciais e epidemiológicos será encaminhada aos Secretários Estaduais, e será feita uma consulta formal aos prefeitos com relação à contrapartida, porque caso o prefeito não assuma o compromisso de fornecer alojamento e alimentação para os profissionais, o município será retirado da lista. Informou que foi fechada uma parceria com o CNPQ, na execução do projeto, no pagamento da bolsa, na avaliação e na assessoria para que esse médico e esse enfermeiro possam ter um trabalho investigatório. O valor da bolsa será variável, dependendo da distância do município em relação à capital ou a um centro regional. Dra. Eliana Pasini indagou se a lista poderia ser aumentada, já que Rondônia não entrou com nenhum município, e disse que uma outra questão é com relação à bolsa, porque

o seu valor não é compatível com o salário dos municípios vizinhos. Dr. Cláudio ponderou que o primeiro critério que se cruzou foi município que não tem PSF, município até 50.000 habitantes, município de alta prevalência de malária, TB e mortalidade infantil, então se não apareceu nenhum município do estado com essas características, temos 2 hipóteses: ou a informação que se tem de equipes de PSF implantadas não corresponde a realidade, ou os municípios não tem malária etc., e disse estar estranhando essa informação de Rondônia. A 2ª questão é muito importante, porque deve-se ter cuidado para que essa estratégia de interiorização, que precisa ser feita na lógica do PSF, não represente uma mera substituição das equipes que já estão lá. Não está sendo divulgado na norma, por ser discriminatório, mas estamos colocando que vamos pontuar na entrevista os recém egressos dos cursos de medicina e enfermagem, e a proposta do Conselho Nacional de Saúde é de que se trabalhe na faixa dos últimos 3 a 4 anos, o que daria um horizonte de captação de cerca de 8.000 médicos. Está sendo montada uma comissão de seleção nacional com 30 pessoas, que vão fazer a seleção nos estados. A Secretária Estadual de Saúde do Acre Dra. Grace Mônaco colocou que tem municípios no Acre nos quais não foi possível implantar nada porque não há profissionais para trabalhar, e esses municípios não foram incluídos no programa por não estarem habilitados. Dr. Cláudio colocou que em tese a questão de não estar habilitado não seria problema, o problema é que se não está habilitado, ele não tem ACS, e essa estratégia é de interiorização de equipes de Saúde da Família. Então, a saída é habilitar o município e selecionar ACS, o que pode ser feito em 15 dias. Dr. Fernando Cupertino colocou que 5 itens do elenco mínimo obrigatório de medicamentos estão fora do kit do Saúde da Família, são eles: captopril, carbamazepina, digoxina, fenobarbital e nistatina. Dr. Cláudio informou que a SPS e a SE estão preparando uma minuta com uma lista de medicamentos básicos para reforçar o trabalho que os municípios desenvolvem com as equipes de Saúde da Família, e que houve um problema operacional, o qual já está sendo corrigido. Dr. Barjas afirmou que o PSF está cada vez mais consolidado, que havia 1.600 equipes em 97 e que hoje existem 10.000 equipes. Gastava-se R\$111.000.000,00 em 97 e o orçamento de 2001 é de R\$ 970.000.000,00. Disse que pesquisa realizada no Saúde da Família mostrou que havia falta de apoio de alguns equipamentos para as equipes, e foi mudando sistematicamente a forma do incentivo. Tinha o incentivo variável por equipe e por ACS, e no meio do caminho criou-se um incentivo fixo por equipe, para permitir que o Secretário Municipal compre equipamentos, aparelhos, reforme a unidade de Saúde, etc. Posteriormente foi introduzido o cirurgião dentista na equipe, e embora não tenha ainda nenhuma equipe cadastrada, já existe o incentivo colocado, e nesta semana começa a distribuição de equipamentos de apoio aos laboratórios das unidades de referência. A questão dos medicamentos tem a ver com a política de fortalecimento dos laboratórios oficiais, que estão recebendo investimentos da ordem de R\$ 17.000.000,00, e uma forma de apoiar esses laboratórios, é ter a garantia de uma compra mínima, para que eles tenham uma receita e possam fazer sua programação. Dr. Guedes sugeriu que o Ministério juntamente com o CONASS e o CONASEMS, trabalhasse um planejamento melhor para o consumo de medicamentos. Falou que em São Paulo deseja-se ter uma 2ª FURP, porque assim se poderia contribuir muito mais, além de estar também planejando coberturas com base territorial. Dr. Barjas

concordou com o Dr Guedes, disse que foram feitas discussões com os laboratórios oficiais, e que quando se faz investimento no LAFEP por exemplo, é para fazê-lo funcionar como um centro de produção e distribuição na região Nordeste. Isto não está bem divulgado, mais do ponto de vista estratégico todos os investimentos estão seguindo esta lógica. O único que não está equacionado ainda é o laboratório de Minas Gerais, porque o projeto não está totalmente concluído, mas já há uma verba reservada para isso. Dra. M<sup>a</sup> Helena apresentou uma retificação sobre a habilitação, explicando que a NOAS prevê que para a entrada de processos com base na NOB/96, o prazo é até 03 de março para dar entrada na Bipartite, valendo para Plena da Atenção Básica e para a Plena do Sistema. À partir de 03 de março, não entra mais processos na Bipartite, e começa a habilitação na Plena da Atenção Básica Ampliada de acordo com o processo de avaliação que vai ser coordenado pela Secretaria de Políticas de Saúde e executado pelas Secretarias Estaduais. Então não vai ter interrupção porque vai continuar habilitando. Dr. Barjas sugeriu que a SAS faça um informe com essas datas para esclarecer as dúvidas, 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 15/02/2001

### RESUMO EXECUTIVO

O Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite, conduziu a 1ª Reunião Ordinária, realizada no dia 15.02.2001.

#### **Pontos de Pauta:**

**1 – Cadastramento de servidores do MS cedidos para o SUS** – a proposta é de que o Ministério da Saúde, juntamente com os Secretários Municipais e Estaduais realize o cadastramento dos cerca de 50.000 servidores que se encontram espalhados no país, com a finalidade de verificar a sua localização dentro das unidades de saúde e estabelecer, na medida do possível, uma regra de transferência que possibilite ao MS e aos Gestores Estaduais o controle e acompanhamento desses servidores. Foi determinado ao Setor de Recursos Humanos do Ministério que faça um estudo sobre a proposta e a possibilidade de fazer uma parceria para a realização do cadastro.

**2 – O Impacto do PEC da Saúde nos Orçamentos Estaduais** – foi solicitado aos Secretários Estaduais de Saúde que enviem as informações sobre a execução orçamentária de 2000, para que se tenha um balanço consolidado dos orçamentos aprovados pelas Assembléias Legislativas, mostrando o que aconteceu, em comparação com o que foi executado em 99. Essas informações são muito importantes para que se possa começar o debate sobre a aplicação do dinheiro, qual o avanço, e o que pode ser feito para melhorar ainda mais a consolidação do SUS e a descentralização. Foi sugerido que o Ministério, juntamente com o CONASEMS, montem uma metodologia para começar a captar as informações dos municípios das capitais, o que serviria como elemento de reforço para que não haja redução de recursos, e como instrumento para que os órgãos colegiados existentes no SUS possam verificar se o município eventualmente não está cumprindo a legislação. Essas informações facilitam a elaboração da PPI e possibilitam que as ações de saúde sejam pactuadas com mais propriedade. Foi discutida ainda a questão relativa ao que se considera como sendo gasto em saúde, e foi sugerido que a Tripartite participe da discussão juntamente com o Conselho Nacional de Saúde e que isso possa gerar um documento a ser repassado aos prefeitos, governadores, secretários estaduais e municipais de saúde.

### **3 – Plano de Regionalização da Atenção à Hipertensão e ao Diabetes Mellitus** – estão sendo trabalhados os seguintes componentes desse plano:

◆ Plano Nacional de Capacitação do Recursos Humanos – já foram capacitados 180 multiplicadores, e a proposta é capacitar 4.000 a 5.000 até o final do ano, para atuarem nas unidades básicas de saúde junto aos médicos e enfermeiros do PSF, no sentido de mudar a lógica da atenção e do monitoramento clínico;

◆ Campanha Nacional de Detecção da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus – a ser deflagrada pelos Secretários Estaduais de Saúde no dia 06 de março, com vista a realização do diagnóstico e a vinculação das pessoas portadoras às unidades básicas de saúde. Durante o mês de março serão inseridos 06 códigos de procedimentos na Tabela do SIA, e será impresso um formulário para o registro dos dados sobre os testes realizados e os resultados;

◆ Foi sugerido a formação de 02 grupos de trabalho envolvendo o MS, CONASS e CONASEMS para trabalhar as questões da Assistência Farmacêutica e das referências para exames e tratamentos especializados, já na lógica da regionalização, e também a questão do monitoramento pós-campanha;

◆ A Secretaria de Assistência à Saúde e a Secretaria de Políticas de Saúde contam com um grupo de consultores, especialistas nessas duas áreas, que estão indo aos estados assessorar e ajudar na elaboração dos planos estaduais.

**4 - Regulamentação da NOAS** - foram distribuídos os documentos relativos à Programação da Assistência, divididos em 2 partes: um documento orientador e um outro contendo anexos e duas Instruções Normativas que se reportam ao Processo de Habilitação e ao Processo de Regionalização e Qualificação. A idéia é de que esses documentos possam ser aprovados na próxima reunião da CIT. Foi acatada a sugestão de adiamento da 1ª macro regional, marcada para o centro-oeste, no dia 15/3. Em seu lugar será realizada uma reunião técnica contando com a participação de 04 representantes de cada instância tripartite, para tentar clarear os pontos de dúvida ainda existentes, para que se possa aprovar as Portarias e as Instruções Normativas.

**5 - Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças** - Foram certificados 242 municípios, assim distribuídos:

- ◆ 46 da Bahia
- ◆ 07 do Ceará
- ◆ 09 do Espírito Santo
- ◆ 47 do Goiás
- ◆ 01 do Maranhão
- ◆ 92 de Minas Gerais
- ◆ 05 do Pará
- ◆ 08 do Paraná

- ◆ 13 do Rio Grande do Norte
- ◆ 05 de São Paulo
- ◆ 09 do Tocantins

O município de Viana/MA comunicou a FUNASA que seu pleito de certificação não teve análise deliberada na Bipartite, sendo acatada pelo Plenário da CIT a sugestão de formação de uma comissão tripartite para ir ao Estado e examinar a questão. Caso se decida pela certificação, que a proposta seja aprovada, com efeito retroativo a esta data. Foi distribuída nova versão do documento Avaliação dos Indicadores de Qualidade em Vigilância Epidemiológica e Ambiental, contendo informações relativas a 1999, à exceção do SINAN e do SINASC, cujas informações são de 1998. Com as certificações hoje aprovadas, chegou-se ao total de 3.243 municípios certificados em ECD, estando todos os estados da Federação já certificados. Foram levantadas questões acerca de casos de raiva em herbívoros que vem ocorrendo em vários estados e sobre a doença da vaca louca, sendo informado que a FUNASA fará uma ação conjunta com o Ministério da Agricultura para implementar as ações de combate à raiva junto às Secretarias de Agricultura dos Estados, e que será enviado aos hospitais uma nota técnica bem detalhada no sentido de tranquilizar os possíveis receptores de um lote de albumina importada, em cujo pool utilizado para sua fabricação, havia um doador portador da "variante" da Doença de Creutzfeldt-Jacob. Foi explicado que a Doença de Creutzfeldt-Jacob tem uma incidência de 1: 1.000.000 de pessoas e que a forma "variante", que não tem ainda nome próprio, é associada à doença da vaca louca, da qual só existem casos descritos na Inglaterra, França e Irlanda.

**6 - Vigilância Sanitária - Habilitação dos Estados** - não foram apresentados pleitos de habilitação.

**7 - Habilitação de Estados** - o estado de Goiás foi habilitado em Gestão Plena do Sistema Estadual.

## **8 - Habilitação de Municípios**

### **8.1 - Plena da Atenção Básica**

- ◆ Aramarí/BA
- ◆ Itanagra/BA
- ◆ Divinópolis/MG
- ◆ Santa Cruz de Minas/MG
- ◆ Carapicuíba/SP
- ◆ Mirante do Paranapanema/SP
- ◆ São Paulo

## **8.2 - Plena do Sistema Municipal**

- ◆ Irecê/BA
- ◆ Jequié/BA
- ◆ Coruripe/AL

## **9 - Informes:**

**9.1 - Cadastro dos Usuários do SUS** - foi informado que a Portaria GM N.º 17, de 04.01.2001, institui o cadastramento e publica o formulário a ser aplicado, e que mais 02 Portarias serão publicadas: uma conjunta SE/SGI, que vai publicar o Termo de Adesão dos estados e municípios ao processo, sendo agregado um Termo de Responsabilidade do Gestor em relação à guarda da base de dados e outra da SAS, que dispõe sobre a inclusão dos procedimentos válidos de cadastro na tabela do SIA. O cartão SUS será lançado em Florianópolis no dia 16/02 e na sequência, em São José dos Campos, Serro Azul e Aracajú. No mês de março será implantado nos outros municípios que formam o piloto.

**9.2 - Cadastramento de Servidores do MS para o SUS** - foi aprovada a sugestão de se fazer um cadastro conjunto com os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde, com a finalidade de conhecer a localização desses servidores por unidade de saúde e estabelecer na medida do possível uma regra de transferência, permitindo que MS e o Gestor Municipal tenham um certo controle e acompanhamento desses mais de 50.000 servidores que estão espalhados no país.

**9.3 - Descentralização das Ações de Auditoria do SUS** - em decorrência do processo de descentralização do SUS, estão sendo repassados fundo a fundo para os estados e municípios recursos da ordem de R\$9.300.000.000,00 e não se tem uma discussão abrangente sobre as auditorias. A existência do componente estadual e municipal do Sistema Nacional de Auditoria é uma exigência para a habilitação em Gestão Plena, porém os estados estão estruturando esta área de forma muito lenta, e o Ministério da Saúde acaba tendo que fazer intervenções de auditoria para apurar denúncias em estados/municípios habilitados em Gestão Plena. A auditoria contínua centralizada no âmbito federal, e é necessário o estabelecimento de uma regra para proceder a sua descentralização, ficando o MS com um corpo técnico menor, responsável por auditorias de gestão, e que parte

desses técnicos sejam descentralizados com estrutura, para apoiar as auditorias dos estados e municípios. Foi colocado como prioridade a pactuação para a implantação de forma consistente e adequada das auditorias no âmbito dos estados e municípios em Gestão Plena.

**9.4 - Introdução de CD4/CD8 nos Procedimentos do SIA/SUS** - foi apresentado uma proposta de descentralização, revisão do número de exames a realizar e do pacto de financiamento a ser realizado, visando a ampliação do acesso aos exames para a população de modo geral e para alguns setores prioritários, principalmente no grupo das gestantes, centro de testagem e aconselhamento e na atenção básica. Assim a proposta dispõe sobre os exames e as responsabilidades do MS e dos estados:

**a) Sobre CD4/Carga Viral**

◆ Aquisição pelo Ministério de estoque estratégico que permita apoiar o funcionamento da rede no 1º semestre de 2001; inclusão do custo com insumos no FAEC, com repasses para os estados fazerem a aquisição e distribuição. A remuneração do CD4 na tabela do SIA/SUS seria de R\$13,00 e a da carga viral seria R\$16,00.

**b) Responsabilidade do MS**

◆ Repasse de recursos pelo procedimento;

◆ Credenciamento dos laboratórios e controle de qualidade dos exames, em conjunto com os estados;

**c) Responsabilidade do Estado**

- ◆ Gestão das redes;
- ◆ Identificação, organização e apresentação para credenciamento;
- ◆ Aquisição de insumos;
- ◆ Sorologia para HIV.

A proposta deverá ser examinada e discutida na próxima reunião da CIT, juntamente com os estudos complementares de impacto orçamentário a ser realizado pela SAS/SPS.

**9.5 - Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde** - foi informada a publicação pelo Ministério da Saúde de uma Portaria regulamentando o Programa, e que estão sendo abertas as inscrições para médicos e enfermeiros, via Internet,

no período de 19.02 a 09/03. A lista do conjunto de municípios relacionados segundo os critérios assistenciais e epidemiológicos propostos será encaminhada os estados no dia 16.02.2001.