



RESUMO EXECUTIVO

Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite do dia 20/11/03

I. PAUTA

A. Homologação

- 1) Habilitação de municípios
- 2) Habilitação de estados
- 3) Qualificação de estados e municípios para o recebimento do Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST – CNDST/AIDS
- 4) Certificação de estados e municípios à gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças

B. Temas para pactuação

- 1) Financiamento do teste diagnóstico para HIV - SVS
- 2) Programação Pactuada e Integrada de Vigilância em Saúde - SVS
- 3) Pacto de Indicadores da Atenção Básica para 2004 – SAS
- 4) Reunião da CIT no mês de dezembro e calendário para 2004 – SE
- 5) Pactuação das ações de média e alta complexidade da Vigilância Sanitária - Anvisa

C. Apresentações e Informes

- 1) Apresentação da Pesquisa sobre Recursos Humanos – Conass
- 2) Plano de Saúde da Amazônia Legal – SE
- 3) Terapia Renal Substitutiva
- 4) Fluxo de encaminhamento de processos referentes ao SAMU
- 5) Transferência da Coordenação de Política de Sangue para a SAS - SAS
- 6) Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde - SGTES

II. DESENVOLVIMENTO

A. Homologação:

1) Habilitação de municípios – foi homologada a habilitação de 75 municípios em Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada e 11 municípios em Gestão Plena de Sistema Municipal, a partir da competência dezembro. A partir da competência dezembro estão habilitados conforme a Noas, 1320 municípios em gestão plena de atenção básica ampliada e 168 municípios em gestão plena de sistema municipal.

2) Habilitação de estados: foi homologada a habilitação dos estados do Amapá e Amazonas em Gestão Plena de Sistema Estadual, com pendências na finalização da Programação Pactuada e Integrada e a publicação das portarias está condicionada ao cumprimento desses itens.

3) Qualificação de estados e municípios para o recebimento do Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST – a CIT homologou a qualificação do estado do Amapá e de 10 municípios ao Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DST, totalizando até o momento 26 estados e o Distrito Federal e 372 municípios qualificados.

4) Certificação de estados e municípios à gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças – a CIT homologou a certificação de 26 municípios, na competência novembro, totalizando 4.934 municípios certificados.

B. Temas para pactuação

1) Financiamento do teste diagnóstico para HIV - Procedimentos: Elisa, Imunofluorescência Indireta, Western Blott; diretrizes: estruturar a rede de diagnóstico do HIV, relacionando a rede de atenção à rede de laboratórios; ampliar a capacidade dos estados e municípios para o diagnóstico de 1,5 milhões para 3 milhões de pessoas em 2004; fortalecer a rede pública de laboratórios; implantar novo fluxograma para o diagnóstico e o programa de qualidade. Qualificação: Estados e Municípios em gestão plena. Pré-requisitos: proposta de organização da Rede Pública de diagnóstico do HIV e adesão ao Programa de Qualidade e ao novo fluxograma. Lógica para o estabelecimento de Limites Físicos e Tetos Financeiros: 1ª Etapa: já foi estabelecida a meta nacional de 3 milhões/ano ou 17 pessoas testadas por 1.000 habitantes levando em consideração as populações mais vulneráveis: gestantes pacientes de tuberculose, usuários de droga e pessoas que mantêm relações sexuais desprotegidas; 2ª Etapa: aplicando-se a meta nacional à população residente, obtém-se o número esperado de pessoas testadas e a frequência esperada de cada procedimento. Frequências Mínimas: custeados pelos Tetos de Estados e Municípios (MAC): procedimentos realizadas por laboratórios públicos e privados; 60% da frequência esperada. Excedente: custeado pelo FAEC: procedimentos realizados por laboratórios públicos; entre a frequência mínima e os tetos definidos no FAEC (40% do esperado). O valor total para atingir a meta em 2004 é de R\$ 41,2 milhões sendo R\$ 24,7 (R\$ 45,3 faturados em 2002) de MAC e R\$ 16,5 milhões de FAEC . O Conass propôs a aprovação com algumas considerações: a) pactuação na CIB para definição da alocação dos recursos nas unidades federadas e que se permita a identificação da referência dos demais municípios; b) lembrar que os estados não habilitados continuarão a receber por produção; c) que se o Conass observar alguma distorção que cause algum prejuízo durante o processo de implantação possa monitorar esse processo e propor mudanças se for o caso, tendo em vista que não teve tempo hábil para fazer uma análise completa das planilhas. O Conass solicitou, ainda, participar do processo de elaboração da minuta da portaria e demonstrou preocupação com a operacionalidade dos fluxos de pagamento que têm sistemáticas e cronogramas diferenciados. O Conasems solicitou participar da elaboração da minuta da portaria. O assunto foi aprovado e a elaboração da portaria será feita de forma conjunta, na Câmara Técnica.

2) Programação Pactuada e Integrada de Vigilância em Saúde – a Secretaria de Vigilância em Saúde apresentou a proposta da PPI da Vigilância em Saúde e explicou os critérios utilizados para a sua elaboração juntamente com o Conass, Conasems e Anvisa: incorporar as ações básicas de vigilância sanitária; estabelecer ações significativas e marcadoras dos treze módulos da PPI; que todas as ações a serem pactuadas tivessem bem definida a sua aferição; foi considerado também que o cronograma da PPI deve coincidir com os prazos do pacto da atenção básica e da pactuação da média e alta complexidade da vigilância sanitária. Os indicadores da Vigilância em Saúde forma reduzidos de 84 para 52 indicadores. O assunto foi aprovado. O Conasems informou que já havia conversado com o Secretário Executivo, o Secretário de Atenção à Saúde e a Secretária de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, do Ministério da Saúde e com o Conass, sobre o excesso de grupos de trabalho para tratar dos vários temas que devem ser pactuados entre os gestores e mencionou mais uma vez a necessidade de dar mais peso a esses espaços de negociação com as áreas técnicas; defende a redução do número desses grupos, com o objetivo de ampliar a eficiência e dar mais coerência às discussões Este assunto foi encaminhado para a Câmara Técnica para apresentar proposta.

3) Pacto de Indicadores da Atenção Básica para 2004 – processo do pacto de indicadores da atenção básica: avaliação do Pacto 2003 pelo Município até 15/04/2004; avaliação do Pacto 2003 pelo Estado até 29/04/2004; elaboração do pacto para 2004 (definição das

metas); definição das metas pelos municípios após avaliação do pacto 2003 até 15/04/2004; definição das metas pelos estados após avaliação do pacto 2003 até 29/04/2004; definição das metas pelos estados após avaliação do pacto 2003 até 13/05/2004. Constam do pacto 20 indicadores principais e 14 complementares. Esta proposta deve ser discutida no estado juntamente com os municípios para a definição do pacto estadual. O Conasems concordou com a aprovação do assunto com a proposta de definir durante o ano de 2004 um pacto para a saúde, amplo, para vigorar a partir de 2005. O Pacto dos Indicadores foi aprovado.

4) Fala do Ministro – parabenizou os estados do Amapá e do Amazonas que foram habilitados na condição de gestão plena de sistema estadual e manifestou sua preocupação com os resultados da pesquisa domiciliar realizada no item que se refere ao controle da dengue, no estado do Rio de Janeiro, principalmente no município do Rio de Janeiro e informou que gostaria de fazer um esforço concentrado para reduzir em mais 10% o quadro da epidemia no país. Haverá duas grandes mobilizações nacionais e solicitou a ajuda de todos para um resultado positivo. O presidente do Conass ponderou que o assunto de controle da dengue depende da pactuação de uma agenda intersetorial, pois o setor saúde não consegue resolver isoladamente. O Ministro lembrou algumas ações prioritárias para 2004, já mencionadas na reunião da CIT de outubro de 2003: a) a melhoria da atenção à saúde, com ações de humanização e reestruturação dos serviços de urgência e emergência; b) desenvolvimento de um conjunto de ações no sentido de racionalização de aplicação de recursos, fortalecimento do controle social e de um processo de estabelecimento de responsabilização dos gestores e dos prestadores; c) qualidade do atendimento. Estas ações já estão sendo discutidas internamente no Ministério e poderão ser apresentadas na CIT de dezembro, o que poderia garantir a sua implantação no início de 2004.

5) Pactuação das ações de média e alta complexidade da Vigilância Sanitária – desde agosto de 2003 a Anvisa estava discutindo com o Conass e o Conasems sobre este novo pacto e as divergências foram todas superadas. Foi aprovada a minuta de portaria que estabelece as normas para a programação pactuada das ações de vigilância sanitária no SUS e fixa a sistemática de financiamento. O Conasems apresentou ponderações sobre dois pontos: a) a forma de transferência desses recursos mais uma vez deixa de privilegiar o planejamento integrado de repasse que se tem discutido ultimamente, cria mais um compartimento com conta específica para transferência, e sugere que se estudem alternativas para mudar este modelo; b) os pactos estão servindo de instrumento de auditoria de uso político, apesar de não terem sido criados para fins de controle e avaliação. O Coordenador da CIT sugeriu que um Grupo Temático sobre financiamento estude uma proposta sobre formas de transferência dos recursos e apresente na reunião de fevereiro de 2004.

6) Reunião da CIT no mês de dezembro e calendário para 2004 – foi aprovada a realização da reunião da CIT do mês de dezembro, durante a semana da Conferência Nacional de Saúde, com uma pauta bem objetiva. Serão pactuados depois o melhor dia e o horário mais adequado, levando em conta a programação da Conferência. Considerando que não está marcada reunião para o mês de janeiro de 2004 foi aprovado que a Secretaria Técnica poderá encaminhar para publicação os pleitos dos municípios ou estados que enviarem a documentação e cumprirem os requisitos, ouvidas as representações do Conass e Conasems. Foi aprovado o calendário de reuniões de 2004 que deverá ser compatibilizado com o calendário do Conselho Nacional de Saúde para evitar superposição de datas. O Conasems sugeriu que a reunião do mês de março seja realizada em Natal/RN, no dia 16, considerando a realização do XX Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde no período de 17 a 20 de março; o assunto deverá ser definido na reunião de fevereiro.

C. Apresentações e Informes

1) Apresentação da Pesquisa sobre Recursos Humanos – a pesquisa foi realizada pelo Conass em parceria com o Ministério da Saúde e Opas, em 2002, visando conhecer a

distribuição atual dos servidores federais da área de saúde cedidos aos estados e municípios, estimar seu custo e propor alternativas para sua reposição ao longo dos próximos anos. O estudo foi dividido em 3 etapas: uma análise detalhada da situação atual da composição da força de trabalho em saúde, em uma amostragem de municípios e nos estados – telemarketing e aplicação de questionário; a projeção dos custos da substituição destes servidores, bem como dos limites financeiros e legais interpostos para sua substituição, a partir da coleta de dados na Coordenação Geral de RH/SAA e a elaboração de cenários e alternativas para a superação dos problemas detectados e necessidade de recursos financeiros para sua viabilização, bem como as alternativas legais possíveis. Do total de 138.162 servidores são inativos 70.862 - 52,7% e ativos 67.300 - 47,3%. Sob gestão direta do Ministério da Saúde estão distribuídos entre o nível central e regional 26% - 17.488 servidores; 74% - estão cedidos às esferas estaduais e municipais do SUS ou a outros órgãos federais; 57,3% no Rio de Janeiro (10.021) e 8,4% no Distrito Federal (1.483). Do total de 49.812 servidores federais cedidos, 36,9% estão sob gestão estadual e 59% sob gestão municipal e o Ministério da Saúde teve um gasto mensal de R\$ 76.806.929,04 ou R\$ 921.719.148,48 anuais. É evidente a tendência de maior concentração de servidores federais cedidos nos grandes municípios e de servidores estaduais nos pequenos municípios. Este dado é coerente com o processo de descentralização, uma vez que os serviços do ex-INAMPS estavam concentrados em centros médios e grandes, muitas vezes em hospitais ou policlínicas, enquanto os servidores estaduais cedidos estavam mais diretamente vinculados à atenção básica, representando um percentual. A pesquisa constatou alguns obstáculos para a efetivação da substituição dos servidores federais do SUS : 1. definição da origem dos recursos necessários à substituição de uma força de trabalho que custa ao governo federal, quase um bilhão de reais/ano; 2. mesmo com os recursos disponíveis, como seria realizada a contratação destes servidores, tendo em consideração a lei de responsabilidade fiscal, que limita em 49% dos orçamentos estaduais o limite para o pagamento de pessoal e em 54% dos orçamentos municipais; 3. aspectos políticos: caso o MS crie algum mecanismo de compensação, não estaria beneficiando justamente os estados e regiões que foram mais privilegiados ao longo do tempo, por disporem de pessoal federal, ampliando as desigualdades regionais. Por outro lado, a não substituição desses servidores, devido aos limites legais impostos ao gasto com pessoal próprio, não levaria inevitavelmente a uma terceirização dos serviços de saúde e a uma maior precarização dos vínculos? Alternativas: O caminho a ser percorrido para superar os problemas do financiamento e os limites impostos pela legislação para substituir os servidores federais cedidos passa inicialmente pelo reconhecimento do problema. É necessário que as três esferas de governo tenham a determinação política de assumir uma alternativa, coletivamente, já que passaria por ajustes na legislação, sobretudo na lei de responsabilidade fiscal. A alternativa que parece mais viável do ponto de vista financeiro e legal e que, ao mesmo tempo, solucionaria o problema da correção das desigualdades regionais na distribuição de recursos humanos, seria a criação de um mecanismo de financiamento como uma conta especial nos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde e cujos recursos não fossem contabilizados para efeito do gasto de pessoal das três esferas de governo. Após apresentação foi proposta a realização de reunião do Ministério da Saúde com Conass, Conasems, Ministério Público e Tribunal de Contas da União para conversar sobre uma solução de âmbito nacional e pautar o assunto em 2004, na CIT. A Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde deverá realizar uma oficina de trabalho com o Conass e o Conasems para continuar o debate sobre recursos humanos e discutir uma política sobre o tema. Deverá ser criado um Grupo de Trabalho temático para estudar o assunto e pautar nos fóruns de discussão do SUS.

2) Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde – em julho de 2003 foi realizado um Seminário de Avaliação do PITS onde foram apontados alguns problemas no seu funcionamento e após auditoria regular no CNPq o Tribunal de Contas da União deferiu

decisão considerando irregular a gestão financeira do Programa através de convênio entre esse órgão e o Ministério da Saúde, determinando o prazo de 180 dias, a partir de julho de 2003, para que o CNPq e Ministério da Saúde apontem proposta para resolução do problema. A SGTES apresentou a seguinte proposta de institucionalização do PITS: a) esta proposta terá caráter transitório, pelo período de 180 dias, contados a partir da publicação de Portaria que a regulamentará; b) durante esse período o MS elaborará política que busque superar as dificuldades de interiorização e fixação de profissionais em regiões remotas e de difícil acesso, discutindo-a com os gestores; c) os Municípios beneficiados por esta proposta serão aqueles abrangidos pelo Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde – PITS; d) as equipes e profissionais do PITS passarão a compor a estratégia da Saúde da Família e coordenados na esfera estadual, pela Coordenação de Atenção Básica; e) para efeito de cálculo de repasse financeiro, as equipes completas do PITS serão consideradas Equipes de Saúde da Família e serão financiadas de acordo com os critérios já estabelecidos neste Programa; f) o valor repassado por equipe do PITS é maior que o valor repassado por equipe do PSF, e diferenciado entre os profissionais, de acordo com o tempo de permanência do mesmo no programa (Pits I/Pits II); g) a diferença deste valor (PITS – PSF) será assegurada pelo Ministério da Saúde, repassado na modalidade fundo a fundo ao gestor municipal onde as equipes atuam; h) para as equipes incompletas, o Ministério da Saúde efetivará o repasse integral do valor que atualmente repassa para o pagamento da bolsa do profissional. O Conass e o Conasems solicitaram que o assunto seja discutido na Câmara Técnica e retorne na pauta da próxima reunião.

3) Terapia Renal Substitutiva – o Ministério da Saúde apresentou proposta de remanejar 70% dos excedentes de tetos entre os estados e seus municípios e publicar imediatamente a portaria regulamentando o assunto. O Conass entende que a proposta de financiamento deve estar inserida na discussão da Política de atenção aos portadores de doença renal, deve ser considerada a incorporação de novos pacientes e o financiamento deve ser via FAEC. O Conasems solicitou que o assunto seja melhor estudado. Foi aprovado que o assunto deve ser estudado na Câmara Técnica e ser pautado na próxima reunião da CIT.

4) Fluxo de encaminhamento de processos referentes ao SAMU – foram destacados os requisitos e compromissos constantes na Portaria/GM 1864 de 29/09/03 para habilitação imediata dos SAMU - 192 e as condições necessárias para essa habilitação. O Conass lembrou a participação da CIT e do Conselho no processo de habilitação.

5) Transferência da Coordenação de Política de Sangue para a SAS – será criada na Secretaria de Atenção à Saúde uma área técnica para coordenar a política nacional de sangue, com atuação integrada entre várias Secretarias e Anvisa. Estão previstas as seguintes etapas para a implantação desse processo: instituição do GT; diagnóstico da situação; elaboração da proposta; apreciação pelo Ministro, CIT, CNS; operacionalização da proposta prevista a partir de 1º de janeiro de 2004. Temas para análise do grupo instituído: caracterização do problema; análise epidemiológica; análise dos cuidados na rede de atenção (nos 3 níveis); distribuição da rede e oferta de serviços; produção de serviços; análise dos problemas na oferta/demanda qualidade e impacto da atenção; análise dos custos e do financiamento; análise da incorporação tecnológica; formação e qualificação dos RH; escuta dos portadores de doenças hematológicas; escuta dos gestores estaduais e municipais.

6) Plano de Saúde da Amazônia Legal – tendo em vista que já foi dado este informe nas reuniões do Conass e do Conasems foi acordado que o Plano será apresentado em outra reunião.