



Ministério da Saúde
 Secretaria Executiva
 Comissão Intergestores Tripartite
 Secretaria Técnica

9ª Reunião Ordinária 2002	ATA DA REUNIÃO	31.10.02
------------------------------	-----------------------	----------

1. MEMBROS DA COMISSÃO

MINISTÉRIO DA SAÚDE			
Órgão	Representante	T/S	Frequência Acumulada
SE	Otávio Mercadante	Titular	07/09
		Suplente	
SAS	Renilson Rehem de Souza	Titular	08/09
	Maria Helena Brandão	Suplente	06/09
SPS	Cláudio Duarte da Fonseca	Titular	06/09
	Tânia Lago	Suplente	04/09
ANVS	Cláudio Maierovitch P. Henriques	Titular	01/09
	José Agenor Alvares da Silva	Suplente	05/09
FUNASA	Mauro Ricardo Machado Costa	Titular	01/09
	Jarbas Barbosa da Silva Jr.		06/09

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS			
Região	Representante	T/S	Frequência Acumulada
N	Francisco Deodato Guimarães	Titular	04/09
	Grace Mônica Alvim	Suplente	
NE	Marta Oliveira Barreto	Titular	03/09
	Anastácio de Queiroz e Souza	Suplente	
SE	José da Silva Guedes	Titular	09/09
	João Felício Scárdua	Suplente	
S	João José Cândido da Silva	Titular	04/09
	Maria Luíza Jacger	Suplente	03/09
CO	Fernando Passos Cupertino	Titular	08/09
	Izaías Pereira da Costa	Suplente	

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE - CONASEMS			
Região	Representante	T/S	Frequência Acumulada
N	Eliana Pasini	Titular	08/09
	Márcia Helena C. P. Veloso	Suplente	03/09
NE	Sílvio Mendes de Oliveira Filho	Titular	08/09
	Jorge José Pereira Solla	Suplente	08/09
SE	Valter Luís Lavinás	Titular	07/09
	José Ênio Sevilha Duarte	Suplente	08/09
S	Francisco Isaias	Titular	07/09
	Luciano Ducci	Suplente	
CO	Otaliba Libânio de Moraes Neto	Titular	07/09
	Beatriz Figueiredo Dobashi	Suplente	05/09

2 - ASSESSORES E CONVIDADOS

1.	DEILDES PRADO	CIT/ST/SE
2.	MARIA ELANE DE S. ARAÚJO	CIT/ST/SE
3.	MARIA DE LOURDES V. DE ARAÚJO.	CIT/ST/SE
4.	ZENILDA BORGES DOS SANTOS	CIT/ST/SE
5.	KARDSLEY SOARES	CIT/ST/SE
6.	JOHNSON ARAÚJO	SAS/DGA/MS
7.	MARIA DAS GRAÇAS DE O. SOUZA	SES/PE
8.	PATRICIA T. R. LUCHESE	ENPS/FIOCRUZ
9.	MIRIAN MIRANDA COHEN	ENSP/FIOCRUZ
10.	MARIO LEQUIER	CANADÁ
11.	MARIA ESTHER JANSSEN	ST/CONASS
12.	CRISTINA RUAS	COSEMS/RJ
13.	LUÍS CARLOS DE LIMA	SAS/MS
14.	TERESINHA FRANCISCA NUNES	DGA/SAS
15.	SILVANA PEREIRA	DGA/SAS
16.	ALBERTO PRETO	CONASEMS
17.	EDSON JOSÉ ADRIANO	COSEMS/SC
18.	JOÃO PAULO BACCARA ARAÚJO	SMS/MG
19.	MYRIAN COELHO	COSEMS/MG
20.	EGIDIO CARVALHO RIBEIRO	GQV/MA
21.	HENRIQUE SANTOS	MARANHÃO
22.	JÃO CLÁUDIO POMPEU	SAS/MS
23.	NEWTON LEMOS	DAB/SPS
24.	CARLOS MATOS	DGA/SAS
25.	FERNANDO MARTINS JÚNIOR	SES/RS
26.	ÁLVARO ANTÔNIO MACHADO	SES/AL
27.	JORGE VILLAS BOAS	SES/AL
28.	GILVÂNIA	ST/CONASS
29.	MARIA ELIZABETH MACIEL	DGA/SAS
30.	TAISA SILVA BONELL	DGA/SAS
31.	ANA DE LÚCIA	DGA/SAS
32.	TOMÉ BARBOSA	
33.	PATRÍCIAL LEAL	DAB/SPS
34.	GERALDO MAGELA	SES/PI
35.	MAURO SILVA	COSEMS/RJ
36.	EURIDES ROSA DE CARVALHO	SES/SE
37.	VERA MARIA JORGE	SES/SE
38.	OSCAR CAPISTRANO	SMS/PE
39.	RENÉ SANTOS	CONASS
40.		
41.		
42.		
43.		
44.		
45.		
46.		
47.		
48.		

3 – PAUTA

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

1.1 – Certificação de Municípios

2. Qualificação de Estados (NOAS 01/2002) – SAS/MS

3. Habilitação de Municípios (NOAS 01/2002)

3.1 – Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada–SPS/MS

3.2– Gestão Plena do Sistema Municipal–SAS/MS

4. Hospitais Universitários e de Ensino – SAS/MS

5. Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados – ANVISA

6. Prescrição de Medicamentos por Enfermeiros – CONASEMS

**7. Fundo do Setor de Telecomunicações–FURST–
Operacionalização do Recurso Destinado ao Setor Saúde –
CONASEMS**

4 – Desenvolvimento da Reunião – o Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite – CIT. Dr. Otávio Mercadante conduziu a 9ª Reunião Ordinária da CIT realizada no dia 31 de outubro de 2002.

1. Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças - ECD – foram certificados 57 municípios, com vigência de 1º de novembro de 2002, sendo 01 da Bahia, 05 do Ceará, 08 de Minas Gerais, 10 do Pará, 01 do Rio Grande do Norte e 32 de São Paulo. Dr. Otávio Mercadante disse que espera deixar consolidada a parte da página da Tripartite e toda a documentação para facilitar a transição para o novo governo, e que foi elaborada a Agenda 100 da transição, identificando quais os compromissos do futuro Ministro nos primeiros 100 dias de governo, e que haveria a possibilidade de se realizar em janeiro a 1ª reunião da Tripartite. O Presidente do CONASS para a região Centro-Oeste **Dr. Fernando Cupertino** sugeriu que a reunião de dezembro seja uma reunião sem a pauta formal, congregando os Secretários atuais e os novos indicados, para que os mesmos conheçam como funciona a TRIPARTITE e, caso esteja definida a equipe de transição do Ministério, que seja feita uma reunião para apresentar essa instância de pactuação aos novos gestores que estarão assumindo em janeiro. **Dr. Renilson Rehem** sugeriu que a reunião fosse estruturada de forma diferente, tanto na parte teórica como na duração, tendo a pauta temas de avaliações e perspectivas, por tratar do encerramento da administração federal e estadual, ou seja, um balanço das ações e do estágio de implantação do SUS, com temas relativos à gestão federal, estadual e municipal. **Dr. Otávio Mercadante** colocou a possibilidade da reunião da CIT de 12 de dezembro da CIT ser realizada durante todo o dia, e que o processo de transição, que é um processo de transparência e transferência de informações de dados e problemas de uma administração para outra não depende do processo político de indicação dos

novos Ministros, e que até o dia 31 de dezembro continua sendo o Dr. Barjas Negri o Ministro e que frente a uma decisão que possa ter implicações no futuro governo, essa será discutida no sentido de identificar sua repercussão. Ressaltou a importância de não se estar trabalhando com um governo paralelo e sobre a necessidade de não se esvaziar a atual administração, que continua com responsabilidades e compromissos de gestão. **Dr. Fernando Cupertino** perguntou se haveria conveniência em marcar a reunião para o dia 16 de dezembro, segunda-feira, o que tornaria mais fácil a presença de vários Secretários. **Dr. Otávio Mercadante** agendou a reunião para o dia 16 de dezembro, das 9:00 às 17:00 horas, com a presença de um interlocutor. **Dr. Renilson Rehem** disse que a programação dessa reunião deve ser melhor discutida e que na próxima CIT já se tenha algo definido. Sugeriu que a FUNASA, ANVISA, SAS, SPS, CONASS e CONASEMS disponibilizem um representante para essa organização. O Presidente do CONASEMS **Dr. Silvio Mendes** disse que considerando a possibilidade de estarem presentes os novos gestores estaduais, naturalmente acompanhados de assessores, a reunião deveria ser realizada em local mais adequado, sugerindo um auditório. **Dr. Otávio Mercadante** disse que em relação à pauta dessa reunião o tema Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados não será apresentado, já que a coordenação do programa está fora do país. **Dr. Fabiano Pimenta/FUNASA/MS** falou sobre duas questões específicas em relação a ECD: a 1ª relacionada à suspensão do teto financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças de três municípios do estado de Goiás: Águas Lindas, Caiapônia e Campos Verdes, cuja proposta, aprovada na CIB/GO, está embasada pela Portaria 1399, no que respeita aos municípios que não cumpriram as metas previstas na PPI e/ou desviaram os recursos obtidos para outras áreas. A 2ª questão é relacionada a uma reclamação do COSEMS do Rio Grande do Norte, por conta de uma pactuação realizada no final do ano passado alterando os tetos financeiros de 06 municípios da região metropolitana para 100% do valor per capita de referência, com uma projeção de tempo de 06 meses. Ficou acordada na CIB a revisão posterior, já que em maio vence o prazo inicial de 06 meses. Por meio de ofício enviado a SES, foram solicitadas informações de como seria procedido em relação ao teto e aquela Secretaria oficiou que o teto deveria permanecer no valor de 100% até setembro, quando retornaria aos valores anteriores a negociação. O COSEMS/RN colocou que essa pactuação não existiu e solicita a volta do valor de 100% per capita de referência. A posição da FUNASA é que seja dado um período de 60 dias de prazo para que SES/RN e a CIB/RN, possam chegar a um acordo e reavaliem essa questão, e que caso não se chegue a um consenso, será designada uma comissão formada pela FUNASA, CONASS e CONASEMS para avaliar a questão. **Dr. Silvio Mendes** sugeriu que esse prazo se estenda por mais 30 dias, uma vez que, em havendo mudança na gestão estadual, o novo gestor entre nessa negociação. **Dr. Otávio Mercadante** perguntou se o adiamento proposto pelo Dr. Silvio para 90 dias, não criaria conflitos com COSEMS/RN, ao que foi respondido que o prazo sendo de 60 dias, terminará em dezembro com a atual gestão estadual. Prolongado para 90 dias, ficaria para o novo gestor estadual. **Dr. Renilson Rehem** disse que como o problema é dessa gestão seria justo o prazo de 60 dias, se não for solucionado que se prorrogue. **Dr. Fabiano Pimenta** disse que no primeiro momento em que foi feita essa repactuação a FUNASA se colocou a disposição tanto do COSEMS quanto da SES, e como irá ocorrer em

Natal/RN nos dias 6 e 7 de novembro uma reunião de avaliação da Implantação do Programa de Dengue, vai marcar uma reunião para discutir essa situação e tentar chegar a uma solução. Foram aprovados as certificações e o encaminhamento relacionado ao Rio Grande do Norte. **Dr. Fabiano Pimenta** disse que em relação da Portaria 1349, que aporta recursos adicionais para contratação de pessoal para as ações de controle da dengue, foram emitidas notas técnicas e ofícios aos Secretários referentes a contratação de pessoal em 12 estados da Federação: Bahia, São Paulo, Roraima, Paraíba, Alagoas, Mato Grosso, Goiás, Ceará, Rio Grande do Norte, Minas Gerais, Pernambuco e Paraná, existindo pendências em relação ao processo do Acre que não teve aprovação na CIB. O Estado de Sergipe e do Amazonas não inseriram o quantitativo de pessoal solicitado para cada município. Foi mantido contato com as áreas técnicas específicas para agilizar o processo, por conta da disponibilização dos recursos, e que a partir desse momento, os Secretários Estaduais e Municipais receberão informações relativas às propostas apresentadas, solicitando que sejam tomadas as providências necessárias para contratação de pessoal nos municípios. **Dra. Beatriz Dobashi** disse que existe um problema específico em relação a CIB/MS que há 2 anos atrás pactuou os recursos da PPI/ECD para serem usados nas atividades fim e as despesas com o pessoal seriam custeadas com recursos próprios do estado ou dos municípios, não ultrapassando 50%. Esse recurso adicional seria para os estados que gastam no mínimo 70% do teto da PPI com pessoal. Para o pessoal que atua no combate à Dengue, foi aberta uma exceção para região norte, por conta do gasto no combate à Malária. Contudo, o estado de Mato Grosso do Sul não será contemplado, por conta dessa pactuação, dizendo achar importante a preservação do recurso da PPI para atividade fim e a participação de estados e municípios no custeio de pessoal. Foi solicitada a análise do pleito, a CIB/MS aprovou a solicitação, e por não se ter obtido resposta do Ministério e da FUNASA o estado de Mato Grosso do Sul não enviou a documentação relativa à contratação de pessoal. **Dr. Fabiano Pimenta** confirmou o recebimento do documento, que foi encaminhado para área técnica, e disse que da mesma forma que foi encontrada uma solução para a região norte, será estudada uma resolução para Mato Grosso do Sul, já que o Estado não traz uma proposta alternativa, apenas coloca a questão como inviável. O objetivo da Portaria é focalizar os problemas dos municípios e tentar suprir a deficiência dos dez mil agentes para a questão de controle da Dengue. Na análise geral do Mato Grosso do Sul foi ratificada a existência de carências importantes em vários municípios na questão de pessoal para atuar no combate à Dengue. Sugeriu o envio, em curto prazo, de uma proposta alternativa do estado para solucionar conjuntamente o problema. Informou que a previsão de entrega de 50% dos veículos é até o dia 15 de novembro, e o restante está previsto para a primeira semana de dezembro. O representante do CONASEMS para a Região Centro-Oeste **Dr. Otaliba Libânio** disse que o cálculo feito na CIB/GO não incluiu os trabalhadores da Dengue que estão afastados por motivos de doenças trabalhista, o que levou à redução do valor. Solicitou revisão do mesmo. **Dr. Fabiano Pimenta** pediu maior participação dos Secretários Estaduais e Municipais nas reuniões que estão sendo realizadas, dizendo que em nível de municípios, os representantes são gerentes técnicos e supervisores, que não tem poder de decisão e resolutividade. Estão sendo realizadas reuniões macrorregionais de avaliação da implantação do Programa de Combate à

Dengue, sendo interessante que fosse feito um esforço de participação maior, principalmente nessas últimas reuniões, onde estão sendo colocadas as medidas imediatas em relação ao Controle da Dengue e a Implantação do Programa Nacional. **Dr. Otávio Mercadante** disse há uma expectativa de mobilização da sociedade no dia 23 de novembro, mostrando os resultados concretos desse esforço adicional pactuado entre o CONASS, CONASEMS e a FUNASA, que são mais recursos para colocar nas ruas milhares de agentes para o combate a dengue. Disse ser pertinente o Dr. Fabiano insistir na presença dos Secretários Municipais, que são os agentes efetivos que fazem com as coisas aconteçam, e que provavelmente, no dia 23 será cobrado dos governos o que foi colocado para o combate à Dengue. **Dr. José Guedes** disse que 23 de novembro será tarde para o combate da dengue, que do ponto de vista epidemiológico a eleição atrapalhou um pouco e que não adianta fazer reuniões nos estados e nem mobilização porque o que a Imprensa vai cobrar são os recursos adicionais que não chegaram. Disse que ontem pediu pessoalmente ao Dr. Mauro Ricardo a liberação de uma parcela do recurso destinado, para reunir os Prefeitos no dia 13, para que vire realmente um Combate a Dengue, ou então que se restrinja ao cumprimento da Portaria, por medo das conseqüências com o Tribunal de Contas, sendo que o dinheiro é que será cobrado de fato. **Dr. Fabiano Pimenta** disse que existem alguns estados que mandaram municípios beneficiados para o aporte desses recursos que não atendem alguns quesitos da Portaria, onde estão sendo gastos algo em torno de 70% do teto financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças com as ações de Controle da Dengue, o que tem sido a linha que norteia a análise técnica. Considera um abuso em relação à Portaria, o que deve ser considerado não só para os municípios, mas também para as regiões, como no caso da baixada santista, por exemplo. **Dr. José Guedes** disse que na baixada santista se tem um Plano Regional de combate a dengue e não um plano municipal, não tendo como excluir de uma certa região, municípios, pelo fato dos mesmos não responderem adequadamente ao que se pede, já que existe um prazo para que se atinja a meta. **Dr. Otávio Mercadante** disse que não se trata de uma rigidez da Portaria e que a mesma foi baseada numa experiência acumulada, e que se não for direcionado com clareza o objetivo desse recurso adicional, que é contratar pessoal antes da ocorrência de epidemia, esta acaba ocorrendo, e que nas reuniões se façam presentes pessoas envolvidas com os aspectos políticos/decisórios e técnicos. Disse que o dia 23 de novembro não é o início da ação, mas de mobilização, prestação de contas e convocação da população. **Dra. Beatriz Dobashi** disse concordar com o que foi dito pelo Dr. Mercadante, acrescentando que esse critério penaliza os recursos da PPI, que se destinam ao controle de todas as endemias, tuberculose, hanseníase, vacinação, manutenção dos bancos de dados de mortalidade e notificação. Daí que o estado que gasta 70% ou mais do recurso da PPI somente com o pessoal que atua no combate à Dengue, não consegue fazer mais nada além disto. Há que se rever o critério de destinação de recursos para que outros estados recebam recursos adicionais, e que a quantia de municípios que estão com falta de pessoal é grande. Disse ainda que a proposta do dia 23 ser o Dia D ainda está sendo discutida, que cabe ao gestor federal o gasto com divulgação e propaganda e que é preciso agilizar outros itens do programa. **Dr. Otávio Mercadante** disse que o critério foi acordado a partir do diagnóstico de que os recursos mobilizados para a Dengue não alcançaram os resultados esperados. **Dr. Fernando Cupertino** disse da pressão de alguns municípios

em relação ao cumprimento da Portaria no que respeita a contratação de pessoal, pois a Dengue é o principal problema de saúde pública que possuem. Para isto gastam 70% com a Dengue, resolvendo de outra forma o restante das endemias, que acabam sendo penalizadas. **Dr. Otávio Mercadante** incumbiu à FUNASA a revisão desses pontos, dizendo que a Portaria é resultado de um pacto e não pode ser revista, o que acabaria por desorganizar a campanha. **Dr. Fernando Cupertino** falou que esta é uma questão que tem suscitado debates, para a qual o CONASS tem o mesmo entendimento do CONASEMS. Se existe um problema em relação ao percentual e aos critérios que seja discutido, com vista ao aprimoramento. Em relação a este ponto específico, caso haja mesmo um problema efetivo, que se faça a repactuação, não perdendo os mecanismos que garantem o uso dos recursos nessas ações, e que os municípios possam contratar pessoal e não destinem o teto dos recursos de epidemiologia somente para a Dengue. Sugeriu um comitê técnico entre as três esferas, para numa discussão rápida, se estabeleça uma proposta de consenso que possa ser trazida a Tripartite, para pactuação. **Dr. Otávio Mercadante** disse estar incomodado com a questão de não se ter conseguido atingir duas grandes estratégias que considera importante no combate a Dengue: a mobilização e envolvimento da comunidade, e a colocação de pessoal na rua para combater o mosquito, com supervisão da metodologia domiciliar. Por conta de um diagnóstico feito pelo Tribunal de Contas e Secretaria Federal de Controle de que as ações de combate não foram realizadas se partiu para ações de mobilização nacional e de campo, quando se identificou que os carros não estavam sendo usados durante as campanhas e os recursos não foram aplicados na contratação de mata mosquitos. Entende que o fundamento técnico da ação finalística é a contratação de mata mosquito para uma ação de campo persistente, diária e contínua antes da ocorrência do verão. **Dr. José Guedes** disse que como o dia da ação é 23 de novembro e sendo hoje 31 de outubro, não há como contratar pessoal sem que o recurso esteja disponível. **Dr. Otávio Mercadante** disse que primeiro estão sendo discutida as estratégias, depois será acertado com o Dr. Fabiano uma forma para acelerar os processos, decisões, procedimentos, para que os recursos sejam colocados nos municípios. **Dr. Fabiano Pimenta** disse que todos os processos foram analisados no período máximo de 72 horas, exceto o da Baixada Santista por conta de um problema com o município de São Vicente, por não gastar 70% do teto financeiro. **Dr. Otávio Mercadante** falou que no momento o importante é saber se o recurso está chegando ao município, permitindo a contratação de mata mosquito, e que preocupa e incomoda o testemunho de que os Secretários Municipais de Saúde não estão com estas ações em execução, nas ruas. **Dr. Silvio Mendes** disse ter três aspectos que devem ser levantados: o 1º em relação ao tempo, conforme colocado pelo Dr. Guedes; o 2º é em relação aos dados levantados pelo Dr. Fabiano, de que menos da metade dos estados encaminharam as necessidades, e se seria possível a FUNASA cooperar tecnicamente com os estados que não encaminharam os processos, para que isso ocorra o mais rápido possível, e o 3º é reavaliar a questão dos 70%. **Dr. Fabiano Pimenta** disse não haver problema, caso o estado necessite de assessoramento. **Dr. Fernando Cupertino** disse que na reunião da TRIPARTITE realizada em São Paulo ficou definido que haveria uma correção na questão da população, pois o teto financeiro de epidemiologia está sendo trabalhado com a população de 1999. Em sendo corrigido, são mais recursos que vão chegar nos estados, sendo

esta outra forma de acelerar a otimização desse processo. Em relação aos 70% não circunscrever a parte municipal e sim a realidade regional, fixando percentuais numa perspectiva regional e que sejam variáveis, uma discussão técnica entre CONASS, CONASEMS e a FUNASA pode ser resolvido rapidamente. **Dr. Jorge Solla** disse que já foi discutida em reuniões anteriores essa necessidade de fazer uma revisão das instituições que utilizam recursos de ECD entre estados e municípios, e que no momento inicial vários estados ficaram com um volume de recursos, nos seus tetos, considerando os investimentos na capacitação de recursos humanos, montagem de redes. Hoje a realidade é outra, com menos recursos nessas áreas, o que levaria à necessidade de acréscimo para a ampliação de pessoal. Propôs que fosse refeita nas CIBs a distribuição dos recursos em ECD entre estados e municípios, buscando ampliar a disponibilidade de recurso para contratação de pessoal. Citou como exemplo o estado da Bahia, onde o recurso alocado a mais ficou todo na capital, o que não permitiu o cumprimento da meta de contratação de pessoal e aquisição de material. **Dr. Renilson Rehem** disse estar preocupado com o fato de que frente à gravidade da questão da Dengue o debate estar se reduzindo apenas à questão financeira, e mesmo não conhecendo a Portaria, discorda quando se diz que ela engessa, pois as regras e normas precisam ser estabelecidas, quando se quer fazer ações desse tipo. Disse achar normal modificar a Portaria, e que o que incomoda é o fato dessa modificação estar centrada somente no aspecto financeiro, e já que a discussão envolve critérios e responsabilidades financeiras, então que se analise qual critério está dificultando o andamento do processo e que seja excluído. **Dr. José Guedes** falou que essa não é a análise adequada do que está sendo discutido. O Ministério da Saúde lançou um programa de combate a Dengue, anuncia que tem recurso a mais disponível para contratação de pessoal, a partir daí, a regra é colocada para obtenção desse dinheiro não bate com o que foi acordado. Disse que a questão não é adquirir mais recursos, e sim onde será gasto o que o Ministério disponibiliza para o combate a Dengue. Considera importante o foi dito pelo Dr. Fabiano, que em Vitória/ES o município é quem cobra do outro município o trabalho, quando essa tarefa cabe ao estado. Quem deve estar no comando dos planos regionais é o estado e quando for apresentada pelo estado uma proposta de que na sua região os municípios precisam trabalhar juntos, que isso seja cumprido, com o recurso já disponível ou na proporção necessária para que o trabalho possa ser realizado. Disse que a questão discutida é em relação ao plano traçado e acordado e que veio colocado diferente, na forma de contrapartida na contratação de pessoal. Disse ainda que a contrapartida é dada no conjunto de gastos maiores que se terá com a contratação de pessoal. Falou que acha errado se prender ao dinheiro do município, somado ao do governo federal, para a partir daí contratar pessoal, que a mudança da Portaria deve ser feita, que se recusa tomar alguma providência no dia 23, providências essas que deveriam ser tomadas com antecedência, e que a chance tida por ele para resolver os problemas da Baixada Santista, todos os outros Secretários Estaduais e Municipais também tiveram. Solicitou o acerto técnico da portaria. **Dr. Ênio Duarte** disse o problema financeiro, como mencionado pelo Dr. Renilson, foi colocado várias vezes, e que a Dra. Beatriz fez uma colocação importante quando disse que quando a PPI foi pactuada não previa 70% para contratação de mata mosquito, e que é um erro propor essa alteração só agora, com os municípios já envolvidos no processo. Que esse dinheiro sirva para reforçar as

regiões, mediante a contratação imediata de pessoal. **Dr. Otávio Mercadante** disse que o Dr. Fabiano acaba de falar o contrário, quando disse que na reunião das macrorregiões se chegou à conclusão de que ainda não havia o envolvimento por parte dos secretários. **Dr. Ênio Duarte** disse que na região em que atua já houve 04 reuniões, o envolvimento se dá em nível local, e que não há como o Secretário estar presente em todas elas, o que o faz por representação. **Dr. Jorge Solla** falou que a proposta aprovada pelo Ministério foi discutida com o CONASS e CONASEMS, quando foram realizadas várias reuniões, onde a estratégia foi debatida e sugerida com a contribuição de todos, até chegar à CIT. Não se pode dizer que a estratégia de controle da Dengue não foi discutida e que não vê necessidade para a realização dessas reuniões macrorregionais nesse momento, quando não tem mais nada para ser acrescentado. Não vê portanto finalidade para a reunião prevista para esta mesma semana na região Nordeste, já que foi discutida entre os estados e municípios a divulgação do programa. O que se está discutindo agora são sugestões e observações com finalidade de melhorar a alocação de recursos. A estratégia está montada e o empenho em curso. Se existe município ou estado com problemas, que fique claro que são exceções. **Dr. Fabiano Pimenta** falou que está havendo um desentendimento na questão das reuniões. O objetivo das mesmas não é discutir o Programa da Dengue e sim debater e corrigir os problemas encontrados na sua implementação. A realização delas está sendo bastante produtiva, onde se tem esclarecido dúvidas tais com as relacionadas a questões técnicas e como implementar o programa. Isso foi a chave do sucesso para o controle da malária na região norte, quando a cada dois meses os Secretários participavam de reuniões e muitos deles eram surpreendidos com questões relacionadas ao seu município. Quanto à questão dos 70%, mesmo com esse corte a maioria dos estados não informaram porque não conseguiram concluir na CIB como priorizar a utilização do recursos, que não é destinado para resolver somente a questão da dengue. Dessa forma que seja pensada uma maneira que positivamente avance na discussão, mesmo sob pena desse recurso ser distribuído com base per capita, o que vai influir para o não alcance dos objetivos, que é o de intensificar as ações de controle nos municípios de maior risco. **Dr. Silvio Mendes** disse que as estratégias já foram discutidas exaustivamente pelo CONASS, CONASEMS e pela FUNASA, e concorda com o Dr. Mercadante quando afirma que existem duas ações básicas: o envolvimento da sociedade para que se atinja o êxito esperado e o combate específico que se dá através do agente. É preciso identificar os indicadores epidemiológicos disponíveis pela FUNASA, qual município que tem déficit de pessoal e qual a incidência. Fez como encaminhamento para essa discussão a delegação de poder a uma comissão para resolver as questões pendentes que dificultam o processo, não mudando a data prevista para o desencadeamento das ações, sob pena de desmoralizar o processo. **Dr. Fabiano Pimenta** disse que em relação a isso só existe problema no Mato Grosso do Sul. **Dr. Fernando Cupertino** disse que em relação aos estados que não chegaram, o CONASS quer ter conhecimento para acompanhar o processo junto com os Secretários. **Dr. Francisco Deodato** disse que os estados da região norte têm uma característica importante nesse processo. A região saiu na frente, houve uma mobilização na reunião macrorregional ocorrida em Manaus, e que quando foi identificado que a Portaria inviabilizava o processo, foi substituída a pauta original por outra, a da discussão dos 70%, demonstrando a FUNASA que sem essa revisão seria

impossível pensar num programa desse tipo para a região norte, que compreendeu a necessidade dessa mudança para que os estados da região pudessem continuar trabalhando. No momento, precisa que essa análise seja feita o mais rápido possível, para que se encontre uma solução para que até o dia 23 se cumpra o calendário estabelecido. Que haja uma mobilização, para que os estados apresentem suas propostas, mesmo para aqueles que se contrapõem à FUNASA, levando em conta as pendências e peculiaridades presentes em alguns estados e regiões. A regra dos 70% colocada surpreendeu a todos, não podendo ser generalizada. **Dr. Otaliba Libânio** complementou a proposta do Dr. Silvio Mendes de que deve ser feito um levantamento em relação ao déficit de agentes nos municípios, dados esses disponíveis na FUNASA, e que a CIT deve garantir condições ao município de levantar recursos para suprir esse déficit, independente do percentual colocado na Portaria. **Dr. Valter Lavinhas** propôs que seja feita uma cobrança aos estados que não apresentaram suas propostas, sugeriu como meio de não prejudicar o processo, que a aprovação fosse automática, não dependendo de outras reuniões, e lamenta o Rio de Janeiro não ter entrado na proposta, já que teve um grande avanço. **Dr. Fabiano Pimenta** disse que o processo do Rio de Janeiro não teve aprovação, porque sua proposta era a contratação de 3 mil pessoas, o que extrapola o teto do estado, sendo remetido a Secretaria Estadual de Saúde, informando a situação. **Dr. Carlos Patrício** entende que as medidas preventivas são as mais importantes, que o repasse dos recursos se faz urgente e que em Minas Gerais a preocupação relacionada a Dengue é maior na parte assistencial, com os pacientes com dengue hemorrágica, e que foi levantado junto à Secretaria de Assistência a Saúde a possibilidade da criação de uma AIH Dengue, por se tratar de internações que envolvem UTI, etc. Disse que no estado, no que se refere à prevenção, já existe mobilização e que em agilizando os recursos o estado alcançará bons resultados. Disse que nesse ano foram constatados 06 óbitos no estado, 02 casos já comprovados de dengue hemorrágica e que toda a rede está sendo preparada mediante capacitação de pessoal, distribuição de protocolos, o que gera um custo elevado. Perguntou qual seria o apoio do Ministério em relação a essas medidas voltadas para a assistência aos doentes. **Dr. Otávio Mercadante** disse que o Rio de Janeiro teve uma experiência bem sucedida na montagem da rede assistencial que provavelmente servirá de suporte para outras iniciativas. **Dra. Maria Helena** disse que diante de uma epidemia de dengue os estados serão identificados e monitorados pelo Ministério da Saúde, dando suporte na parte do financiamento, acrescentando ao teto um percentual de aumento durante a ocorrência da epidemia, seja para os municípios em plena ou para os estados. Informou que existe uma lista padronizada de medicamentos que serão distribuídos na iminência de uma epidemia, com monitoramento da Fundação e SAS. **Dr. Otávio Mercadante** acrescentou dizendo que a parte menor do problema é o financiamento. O problema está é na organização da assistência, também aplicado ao Cólera, à Leptospirose, e que a montagem da rede assistencial deve ser feita de forma precisa para o diagnóstico precoce e tratamento, para que não haja óbitos. **Dra. Maria Helena** disse que os que já fizeram o PDR e negociaram a PPI estão com mais facilidades para organizar o fluxo da Dengue. Alguns estados já têm central de regulação estruturada, necessitando do estabelecimento de uma rotina no funcionamento da mesma durante uma epidemia de dengue, priorizando internação desses casos. Essas orientações estão sendo dadas nas reuniões

macro estrutural, onde os estados estão sendo apoiados nesse movimento para adequar as estruturas existentes, caso haja uma epidemia. **Dr. Otávio Mercadante** disse que na questão da dengue o envolvimento foi total. A discussão foi encerrada dando ao CONASS, CONESEMS e a FUNASA a tarefa de trabalhar as propostas em andamento, e com relação à aplicação e revisão da Portaria, falou da importância da dedicação a esta tarefa em tempo hábil, pois o SUS será tremendamente afetado a uma nova epidemia de dengue.

2. Qualificação dos Estados – NOAS 01/2002 – Dra. Maria Helena Brandão disse que 04 estados propuseram habilitação: o Amazonas e São Paulo em Gestão Avançada e Minas Gerais e Rio Grande do Sul em Gestão Plena. O Rio Grande do Sul e São Paulo entregaram a proposta com pendência de documentação e não complementaram, por isso não serão habilitados nessa CIT. Minas Gerais e Amazonas completaram a documentação. Uma recomendação para o Amazonas que tem para o PDR uma característica ímpar, aonde os 62 municípios do Amazonas virão a ser sede de módulos, dado que a referência para esse nível de assistência é inviável, dado as questões relacionadas à distância e a dificuldade de acesso. Existe uma pendência, que é a transferência da rede básica para o município de Manaus. Em decorrência dela se está propondo vincular a publicação da habilitação à sua decisão. Essa questão está na justiça, com uma arrastada negociação entre o estado e o município e está marcada para dia 08 uma audiência, que promete ser decisiva. Por conta disso a proposta é habilitar o Amazonas, aguardando que a publicação esteja vinculada com a transferência da rede básica para Manaus.

Dr. Renilson Rehem disse que é importante colocar que a transferência não está sendo dificultada pelo estado, mas pelo município, que coloca uma série de condições para assumir a atenção básica, e que seria adequado condicionar a publicação da habilitação à solução disso, ou algo que caracterizasse pública e formalmente a decisão do estado de repassar a rede, pois se o município conseguir postergar na justiça o recebimento da rede básica, o estado nunca terá gestão avançada, e que em não havendo decisão no dia 8, que o estado se manifeste pública e formalmente em repassar a rede do município, o que seria suficiente para que seja publicada a habilitação.

Dr. Francisco Deodato disse que a habilitação representa muito para o processo de organização do estado, que até o ano de 1998 o Amazonas não tinha nenhum município habilitado. Por conta de uma política de centralização desse processo na SES esse trabalho teve início em 1999, tendo chegado a um processo de organização da descentralização, considerando que dos 62 municípios apenas 03 continuam com dificuldade para organização local. Esse processo de aprovação significa um grande passo para que não haja um retrocesso quanto à descentralização. A questão de Manaus, que está no âmbito da Justiça porque não se conseguiu chegar a um entendimento entre as duas partes, é de ordem eminentemente política, também de ambas as partes. O estado já reconstruiu toda a rede, que está 100% equipada, com quadro padrão completo, o que não é uma realidade em muitos estados no resto do país. No dia 8 esgota o prazo dado pelo Ministério Público para repassar a atenção básica para o município e o estado precisa levar ao Ministério Público essa decisão de aprovação da habilitação, como condição para que o mesmo entregue as unidades ao município.

Dr. Otávio Mercadante disse que é possível aprovar levando em consideração a audiência do dia 8 e que o Ministério vai fazer um Termo de Ajuste de Conduta, que vai ser negociado, estabelecendo um cronograma de transferência e

implantação. **Dr. Francisco Deodato** disse que já existe um Termo de Ajuste assinado, cujo prazo acaba exatamente no dia 08, termo esse estabelecido para que houvesse um entendimento, o que não ocorreu e que postergou o repasse. Como não houve acordo e o prazo esgotou, a posição do Ministério Público é no sentido de determinar o cumprimento do repasse da atenção básica, daí que a decisão da CIT reforça essa condição. **Dra. Maria Helena Brandão** disse que falou com o Secretário de Manaus que informou que não houve acordo e que não vê solução para o dia 8. Disse que tem interesse em receber a rede básica, “mas não de qualquer jeito”. **Dr. Otávio Mercadante** falou que se trata de uma questão política, e que a aprovação da qualificação do Amazonas em Gestão Avançada reforça a posição da transferência das unidades. **Dra. Maria Helena Brandão** disse que aprovada a proposta fica na dependência do resultado a ser dado no dia 08. Em relação a Minas Gerais o processo teve uma negociação complexa, que exigiu bastante esforço da Secretaria Estadual e do COSEMS. Aprovada a PPI o processo foi encaminhado à CIT com uma proposta ao Ministério de um acréscimo no teto relacionado ao piso das consultas. Dois aspectos precisam ser melhorados: o **1º** é o detalhamento da programação da Atenção Básica que está incompleto, o que não interfere na parte financeira e a **2ª** é o plano de regulação e o controle, que está estruturado de forma segmentada. A proposta é que o estado se habilite com essas recomendações constando do processo de habilitação e que sejam completadas ao longo da implantação da Gestão Plena em Minas Gerais. Uma questão concreta é em relação ao pagamento. Se Minas Gerais for habilitada hoje, a competência começa a valer à partir de novembro. Como Minas já tem equipe de transição, já está sendo negociado para que não haja interrupção dos pagamentos dos prestadores de dezembro para janeiro. **Dr. Carlos Patrício** agradeceu ao CONASEMS e ao Dr. Silvio Mendes, a Dra. Mírian, representante do COSEMS/MG disse que o processo foi gradativo, com muitos conflitos e que o estado encontra-se preparado para este exercício, e que as visitas feitas ao Paraná e Rio de Janeiro ajudaram o estado na sua preparação. Na interação interna feita com a Fazenda foi feita uma aferição do sistema, de maneira a controlar os pagamentos que serão efetuados até dezembro, não havendo a necessidade de maiores ligações com a equipe de transição, tendo esta afirmado que o processo já estava como plataforma do novo governo e que o estado está adiantando essa diretriz traçada. Agradeceu a equipe do Ministério, ao Dr. Renilson, a Dra. M^a Helena, e a própria equipe pelo êxito alcançado. **Dr. Renilson Rehem** disse que a satisfação é grande com a entrada de Minas Gerais e que se alcançou a marca de 15 estados habilitados pela NOAS, sendo 13 em plena e 2 em avançada, ou seja, a meta prevista de mais da metade dos estados. **Dr. Silvio Mendes** cumprimentou o Dr. Carlos Patrício, a Dra. Mírian, e o estado de Minas Gerais pela lição de sabedoria, de bom senso e equilíbrio, de como se deve conduzir um processo democrático e transparente, superando obstáculos. **Dr. Fernando Cupertino** disse que o CONASS se associa aos votos de louvor a Minas Gerais, pela atuação decisiva da SES/MG no sentido de superar as dificuldades de relacionamento, na perspectiva de construir o sistema. **Dra. Mírian** agradeceu a todos e disse que as negociações para TRE continuarão, que a PPI será revisada em 90 dias, e será colocada em dia a questão relacionada ao cumprimento da Emenda Constitucional 29. **Dra. Maria Helena Brandão** falou que diante do registro da Dra. Mírian o estado de Minas tem uma declaração do Tribunal de Contas de cumprimento da Emenda, que é o

requisito exigido para habilitação. **Dr. Carlos Patrício** disse que o estado cumpriu contabilmente, e que grande parte dos recursos do tesouro que deveriam ser aplicados nos municípios ficaram em restos a pagar. O estado reconhece que não se deve dar uma solução virtual para um problema real, e que isso está sendo equacionado. **Dra. Maria Helena Brandão** disse ter uma 3ª questão que é a aprovação da habilitação dos estados Goiás e Santa Catarina já ocorrida. As respectivas PPIs deveriam ser implantadas em 60 dias. Neste aspecto o estado de Goiás está absolutamente regular, mas o estado de Santa Catarina que não conseguiu fazer a PPI municipal no prazo estabelecido, pediu o adiamento do prazo até 30 de novembro, colocando que implantaria a PPI em 1º de dezembro. Disse que a PPI implantada é requisito para habilitação, que os 02 estados foram aprovados em regime de exceção e que está muito preocupada com a situação de Santa Catarina, por ser a única questão pendente no processo de habilitação. Numa auditoria da Ciset esse foi o único questionamento, o que torna ainda mais importante deixar essa questão resolvida. Sugeriu a aprovação do pedido de adiamento sem mais concessão de prazo. **Dr. Renilson Rehem** disse que deverá haver manifestação da CIT sobre a questão dessa prorrogação de 30 dias, pois como venceu o prazo já venceu, o estado deve ser desabilitado pela NOAS. Propõe a concessão do prazo e voltar ao assunto na próxima reunião, já com uma decisão. **Dr. Francisco Deodato** agradeceu o apoio da equipe da SES/AM, dos técnicos do Ministério coordenados pela Dra. Maria Helena, e pediu que fosse resgatado na aprovação o enfoque dado pelo Dr. Renilson, no sentido de que o estado não fosse penalizado por um ato que ele está claramente disposto a fazer que é o repasse das unidades. Que isso seja abrigado ao processo, para não haver retrocesso. Disse ainda que a grande preocupação dessa administração que se encerra dia 31 de dezembro é que o estado do Amazonas, no próximo exercício, pleiteando a Plena, continue dando seqüência ao processo de descentralização. **3 – Habilitação dos Municípios pela NOAS 01/2002 – Dra. Tânia Lago** disse que são 14 municípios pleiteando a Atenção Básica Ampliada. São 07 em Santa Catarina: Blumenau, Brusque, Capivari de Baixo, Criciúma, Maravilha, Rio Fortuna e São Bento do Sul, e 07 de São Paulo: Bernardino de Campo, Monte Alegre do Sul, Paraguassú Paulista, Santa Luz do Rio Pardo, São Sebastião da Gramma, Sumaré e Tarumã, estes os que tiveram uma avaliação positiva tanto na SPS/DAB, quanto na SIS. **Dr. Ênio Duarte** falou que vários dos municípios avaliados para a Básica Ampliada tiveram a aprovação de outros requisitos, mas tiveram problemas na questão do SIOPS, que a Emenda 29 precisa ser revista. Disse que a maior parte dos municípios está gastando acima do previsto pela Emenda 29, e que mesmo assim está havendo problemas para habilitação dos municípios. **Dr. Silvio Mendes** pediu que a questão colocada pelo Dr. Ênio fosse refletida, em especial em relação aos municípios com valores acima daqueles determinados na Emenda Constitucional. Disse que pelo fato dessa lógica ser progressiva, o sistema informatizado cobra que deve ser agregado no valor gasto o percentual crescente, seja para a própria habilitação ou para o financiamento diferenciado, mesmo para os municípios com gasto superior ao que determina a carta magna do país, o que é contraditório. Solicitou que os membros da CIT compreendessem a questão, para que não haja bloqueio nos processos. **Dr. Fernando Cupertino** disse que o texto da emenda não determina um crescimento no percentual mínimo de aplicação e que essa determinação não tem sentido algum. **Dra. Maria Helena**

Brandão falou que a análise que está sendo feita considera que não pode haver queda para valores inferiores a 15%. Se em algum momento foi gasto mais de 15%, essa margem não pode cair. **Dr. Silvio Mendes** disse que não existe lei maior que a carta magna e que a constituição do país determina isso. **Dr. Renilson Rehem** disse que é uma questão de interpretação não adequada. O que pode ser feito, junto a SIS, é ver a posição em relação a essa situação, trazer para a próxima CIT, que deva ser recomendada uma revisão nesse sentido, não retrocedendo a um patamar inferior ao proposto para alcançar os 15%. **Dr. Silvio Mendes** disse que o CONASEMS concordou com as questões das pendências junto ao SIOPS e com as declarações do Tribunal de Contas. Disse que ficou pactuado aqui que o tratamento seria o mesmo para estado e município e de que isso não seja um obstáculo para avançar na habilitação. Se nessa consulta à SIS houver conflito, se discute na próxima CIT. **Dra. Maria Helena Brandão** falou que esse ponto tem conflitos e que em relação ao parecer do Tribunal de Contas tanto para estados como para municípios, não há a mesma facilidade em conseguí-lo. Os Tribunais de Contas dos Estados ainda estão avaliando municípios em relação ao exercício do ano 2000. Os municípios de Goiás apresentaram um certificado do Tribunal de Contas em que não consta a palavra aprovado, textualmente colocada na certidão dos estados. O que veio em relação aos municípios necessita de interpretação da equipe, por não ser taxativo. A decisão que está sendo tomada em relação aos 4 municípios de Goiás - Goiânia, Goiás, Ceres e Inhumas, que apresentaram problemas com o SIOPS é fazer uma consulta ao Tribunal de Contas de Goiás, perguntando se os certificados encaminhados são de aprovação. A proposta é que os 4 sejam aprovados hoje e a depender da resposta do Tribunal de Contas, possa ser formalizada a habilitação. **Dr. Silvio Mendes** disse que quanto a questão de interpretação levantada pela Dra. Maria Helena, o texto do Tribunal de Contas do Município de Goiânia diz que a aplicação ocorreu no percentual, sendo 7,9% no período de dezembro a janeiro de 2000 e de 8,67% de janeiro a dezembro de 2001, o que demonstra cumprimento. Faltou apenas a palavra aprovado. **Dra. Maria Helena Brandão** falou que não tem nenhuma dificuldade em acatar a decisão da CIT, mas que não tem poderes para decidir uma questão que não tem respaldo legal. Se ficar entendido que a certidão de Goiás pode ser aceita para os 04 municípios que tiveram avaliação aprovada, sendo que dos 04 que encaminharam, alguns foram aprovados em Goiás, 01 a certidão encaminhada é relativa ao ano de 2000 e outro os gastos constantes da certidão são mensais, não tendo como julgar essas certidões encaminhadas pelos municípios. Propõe que elas sejam aceitas e que se habilite os municípios. **Dr. Silvio Mendes** disse achar desnecessário uma outra declaração só pelo fato de não ter a expressão “aprovada”, e que a CIT aprove e depois se encaminhe outra declaração com a palavra incluída. **Dr. Fernando Passos Cupertino** disse que só teve conhecimento do teor da certidão no dia anterior, que o texto não está esclarecido e que acabou de ser adotada uma estratégia para o estado do Amazonas condicionando a habilitação ao fornecimento de um documento futuro. Para não criar uma estratégia para cada caso, que se adote a mesma providência de aprovar a habilitação para o estado de Goiás e depois encaminhe a declaração, não sendo válido que o município apresente referência apenas do ano de 2000. **Dra. Maria Helena Brandão** disse que a NOAS funcionou como instrumentalização do planejamento nos estados, mas a forma como está posta para os municípios está extremamente dificultada por várias questões, não só pelo SIOPS, e que

do ponto de vista legal o Departamento tem que ter uma regra para embasar as decisões. O que foge que seja discutido na CIT. **Dr. Fernando Passos Cupertino** falou que como cada certidão tem um teor sugeriu que o Ministério proponha aos Tribunais de Conta uma certidão padrão, uniformizando as informações. **Dr. Ênio Duarte** disse que a importância maior é rediscutir com maior rapidez a interpretação da Emenda 29, que por uma questão de interpretações, impede de serem habilitados municípios que gastam acima do previsto. **Dr. Francisco Izaías** falou sobre a proposta de habilitação de mais ou menos 200 municípios do Rio Grande do Sul no PAB Ampliado encaminhada para apreciação na CIT de setembro, por resolução da CIB/RS, amparada em deliberação do Conselho Estadual, com adequação dos termos de compromissos de cumprimento dos indicadores básicos do PAB pactuados, cuja resposta ainda não foi obtida, apesar da Secretária reiterar a informação junto ao DAB/MS. A consultora da Atenção Básica **Cíntia Lociks** disse que o parecer foi elaborado no dia 14 de outubro e como na última TRIPARTITE ficou decidido manter os critérios e fluxos do processo de habilitação dos municípios pela NOAS, foram aprovados apenas os municípios que cumpriam os critérios da Atenção Básica, ficando a homologação e a publicação sob a condição de que o estado apresentasse a documentação obrigatória com parecer positivo do SIOPS, o cumprimento da Emenda ou o parecer do Tribunal de Contas. No parecer que será enviado ao Rio Grande do Sul está a sugestão de que o Estado proponha revisão na CIT, caso discorde dos critérios. **Dr. Fernando Passos Cupertino** informou a presença de três técnicos do Ministério da Saúde de Kebec/Canadá que estão trabalhando num intercâmbio no estado de Goiás, na área da regionalização da saúde, e que está sendo discutido sobre ferramentas que lá já são utilizadas a mais tempo, sobre acompanhamento de gestão e sobre o fluxo entre municípios e regiões, no sentido de aumentar a participação do usuário no processo de tomada de decisão. **Dra. Maria Luíza Jacger** solicitou ao DAB que o parecer fosse enviado, conforme elaborado. **Dra. Maria Helena Brandão** informou que os municípios habilitados na Plena são: Goituba e Pires do Rio em Goiás, Aquidauana, Campo Grande e Rio Brilhante em Mato Grosso do Sul, Campo Mourão, Curitiba, Londrina, Mandaguari e São Jorge do Patrocínio no Paraná. Do Piauí, estado ainda não habilitado, veio a proposta para Teresina e mais 04 municípios para habilitar em Plena. A Portaria refere que os encaminhamentos dos municípios de estados não habilitados devem ser feitos em 30 dias, o que foi cumprido. O município de Teresina, já habilitado em Plena pela NOB, está com o processo adequado. O outros 4 municípios tem várias pendências nos processos, e o estado está sendo orientado para completar as documentações, para que sejam habilitados na próxima CIT. Disse ainda que a CIB/SC solicitou a desabilitação do município de Rio do Sul da Gestão Plena e habilitação no GPABA. O município está presente na reunião, solicitando que seja retirado o seu pedido de desabilitação. **Dr. Silvio Mendes** disse ter três questões: **1ª** se os municípios de Goiás podem ser considerados aprovados, mesmo com as pendências em relação à declaração do Tribunal de Contas Municipal, que se uniformizasse essa declaração, ficando a cargo do município a responsabilidade da consulta ao Tribunal. Falou que o Dr. Renilson disse que o encaminhamento da Dra. Maria Helena é pela aprovação com pendência, complementando a documentação; a **2ª** é em relação ao percentual orçamentário levantado pelo Dr. Ênio nas questões de São Paulo. O Dr. Renilson disse que essa proposta seria encaminhada pelo Dr. Mercadante a

SIS, e que em havendo entendimento satisfatório, se faz um informe. Em caso negativo, traz a posição para um debate na próxima CIT; a 3ª é que em relação ao município de Santa Catarina houve um conflito entre a gestão estadual e a municipal em relação a um prestador, questão está já superada, não fazendo sentido o CONASEMS concordar em desabilitar o município. O Dr. Renilson falou que se trata de uma questão de encaminhamento, que não está sendo proposto a desabilitação do município e que não acha suficiente a presença do município para suspensão do processo. Disse que seria mais conveniente o CONASEMS propor que essa questão seja adiada para a próxima reunião da CIT, com a CIB enviando novo encaminhamento. **Dr. Jorge Solla** indagou se nos estados não habilitados os municípios tem necessidade de passar por uma decisão da CIB, e se em relação ao município que não conseguiu habilitação por que o estado não estava habilitado, pode entrar diretamente junto ao Ministério com uma solicitação. **Dra. Maria Helena Brandão** disse que todo processo de habilitação de município tem que ter a aprovação da CIB. O fluxo é o mesmo. A única mudança foi permitir que municípios de estados não habilitados pudessem solicitar habilitação. **Dr. Silvio Mendes** chamou a atenção dos gestores municipais que a reunião da CIT de dezembro não será deliberativa em nenhum aspecto, terá um caráter de confraternização. **Dr. José Guedes** falou a respeito do projeto Nascer Maternidade do Ministério da Saúde, depois incorporado por estados ou municípios. **Dr. Renné** complementou dizendo que são duas minutas de Portaria: uma trata do projeto Nascer Maternidade e outra pertinente à habilitação, que trata do valor adicional que seria incluído no incentivo das ações de HIV/AIDS. Na questão do financiamento de aquisição do Leite propôs que se aprofunde a discussão antes da publicação da Portaria, para que a proposta de ampliar o prazo de fornecimento de insumo seja contemplada. Ambas dependem dos estados na questão trânsito de insumo e dos municípios em trabalhar diretamente com as maternidades. **Dra. Tânia Lago** disse que levará a reivindicação para o Secretário e a equipe que trabalha com a AIDS, e em havendo modificações que seja retomado esse assunto na próxima CIT. **Dr. José Guedes** disse ter outro problema em relação à desoneração de Medicamentos Excepcionais, a qual direciona os Secretários Estaduais a mobilizarem os Secretários de Fazenda para agir na questão. Propôs um trabalho conjunto nessa negociação, levada pelo Ministério ao COFAS e que o Ministro tivesse o apoio necessário nas negociações com o CONFAS, já que a discussão individual pode não levar a nada. **Dr. Renné** disse que o problema que está ocorrendo em relação à desoneração é que os dois convênios assinados incluindo novos medicamentos não contemplam a situação de manutenção do crédito. Quem é fornecedor/distribuidor não tem isenção da tributação quando compra do fornecedor/indústria e quando vende para o setor público, está prevista a desoneração do ICMS. Está havendo dificuldades para esses fornecedores executarem a desoneração, sob a alegação da necessidade da manutenção do crédito, que é a possibilidade de utilizar os recursos pagos às indústrias, como crédito junto às respectivas secretarias da fazenda. O CONFAS ainda não chegou a um consenso sobre essa questão. Informou que essa semana o CONASS recebeu uma cópia do ofício que foi encaminhado pela Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica ao Secretário de Investimento/MS, solicitando a solução desse problema, onde as empresas afirmam que só podem fazer a desoneração tendo acesso a utilização do crédito. Esse é o ponto crucial da discussão, que envolve a decisão de secretarias de fazenda

de cada estado. Resolvendo essa ação se implementa o objetivo previsto na Portaria dos Medicamentos Excepcionais. **Dr. José Guedes** disse que em relação ao convênio, a nova forma de chegar recursos de AIDS do nível federal em estados e municípios é por meio do incentivo, em estudo. Existem convênios em vigor, com data para expirar, com compromissos determinados para os mesmos, recursos esses que devem estar separados dessa nova forma de transferência por meio do incentivo, e não haver descontos desses no valor do incentivo. **Dr. Renné** disse que a proposta apresentada pela coordenação é uma dedução dos valores dos convênios ainda em execução dos valores referentes aos incentivos, a partir do momento da habilitação dos estados e municípios. A proposta que está sendo apresentada é para que a execução do convênio se dê no objeto especificado e se estabeleça um prazo máximo para utilização dos recursos dos convênios, e o processo de incentivo seja tratado como previsto inicialmente. Após o processo de habilitação, seja transferida a base de 1/12 mês os valores de referência que foram estabelecidos. As ações previstas no incentivo são maiores em relação ao que está especificado como objeto nos convênios. A sobreposição desses valores comprometem a habilitação por incentivo ou fazem com que o estado assuma responsabilidades maiores, utilizando recursos dos convênios, onde o objeto pode não ser tão amplo, quanto no incentivo. Sobre a questão de habilitação foi passado que o Ministério tem urgência na publicação dessa Portaria, e disse ter um assunto pertinente na qualificação e habilitação de processos existentes no Ministério, em relação ao incentivo financeiro nas questões de ações de saúde no sistema penitenciário, onde foram analisados os processos de quatro estados, e disse ter uma dúvida, na questão de não passar pela CIT a habilitação desses processos, e que caso não se tenha aprovação, se pode entender que o processo estará em publicação para recebimento de recursos, e caso haja necessidade da aprovação de passar pela CIT, talvez não tenha tempo do estado receber esses recursos.

4. Hospitais Universitários e de Ensino – Dr. Renilson Rehem disse que mensalmente estão se reunindo com a ABRAHUE, encaminhando a uma série de problemas, mas que há uma especificidade na relação desses hospitais com os gestores. Propôs a CIT a realização de um seminário específico com secretários estaduais e municipais que tem sob sua gestão hospitais universitários, para que se debata a melhor integração desses hospitais ao Sistema, ver como o gestor pode utilizar melhor esse sistema, superar os conflitos com os contratos de metas que foram negociados para o FIDEPS, que com raras exceções estão vencidos e desatualizados. **O Presidente da ABRAHUE – Dr. Amâncio** falou que são 154 hospitais universitários e de ensino cadastrados para receber o FIDEPS, o que representam 2,3% dos hospitais ligados ao SUS, aproximadamente 9% dos leitos, 13% das internações e 25% dos recursos em AIH. Esses números mostram o peso significativo que esses hospitais têm dentro do Sistema e a participação na alta complexidade. Disse ainda sobre os recursos do FIDEPS que não estão incluídos nesse total, que são em torno de 500 milhões por ano. A questão da integração desses hospitais ao SUS é um problema histórico, o que na sua avaliação teve um avanço, processo este que contou com algumas modificações, com a iniciativa do Ministério da Saúde e do CNS, no sentido de estabelecer um contato mais habitual de intermediação entre hospitais e seus gestores. Sobre a modificação da sistemática do FIDEPS no contrato de metas, ainda que a formalidade do contrato não tenha sido ideal, o fato é que houve a necessidade de hospitais e gestores se entenderem, sendo preciso um avanço

maior, pois o modelo de financiamento por prestação de serviços traz uma série de limitação e problemas para todos os hospitais públicos, em particular os hospitais universitários. Um deles é o fato de que a tabela SUS não é homogênea, onde as internações clínicas tendem a ter uma remuneração inferior em relação as internações cirúrgicas, peso maior dos hospitais clínicos e importante para a qualidade do ensino, o que gera problemas em relação aos avanços das internações. Existe também o problema da instabilidade de financiamento, que por ser baseado na produção, em período de greve ou de férias o hospital perde com isso. Falou que o avanço deve ser de acordo com a NOAS, que estabelece um contrato entre entes públicos e um pacto entre a proposta de financiamento, que integra os aspectos relacionados aos custeios e investimentos. Uma outra dificuldade que afeta bastante os hospitais é que as fontes de investimentos não estão nas fontes orçamentárias originárias. Em geral os hospitais é quem correm atrás das bancadas, parlamentares e do REFORSUS. Isso faz com que não ocorra a participação de pessoal e custeio para os investimentos feitos, trazendo uma série de instabilidade. Para esse avanço depende muita negociação, e que no Seminário pudesse ser definido um campo de contrato para entes públicos, definido pela NOAS, na forma orçamentária, que não torne o hospital dependente da lógica do faturamento, e que não se desperdiçasse a idéia de estabelecer relações de custos efetivos, onde os hospitais cumpram as metas estabelecidas de acordo com as necessidades do sistema, e que aborde também o problema da autonomia administrativa dos hospitais universitários propriamente ligados às universidades. Como não houve contratação de pessoal eles são obrigados a terceirizar pessoal, usando para isso, recursos do SUS, totalizando 22 mil funcionários por fundação, nos 45 hospitais universitários do MEC, onde a grande maioria atua pelo SUS, com gastos que chegam a 200 milhões de reais, o que compromete a condições do financiamento adequado para o custeio, gerando uma crise. Disse que o TCU está intervindo numa série de localidades e notificando reitores de que o processo de terceirização além de ser ilegal, não está previsto nas leis das fundações, o que precisa ser avaliado de uma forma mais sistemática, com a participação da Procuradoria da República e representantes da área jurídica, porque a sua visão é que ocorra plenamente a integração dos hospitais universitários com o SUS. **Dr. Renilson Rehem** disse que a idéia é que tanto o CONASS quanto o CONASEMS indiquem um representante que junto com a ABRAUE trabalhe a definição do programa, definição de data, para que se discuta discutir as queixas e as demandas dos dois lados, tanto dos hospitais universitários, quantos as dos gestores, e que o programa seja construído de maneira conjunta, para que se possa ter avanço, e que os números relatados mostram a necessidade da realização desse seminário, com a presença de todos os hospitais e gestores públicos correspondentes. **Dr. Silvio Mendes** disse que o CONASEMS concorda com a discussão do problema, até porque se trata de local de formação e atuação profissional. Entende que deveria ser um Fórum permanente, dada a importância da rede de hospitais universitários, que fosse trabalhado a parceria da continuidade desse processo, chamando o MEC á discussão. Indicou como representante a Dra. Carmem Lavras, assessora do CONASEMS/SP. **Dr. Renilson Rehem** disse que as reuniões que ocorrem tem a presença do Ministério da Saúde, MEC e os Hospitais Universitários, e que fica aguardando a indicação do representante do CONASS. **Dr. Amâncio** disse que tanto o MEC, quanto a ANGIFES, que é a associação dos reitores das

federais, aprovaram o encaminhamento dessa proposta. **Dra. Maria Helena Brandão** disse que o termo entre os entes públicos não inclui todos os universitários e que alguns estados já tomaram essas iniciativas, os municípios e as capitais já estão utilizando os termos nas negociações com os hospitais universitários, o que não existe ainda é a legalidade, por que a Portaria anterior do FIDEPS prevê o contrato de metas no outro formato. **Dr. Otávio Mercadante** incumbiu a responsabilidade de organizar o seminário à SAS, ABRAHUE, CONASS, CONASEMS e o MEC.

6. Prescrição de Medicamentos por Enfermeiros – Dra. Beatriz Dobashi disse que em uma reunião da CIT que ocorreu ano passado foi pactuado que o Ministério da Saúde, através da SPS, faria uma Portaria de Regulamentação da Prescrição de Enfermagem, até porque esse assunto já é matéria de lei federal, que daria maior agilidade para as equipes do Saúde da Família, a normatização da posição do enfermeiro na prescrição sintomática. Disse que o assunto não foi mais discutido e que o Conselho Federal de Medicina publicou uma nota dizendo que a Portaria do Ministério foi suspensa a seu pedido, daí que o CONASEMS pede que a SPS informe se realmente houve essa reunião, se a Portaria foi definitivamente suspensa, se o assunto pode ser considerado encerrado ou se a negociação nos estados vai ficar entre estes e Conselho Regional para esclarecimento das dúvidas. **Dr. Silvio Mendes** falou que esse assunto foi discutido pelo CONASEMS, Conselho Federal de Medicina, Conselho Federal de Enfermagem, junto com o órgão formador, a Universidade Federal, com a finalidade de tentar resolver e encaminhar essa questão rapidamente. Cada órgão seguiu por caminhos divergentes, dificultando a pactuação. Disse que considera importante inserir a enfermeira no processo com o bom senso para saber o que é exercício legal, o que é correto e adequado. Sugeriu como forma de solução o Ministério da Saúde reunir os dois Conselhos, para a tomada de decisão aplicável a todo o território nacional, até porque remeter para cada estado seria complicado por questões corporativas regionais e locais. **Dra. Tânia Lago** disse não saber se houve a reunião com o Conselho para suspender a Portaria, que até hoje não foi publicada pela posição contrária do Conselho Federal de Medicina, e que essas dificuldades não se dão apenas pelas divergências entre o Conselho Federal de Medicina e de Enfermagem, mas também quando se discrimina a questão dos tipos de prescrição, respaldada por Lei do Conselho de Enfermagem. Disse que tem uma equipe da Atenção Básica e da área de Recursos Humanos trabalhando nisso há bastante tempo, que ainda não conseguiu romper essas dificuldades. O problema de fundo não é corporativo ou da lei que respalda a enfermagem, mas sim de questões problemas em vários municípios, como a leitura e interpretação de exames, a realização de consultas de enfermagem para a população, e considera difícil um entendimento concreto para que o Ministério elabore uma portaria. Sugeriu que no grupo de trabalho fossem incluídos representantes do CONASS e CONASEMS e dos Conselhos, formando um grupo tarefa, estabelecendo um prazo, para se chegar a um acordo.

Dr. Silvio Mendes disse que o CONASEMS aceita participar, e espera um resultado a curto prazo para solução em nível nacional. **Dr. Otávio Mercadante** perguntou se o Conselho Federal de Farmácia será incluído, já que recebeu uma demanda do Presidente em relação ao papel do agente comunitário de saúde. **Dr. Álvaro Machado** informou que existe um projeto de lei tramitando no Senado Federal para definir o que é ato médico, e acha fundamental incorporar essa discussão que está havendo no âmbito do Senado. Como os fatos estão

ligados, possa contribuir para evitar conflitos futuros. **Dra. Tânia Lago** disse que não está se discutindo a competência do profissional de enfermagem, mas sim a questão do aprendizado oferecido pelos cursos de enfermagem. Com relação ao projeto que está tramitando no Senado acha que ajuda pouco, pois quem define o que é ato médico no contexto do projeto é o próprio Conselho Federal de Medicina, que tende na gestão atual a tratar quase que tudo como ato médico. Não vê solução em curto prazo, inclusive para agenda mínima, e disse que em Alagoas o Conselho de Medicina contestou, em relação aos cursos de capacitação para o PACS e PSF, que seja o mesmo tanto para enfermeiros como para médicos, e estes últimos, naquele estado, não estão freqüentando as capacitações que estão sendo feitas junto com a FEBRASGO para enfermeiras e médicos. Isso também está acontecendo no Espírito Santo em relação aos cursos para planejamento familiar e pré natal é igual, onde um acirramento da questão corporativa médica dificulta bastante o avanço da discussão. **Dr. Álvaro Machado** falou que no caso de Alagoas o Conselho não está se posicionando em relação a não freqüentar o mesmo curso, mas sim em relação ao que é o ato médico, ou seja, está proibindo os médicos de freqüentarem aulas relativas aquilo que hoje eles interpretam legalmente como um ato de competência exclusiva do médico, baseados em toda a instrumentação legal hoje existente. Disse que por mais que se chegue a um consenso entre as entidades a respeito dessa questão, se legalmente ela não for solucionada, não terá efetividade em relação a ela. **Dr. José Guedes** disse que o assunto é mais urgente e complexo, e que de acordo com os números se tem menos enfermeiros do que médicos no país, mas que colocar enfermeiro em um programa como o Saúde da Família aonde não tem médico, pode até se achar que é uma saída para resolver o problemas dessas equipes, quando na verdade não se resolve. **Dra. Eliana Pasini** disse que na sua região é mais difícil enfermeiros do que médicos para o saúde da família, e que não está se montando mais equipes devido a falta de enfermeiros, e que esses trabalham em horário integral, freqüentam os cursos, aprendem sobre doenças regionais, ao contrário dos médicos que depois não tem condições de acompanhar as doenças e os casos. **Dr. Jorge Solla** disse que a questão não passa pelo número de enfermeiro e por esses outros aspectos, mas pela possibilidade legal que existe hoje para no exercício de determinada categoria profissional, desenvolver um conjunto de ações. O que está em discussão são ações que estão disseminadas pelo Ministério, pela Secretarias Estaduais e Municipais, preconizadas em vários documentos e normas técnicas do SUS, que apontam para o exercício dessa categoria de profissionais. Disse que não sabe se foi revogada, mas existe uma lei de 1986 que regulamenta o exercício da enfermagem e estabelece que ela pode prescrever medicamentos estabelecido em programas de saúde pública, em rotina aprovada pela instituição de saúde. Se essa lei não foi revogada nenhuma norma de Conselho de Medicina ou da Secretaria Estadual ou Municipal pode a ela se sobrepor. Ela não foi feita para suprir a carência de profissionais, mas para divulgar para o conjunto de profissionais e instituições ligadas ao SUS o respaldo legal para tudo o que está sendo feito nesses últimos anos no controle de tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, diagnósticos sindrômicos de DST/AIDS, para os quais foi montado um grande investimento em capacitação de recursos humanos e montagem de ações programáticas, compreendendo a existência do respaldo legal. Preocupa o fato da pressão corporativa terminar subjugando uma lógica de construção do SUS, construída durante esses anos, e até que esta lei seja

revogada, o respaldo legal está dado. **Dra. Marta Barreto** falou que em relação a questão da prescrição, em Aracaju vários enfermeiros estão respondendo processos na Justiça, e com base nessa Lei os processos estão tendo bom andamento. Disse que a questão de pano de fundo é meramente política. **Rogério/Aracaju** disse que participou do processo de discussão do debate sobre as especialidades médicas das especialidades médicas, que a profissão precisa estar em constante processo de desenvolvimento, e que mesmo tendo uma legislação que permite a prescrição da enfermagem se tem debates e conflitos de interesses entre as categorias. Falou que não resolve somente ter legislação e seu uso como referência. Outras questões precisam ser discutidas, e que em Aracaju está se resolvendo com utilização de categorias analíticas para compreender as profissões da seguinte forma: como historicamente elas se consolidam, quais os meios de produção que elas detêm, os mecanismos de formação que estabelecem o limite de competência profissional e a legitimidade que essa profissão tem num determinado momento histórico. O resultado disso estabelece para a sociedade o nível de competência dessa profissão num determinado campo, e com isso se espera construir uma divisão do trabalho na equipe, considerando em particular, na competência do saúde da família, que a enfermeira pode fazer o trabalho da prescrição protegida, já definido dentro de um programa, que é algo que os médicos não disputam. Como o programa de saúde da família tem a responsabilidade de fazer a vigilância e o cuidado continuado, é preciso pactuar qual o espaço de atuação e o papel dessas categorias, o que é campo e núcleo de competência do profissional, para então se construir um debate e até dar sentido a legislação existente. Disse que a disputa entre categorias dificulta a viabilização de programas, e que falta uma discussão conceitual que aponte a construção de um novo espaço de atuação das classes. Falou que no mercado do PAB e do Saúde da Família há crescimento para ambas as classes e que essas questões influenciam na organização do processo de trabalho dentro da equipe do Saúde da Família ou das equipes de saúde, de uma maneira geral. **Dr. Otávio Mercadante** disse que o encaminhamento que deve ser feito é reunir os Conselhos e os Gestores e definir uma pauta para discutir o assunto. **7. Fundo do Setor de Telecomunicações–FURST – Dra. Rosane** disse que foram discutidas três questões a respeito do próprio projeto piloto do Cartão Nacional de Saúde. Falou sobre a fase em que está o processo de cadastramento nacional de usuários do SUS e a questão de infra-estrutura e alternativas tecnológicas, aonde viram que o projeto piloto do cartão como ele é, não tem como ser implantado rapidamente em todos os municípios brasileiros. Se pensou em algumas alternativas imediatas que fossem úteis para acompanhar o fluxo de pessoas e referências para subsidiar a regionalização e a PPI e foram colocados alguns informes viabilizados pelo número do Cartão Nacional de Saúde. Quando foi aprovado na CIT, o cadastramento nacional de usuários do SUS não tinha nenhuma discussão a respeito do FURST. O que interessava no momento era o número nacional de identificação. Hoje se tem em torno de 50 milhões de cadastros feitos, com incentivo para quem faz uso da TRS. Em relação à Portaria que regulamentou a AIH, liberação do cartão simplificado com o número, já possibilitaria o uso no sistema de base nacional e em alguns sistemas locais municipais que identificam o cidadão no seu atendimento. O Ministério abriu uma licitação para aquisição de 50 milhões de cartões e foram licitados 5 milhões de cartões para teste, por R\$ 0.30 centavos. Na licitação seguinte o valor cotado pelo mercado foi de R\$ 0.80 centavos. A Caixa

Econômica Federal licitou na mesma época que o Ministério, com fornecedores diferentes, mas com o mesmo valor final para ambos, identificando-se aí uma organização do mercado. Por decisão dos Secretários foi cancelada a licitação, e em vários municípios com projeto piloto está sendo utilizado o cartão de papelão pré formatado, com número provisório, que gera essa identificação no ato do cadastramento ou via WEB, cujo sistema está pronto e disponibilizado. Par os 50 milhões que já tem cadastro, em tendo recursos orçamentários, que se abra uma licitação para um determinado número. Para emissão destes foram discutidos alguns critérios. Quanto às questões: a **1ª** é que seriam emitidos em municípios localizados em torno daqueles onde tem projeto piloto, em que o cartão faz parte da rotina do município; a **2ª** diz respeito aos municípios com sistema próprio, que já tem identificação de usuários; a **3ª** seriam os municípios que tem uma cobertura de cadastramento acima de 60%, com proposta para uso imediato do cartão; a **4ª** são municípios de estados que já tem programada a organização da referência e a regionalização e a **5ª** os municípios que tem a proposta apresentada para uso do Cartão de identificação, mesmo sem ter o sistema, para a qual o CONASEMS concordou com a proposta de critérios, e em já tendo 5 milhões de cartões estocados, começar a emitir os cartões a partir dos critérios propostos. Para os outros trabalhar com o cartão de papelão, que mesmo com o número definitivo, sendo provisório. Foram discutidos outros assuntos como a questão da integração e unificação dos sistemas, a possibilidade de trabalhar com o FURST na telefonia, e que essa discussão é uma questão para a comissão de transição, deixando a proposta pronta para o INFOSUS, formatado pelo DATASUS, unificando a rede ANVISA, CARTÃO ANS, para um processo de compra centralizado, dando possibilidade de expandir a rede, que hoje está em torno de 600 municípios, sem custo adicional para o Ministério. O Dr. Sílvio propôs que o CONASEMS formatará um documento em relação a esse assunto, para que esse projeto que não chegou a sua finalização, mas conseguiu grandes avanços, formatado, possa não ser novamente iniciado no novo governo. **Dr. Sílvio Mendes** disse que o CONASS e o CONASEMS tem a responsabilidade de dar continuidade ao que foi construído, que espera que seja preservado o que já foi estabelecido, porque existe uma demanda crescente pela qual são responsáveis, sendo necessário que aconteça não só o Cartão, mas também várias questões, que precisam ser discutidas, para saber o que é importante e prioritário para a nova administração. **Dr. Otávio Mercadante** encerrou a reunião elogiando a apresentação feita pela Dra. Rosane, e parabenizou a Dra. Deildes Prado e o Dr. Gabriel Ferrato pela data do aniversário de ambos.

Visto:



**Ministério da Saúde
Secretaria Executiva
Comissão Intergestores Tripartite
Secretaria Técnica**

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT

REUNIÃO ORDINÁRIA DE 31/10/2002

RESUMO EXECUTIVO

O Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite, **Otávio Mercadante**, conduziu a 9ª Reunião Ordinária, realizada em 31 de outubro de 2002.

Pontos de Pauta:

1. Descentralização de Epidemiologia e Controle de Doenças-ECD - foram certificados 57 municípios com vigência de 1º de novembro de 2002, sendo:

- 01 da Bahia
- 05 do Ceará
- 08 de Minas Gerais
- 10 do Pará
- 01 do Rio Grande do Norte
- 32 de São Paulo

Foi acatada pela CIT a proposta de suspensão da transferência do repasse financeiro de ECD para 03 municípios do estado de Goiás, com base na Portaria 1.399 e nos pareceres da CIB/GO e da FUNASA, e dado o prazo até dezembro para que a SES e a CIB/RN façam a repactuação dos tetos financeiros de ECD de 06 municípios da região metropolitana daquele estado.

Sobre as ações de controle da Dengue:

- Foi informado que em relação à Portaria 1.345, que trata do aporte de recursos adicionais para contratação de pessoal, foram encaminhadas aos Secretários de Saúde notas técnicas referentes à contratação de pessoal para 12 estados da Federação, quais sejam: BA, SP, RO, PB, AL, MG, GO, CE, RN, MG, PE e PR.
- Foram discutidos vários aspectos do financiamento para contratação de pessoal, para suprir a deficiência de 10.000 agentes para controle da dengue, enfocando alguns problemas localizados, envolvendo os estados do Mato Grosso do Sul, Goiás, São Paulo, Rio de Janeiro.

- Foi solicitada maior participação dos Secretários Municipais e Estaduais de Saúde nas reuniões macrorregionais que estão sendo realizadas para avaliação da implantação do programa de Controle da Dengue.
- Foi informado que no dia 23 de novembro haverá uma mobilização nacional e que na ocorrência de epidemias, os locais serão monitorados pelo Ministério da Saúde e será estabelecido um suporte financeiro a ser acrescido ao teto dos municípios em plena ou dos estados, a depender da situação de gestão.

2. Qualificação de Estados (NOAS 01/2002) – foram aprovadas as qualificações de 02 estados:

- Minas Gerais em Gestão Plena do Sistema Estadual
- Amazonas em Gestão Avançada do Sistema Estadual

Em relação a Minas Gerais ficou acordado o compromisso do Estado encaminhar o detalhamento da programação da Atenção Básica e o plano de regulação e controle.

A publicação da portaria que formaliza a qualificação do Estado do Amazonas está condicionada à transferência da rede básica de saúde para o município de Manaus.

Foi aprovado o pedido feito pelo Estado de Santa Catarina de adiamento do prazo para implantação da PPI municipal, para 30 de novembro, sem mais adiamento.

3. Habilitação de Municípios (NOAS 01/2002):

Plena do Sistema - foram habilitados 13 municípios, com vigência para 1º de outubro de 2002, a saber:

- 03 do Estado de Mato Grosso do Sul;
- 05 do Estado do Paraná;
- 01 do Piauí;
- 04 do Estado de Goiás, para os quais foi acatada a aprovação e a depender da resposta do Tribunal de Contas quanto ao cumprimento da Emenda Constitucional 29, a formalização da habilitação se dará.

Plena de Atenção Básica Ampliada (NOAS 01/2002) – foram habilitados 14 municípios, com vigência para 1º de outubro de 2002, a saber:

- 07 em Santa Catarina – Blumenau, Brusque, Capivarí de Baixo, Criciúma, Maravilha, Rio Fortuna e São Bento do Sul;

- 07 de São Paulo - Bernardino do Campo, Monte Alegre do Sul, Paraguassú Paulista, Santa Luz do Rio Pardo, São Sebastião da Gramma, Sumaré e Tarumã.

Foi discutida novamente a questão da necessidade de um parecer final sobre o cumprimento da Emenda Constitucional 29, e colocado que vários municípios avaliados para a Atenção Básica Ampliada que tiveram a aprovação de outros requisitos, tiveram problemas na questão do SIOPS, mesmo aqueles que estão gastando acima do previsto pela Emenda, o que tem prejudicado o processo de habilitação.

Em relação ao pedido de desabilitação do município de Rio do Sul/SC da condição de Gestão Plena do Sistema e habilitação em Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada, foi colocado que o conflito existente foi superado, não cabendo a desabilitação. Ficou acordo que a CIB/SC encaminharia a CIT nova posição sobre a questão.

Foi referido o projeto Nascer Maternidade, do Ministério da Saúde, incorporado por estados ou municípios, para o qual foi solicitado que se aprofunde a discussão do financiamento da aquisição do leite antes da publicação da portaria, e também referido o valor adicional a ser incluído no incentivo das ações de HIV/AIDS, reivindicações que serão levadas à Secretaria de Políticas de Saúde e para a equipe que trabalha a AIDS, e em havendo modificações o assunto será retomado.

Uma outra questão está relacionada à desoneração de medicamentos excepcionais, dado que os dois convênios assinados, incluindo novos medicamentos, não contemplam a situação de manutenção do crédito. Quem é fornecedor/distribuidor não tem isenção da tributação quando compra do fornecedor/industria e quando vende para o setor público, está prevista a desoneração do ICMS. Os fornecedores colocam suas dificuldades em executar a desoneração, alegando a necessidade da manutenção do crédito, que é a possibilidade de utilizar os recursos pagos às indústrias como crédito junto às respectivas secretarias de fazenda. A proposta apresentada é uma dedução dos valores dos convênios ainda em execução, dos valores referentes aos incentivos, a partir do momento da habilitação dos estados e municípios. A execução do convênio se daria no objeto especificado e seria estabelecido um prazo máximo para utilização dos recursos dos convênios, sendo o processo de incentivo tratado como previsto inicialmente. Após o processo de habilitação, os incentivos seriam transferidos na base de 1/12/m os valores de referência que foram estabelecidos.

4. Hospitais Universitários e de Ensino - foi proposta a realização de um seminário específico com Secretários Estaduais e Municipais que tem sob sua gestão hospitais universitários, para que se debata a melhor integração desses

hospitais ao Sistema, superar os conflitos com os contratos de metas que foram negociados para o FIDEPS, que com raras exceções estão vencidos e desatualizados, abordando também o problema da autonomia administrativa dos hospitais universitários propriamente ligados às universidades, em especial nos aspectos relacionados a pessoal. Ficou decidido que a SAS, o CONASS, o CONASEMS, a ABRAUE e o MEC indiquem representantes para trabalhar a definição do programa e da data para a realização do seminário, que contará com a presença de todos os hospitais universitários e de ensino e gestores públicos correspondentes.

5. Prescrição de Medicamentos por Enfermeiros - foi colocado sobre a pactuação feita em 2001 de uma portaria regulamentando a prescrição de enfermagem, matéria de lei federal, que daria maior agilidade para as equipes do Saúde da Família e normatizaria a posição do enfermeiro na prescrição sintomática, e ainda sobre informações de que a publicação foi suspensa. Foi informado que existe uma equipe trabalhando essa questão há bastante tempo, e que as dificuldades ainda não foram rompidas. Foi sugerida a inclusão no grupo de trabalho de representantes do CONASS, CONASEMS e dos Conselhos de classe, formando um grupo tarefa, estabelecendo um prazo, para se chegar a uma conclusão.

6. Fundo do Setor de Telecomunicações-FURST – inicialmente foi abordado sobre a fase em que se encontra o processo de cadastramento nacional de usuários do SUS e sobre a questão de infra-estrutura e alternativas tecnológicas, sendo colocado que na forma como é o projeto piloto do cartão, não há como ser implantado rapidamente em todos os municípios brasileiros. Estão sendo pensadas alternativas imediatas, úteis para acompanhar o fluxo de pessoas e referências para subsidiar a regionalização e a PPI. Em vários municípios o projeto piloto está utilizando o cartão de papelão pré formatado, com número provisório, que gera identificação no ato do cadastramento ou via WEB, cujo sistema está pronto e disponibilizado. Para emissão dos novos cartões foram apresentados alguns critérios: **1º** seriam emitidos em municípios localizados em torno daqueles onde existe projeto piloto, nos quais o cartão faz parte da rotina do município; **2º** diz respeito aos municípios com sistema próprio, que já tem identificação de usuários; **3º** seria em relação aos municípios que tem uma cobertura de cadastramento acima de 60%, com proposta para uso imediato do cartão; **4º** são municípios de estados que já tem programada a organização da referência e a regionalização e **5º** os municípios que tem a proposta apresentada para uso do Cartão de identificação, mesmo sem ter o sistema. O CONASEMS concordou com os critérios, e em já tendo 05 milhões de cartões estocados, começar a emitir os cartões a partir das proposições. Outros assuntos discutidos foram: a

integração e unificação dos sistemas e a possibilidade de trabalhar com o FURST na telefonia.