



Resumo Executivo

Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite do dia 23/10/03

I. PAUTA

1. Homologação

- a) Habilitação de municípios
- b) Habilitação de estado
- c) Qualificação de municípios no Proesf, publicados ad referendum
- d) Qualificação de estados e municípios para o recebimento do Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST – CNDST/AIDS; saldo de recursos financeiros do incentivo; teste diagnóstico para HIV
- e) Certificação de estados e municípios à gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças

2. Temas para discussão

- a) Termo de Ajuste e Metas – Anvisa
- b) Pólo de Educação Permanente – critérios de alocação de recursos - SGTES
- c) Relatório da Comissão constituída pela Portaria 676 de 03/06/03 - SAS
- d) Apresentação da Pesquisa sobre Recursos Humanos – Conass
- e) Reorganização do Programa Nacional de Controle da Tuberculose – SVS

3. Informes

- a) Medicamentos de dispensação em caráter excepcional – SCTIE
- b) SIOPS - SCTIE
- c) Vigisus II – SVS
- d) Terapia Renal Substitutiva - extrapolação mensal de tetos - SAS

II. DESENVOLVIMENTO

O Diretor do Departamento de Apoio à Descentralização da Secretaria Executiva deu início à reunião e o Conasems solicitou incluir um informe sobre auditoria no município de Teresina; a inclusão foi aprovada.

A. Homologação:

1) Habilitação de estados: foi homologada a habilitação do estado do Piauí em Gestão Plena de Sistema Estadual que deverá assumir a gestão a partir da competência dezembro pois a Secretaria Estadual ainda está trabalhando no detalhamento da PPI. O Ministério da Saúde vai realizar uma reunião com as Secretarias Estaduais do Piauí e do Maranhão e a Secretaria Municipal de Saúde de Teresina para conversar sobre o fluxo de atendimento interestadual e o funcionamento da Câmara de Compensação, já existente. Foi assinado um Termo de Ajustamento de Conduta com a Procuradoria da República no estado do Piauí, o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde e a Fundação Municipal de Saúde definindo competências dos três gestores visando à melhoria da área de controle, avaliação e auditoria do estado e do município de Teresina. O governador do estado, Wellington Dias presente à reunião, agradeceu o apoio e a parceria do Ministério da Saúde. O estado do Rio Grande do Sul, habilitado na gestão plena de sistema estadual desde dezembro de 2002, assumiu efetivamente a gestão a partir da competência outubro 2003.

2) Habilitação de municípios – foi homologada a habilitação de 176 municípios em Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada e 13 municípios em Gestão Plena de Sistema Municipal, a

partir da competência novembro. A partir da competência novembro estão habilitados conforme a Noas, 1245 municípios em gestão plena de atenção básica ampliada e 157 municípios em gestão plena de sistema municipal.

3) Qualificação de municípios no Proesf, publicados ad referendum – por meio da Portaria/GM 1945 de 10/10/03, foram habilitados 98 municípios do segundo grupo do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família, totalizando 194 municípios já habilitados; do total de 231 municípios, 37 não aderiram ainda e o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde está empenhado em apoiar esses municípios para a sua habilitação.

4) 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 de 01 estado e 23 municípios ao Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DST, totalizando até o momento 26 estados e 362 municípios qualificados. Sobre o saldo dos recursos o coordenador do Programa Nacional informou que estavam previstos para 2003 gastos da ordem de R\$ 65 milhões, foram realizados R\$ 46,5 milhões e há um saldo de R\$ 18,5 milhões. Este saldo deve ser utilizado para: reduzir iniquidades, responder ao crescimento da epidemia nos municípios de pequeno e médio porte e principalmente nas Regiões Norte e Nordeste. Foi apresentada a seguinte proposta: a) elevar o piso dos municípios de R\$ 50 mil para R\$ 75 mil (Total: 227 municípios, valor de R\$ 5,2 milhões); b) aumentar em 33% o valor de referência dos estados e municípios das regiões NO e NE (Total: R\$ 6,2 milhões); c) aquisição e distribuição de insumos estratégicos (preservativos) e campanhas (total: R\$ 5 milhões); os recursos devem ser repassados em parcela única na competência novembro de 2003. A proposta foi aprovada. Ampliação do diagnóstico do HIV: está sendo elaborada uma campanha nacional com veiculação entre 1 e 16/11 com o tema: “Fique Sabendo. Positivo ou negativo seja feliz”. A meta é ampliar entre 30% e 40% a demanda pelo diagnóstico do HIV. A campanha prevê estratégias para os serviços, para profissionais e para a população. A diretriz é: estruturar a rede de diagnóstico do HIV, relacionando a rede de atenção à rede de laboratório, ampliar a capacidade dos estados e municípios para o diagnóstico, de 1,5 milhões para 3,4 milhões em 2004, fortalecer a rede pública de laboratórios e implantar novo fluxograma para diagnóstico e o programa de qualidade. Serão mantidos no teto os valores gastos com laboratórios privados e com laboratórios públicos em 2002; o excedente dos tetos será coberto com recursos do Faec. Foi pactuado que os recursos excedentes deverão ser cobertos pelo Faec e o aspecto operacional e os valores que estarão nas planilhas serão discutidos na Câmara Técnica. A direção do Conass e do Conasems será consultada após o acordo na Câmara Técnica, para a finalização da pactuação antes da reunião da CIT de novembro.

5) Certificação de estados e municípios à gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças – a CIT homologou a certificação de 55 municípios, na competência novembro, totalizando 4.908 municípios certificados.

B. Temas para discussão

1) Fala do Ministro – o Ministro da Saúde usou da palavra e prestou informações sobre os seguintes temas: **a)** no que se refere aos recursos para a saúde o entendimento é que a implementação de programas como o de transferência de renda e as ações de saneamento são prioridade do governo e muito importantes para a construção da cidadania e o enfrentamento do problema da fome e da miséria, mas não podem prejudicar outras políticas sociais também importantes. O Congresso Nacional irá buscar os caminhos para preservar os recursos da saúde e garantir o cumprimento da Emenda Constitucional 29, evitando o desfinanciamento da saúde; **b)** durante um Encontro Nacional do Ministério Público, realizado no Rio Grande do Sul, o Ministro teve oportunidade de discorrer sobre a necessidade de diálogo e compreensão comum do poder judiciário, do Ministério Público e dos gestores de saúde sobre a aplicação do conceito da universalidade no que se refere a tratamentos e dispensação de medicamentos de caráter excepcional. Foi acordado nesse Encontro, que deve ser estabelecido imediatamente e de forma permanente um diálogo com o Ministério Público Federal e Estadual e com a Justiça Federal e Estadual para debater esses assuntos; que devem ser consultados e respeitados pela justiça e pelo Ministério Público os protocolos clínicos, que precisam ser atualizados inclusive com a participação de

especialistas indicados por esses parceiros; com os procuradores foi discutida a fiscalização dos recursos do SUS, o cumprimento das metas estabelecidas e discutida a proposta de formalizar alguns pactos firmados entre os gestores do SUS, que passariam a ter valor de contrato; foi proposta a realização, ainda em novembro, de um Seminário Nacional com a participação do Ministério Público, da Justiça, do Ministério da Saúde, Conass, Conasems, Conselho Nacional de Saúde e Associações de portadores de patologias para construir uma agenda de debate de temas mais importantes; c) no início de novembro a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde estará realizando um Seminário Nacional sobre a prioridade de aplicação de recursos em pesquisa, ciência e tecnologia, tendo em vista que o Ministério da Saúde tem recursos consideráveis para aplicar nessa área em 2004; d) no início de 2003 foi constituído no Ministério da Saúde um Grupo de Trabalho para tratar dos custos da Terapia Renal Substitutiva e o Grupo elaborou planilhas com dados importantes para o debate do assunto com prestadores e operadoras de planos de saúde, o que pode ser considerado um avanço; e) manifestou insatisfação com as atitudes de alguns governos estaduais em ação pouco solidária para com o SUS. A equipe do Ministério da Saúde está aberta a críticas, mas considera que essa gestão tem sido transparente e tem procurado valorizar os espaços de articulação entre os gestores e os espaços de controle social; a alocação de recursos tem sido discutida sistematicamente com o Conass e o Conasems na CIT; o Conselho Nacional de Saúde passou a ser valorizado e suas decisões são homologadas e cumpridas; quando o SUS não anda bem não é bom para nenhum dos gestores e o Ministério da Saúde vai publicizar as responsabilidades de cada um dos gestores para que a população possa saber a quem cobrar o quê; o sucesso do SUS é o sucesso de todos os gestores porque a relação deve ser solidária; o esforço que foi feito para a implantação dessa nova política de fortalecimento de financiamento para estados e municípios, para a habilitação dos estados em gestão plena a partir de um processo de negociação em que o Ministério procurou trabalhar como facilitador e harmonizador é uma demonstração de que o Ministério quer ter uma atuação solidária e cooperativa com estados e municípios. O Ministério da Saúde não vai aceitar que estados que têm recebido do governo federal valores superiores aos que recebiam para média e alta complexidade, para manutenção de hospitais universitários e filantrópicos e outros prestadores, aleguem que os prestadores estão falindo porque o Ministério da Saúde não repassou os recursos e vai mostrar para a população, por intermédio da imprensa, o que de fato está acontecendo.

2) Pólo de Educação Permanente – critérios de alocação de recursos – critérios: a) o número de equipes do saúde da família ou de agentes comunitários; b) população total; c) menor concentração de equipamentos de educação técnica e superior; d) número de unidades básicas de saúde; e) percentual de municípios habilitados em gestão plena de sistema; f) o número de conselheiros estaduais e municipais. Alguns critérios receberam maior peso relativo, outros, peso relativo médio e outros, menor peso relativo, permitindo uma discriminação positiva para o atendimento das necessidades das regiões norte, nordeste e centro-oeste. Estes recursos serão distribuídos até abril de 2004 quando será feita uma avaliação da implantação dessa proposta. Será publicado um manual operacional com o conteúdo do projeto dos Pólos de Educação Permanente, já aprovado na CIT. A matéria foi aprovada.

3) Termo de Ajuste e Metas – a Anvisa realizou reuniões com o Conass e o Conasems e no Comitê Consultivo de Vigilância Sanitária, vinculado à Câmara Técnica da CIT, foram acertados os detalhes da pactuação para o ano de 2004. Deve ser destacado que ao invés do Termo de Ajuste e Metas será publicada uma portaria que contemple a pactuação entre Ministério da Saúde, estados e municípios. Na primeira semana de novembro, quatro grupos de trabalho tripartite estarão discutindo os temas (metas, descentralização, sistema de informação e recursos humanos) para detalhar o ato normativo. O encaminhamento foi aprovado e quando finalizada a proposta a matéria voltará para aprovação na CIT.

4) Relatório da Comissão constituída pela Portaria 676 de 03/06/03 – foram apresentadas as seguintes recomendações: No que se refere ao Pacto de Indicadores da Atenção Básica: a) permanência da atual relação de indicadores do Pacto; b) elaboração de minuta de Portaria -

indicadores, fluxos e prazos para a pactuação, até 30 de outubro de 2003 e compatibilizar o processo do Pacto com a PPI-ECD; c) aprovação da minuta da Portaria pela CIT e publicação pelo Gabinete do Ministro em novembro; d) deflagração do processo de pactuação juntamente com os processos de programação e suporte técnico e operacional aos municípios; e) acompanhamento do processo de pactuação pelo MS; f) finalização do processo de acordo com o prazo estabelecido; g) acompanhamento pelo MS, estados e municípios dos indicadores de avaliação pactuados e revisão das metas estabelecidas quando pertinente; h) divulgação pelo MS dos resultados da análise dos indicadores do Pacto. No que se refere à Institucionalização da avaliação da Atenção Básica: a) criação de um Programa de formação de avaliadores nos estados, articulado ao próprio processo de implementação do Pacto da Atenção Básica; b) elaboração de documentos técnicos de orientação, que dêem suporte à implementação de processos de avaliação a municípios e estados; c) incremento e integração das diversas iniciativas de avaliação existentes nas esferas de gestão do SUS; d) implementação de espaços colegiados de integração e a criação de fóruns de informação e de avaliação com a participação de diversos atores institucionais; e) explicitação de responsabilidades a serem assumidas pelas instâncias de gestão do SUS, como um pressuposto para um processo nacional de pactuação de metas; f) divulgação do processo de pactuação junto aos Pólos de Educação Permanente e Coordenações do PSF, induzindo sua inclusão nas atividades de capacitação e supervisão das equipes de profissionais da Atenção Básica; g) incremento do processo de discussão do Pacto nos fóruns deliberativos do SUS, com vistas ao seu aperfeiçoamento enquanto instrumento de avaliação e de gestão; h) construção de uma agenda – 12ª Conferência Nacional de Saúde, Congressos e fóruns para divulgação e debate do Pacto; i) utilização do Pacto como instrumento de gestão, articulando-o aos instrumentos de programação, avaliação e acompanhamento; j) apoiar financeiramente os estados e municípios, de modo a permitir a estruturação da avaliação (mecanismos sistemáticos, núcleos de avaliação) no âmbito de secretarias estaduais e municipais de saúde; k) analisar a pertinência e possibilidade de premiação de experiências inovadoras e de serviços ou unidades com excelência de desempenho, a exemplo da utilização do IVR; l) deve ser desencadeada uma ação política que articule as diversas comissões e fóruns internos no MS promovendo a integração das ações de controle, regulação e avaliação. O Conass solicitou prazo para ler o documento e discutir na Assembléia de novembro para trazer a posição para a CIT e o Conasems solicitou prazo até dia 10 de novembro para estudar melhor o pacto e trazer outras contribuições. Até a próxima CIT a atual Comissão que já está estudando o tema será o fórum para continuar recebendo contribuições; será pautada na próxima reunião da CIT a discussão sobre PPI-ECD e o pacto da Vigilância Sanitária.

5) Apresentação da Pesquisa sobre Recursos Humanos – a apresentação que seria realizada pelo Conass foi transferida para a reunião de novembro, por solicitação da Coordenação da reunião, tendo em vista que a pauta se estendeu além do horário previsto.

6) Reorganização do Programa Nacional de Controle da Tuberculose – na reunião da CIT do mês de setembro foi apresentada proposta de incentivo para intensificação das ações de vigilância e controle da tuberculose, acrescentando ao Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças, o valor de R\$ 11.700.000,00 em 2003. O assunto foi remetido para o Grupo de Trabalho de Vigilância em Saúde, vinculado à Câmara Técnica da CIT que acordou os seguintes critérios para os municípios receberem o incentivo: municípios com mais de 100 mil habitantes ou municípios com coeficiente de incidência de tuberculose acima da média nacional, ou seja, 50 casos por 100 mil habitantes, tomando por base o ano de 2001. Já foram recebidas propostas de 12 estados e o prazo para entrega da documentação foi estendido até o final de outubro para que em novembro seja publicada a portaria e se inicie a transferência dos recursos. Se no âmbito do estado, as Comissões Intergestores Bipartite decidirem manter o bônus dos municípios que não serão contemplados com este incentivo, o recurso para esta despesa deverá ser deduzido dos valores que seriam transferidos para os outros municípios do estado. Esta informação deve ser enviada ao Ministério da Saúde o mais rápido possível para a publicação da portaria.

C. Informes

1) Medicamentos de dispensação em caráter excepcional – para o 4º trimestre de 2003 (Outubro-Novembro-Dezembro) serão utilizados como base de cálculo os valores referentes ao período Junho – Julho – Agosto de 2003. Tendo em vista a necessidade de recursos adicionais para este encontro de contas, será acrescentado pelo Ministério da Saúde ao saldo do orçamento para “medicamentos excepcionais” de 2003 o valor de R\$ 13.418.356,78. A diferença constatada nos recursos deste 4º. trimestre, deverá ser repassada pelo MS em uma única parcela no mês de janeiro de 2004, independente dos valores referentes ao mês de competência Janeiro de 2004. Já foi definido o custo da Imiglucerase que será comprada de forma centralizada, com uma economia de R\$ 15 milhões. O valor será descontado do repasse financeiro aos estados conforme a quantidade do produto solicitado pelo estado, no mínimo no mês posterior ao efetivo recebimento do produto. A Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos já tem uma proposta de programação dos medicamentos da atenção básica para 2004 e deverá discutir o assunto com o Conass e Conasems para depois pautar na CIT.

2) SIOPS – o Sistema dispunha em 01/10/03 de dados de 3.076 municípios para o primeiro semestre de 2003, de 4.495 municípios para 2002, de 4.862 municípios para 2001, de 4.538 municípios para 2000, de 3.138 municípios para 1999 e de 3.418 municípios para 1998. Os dados dos governos estaduais são obtidos por meio dos Balanços ou informados por meio do preenchimento do Siops. Para o ano de 2000 cinco estados informaram o Siops; em 2001, 18 estados; em 2002, 16 estados. Estão disponíveis na página do Siops todos os dados sobre as estimativas de cumprimento da EC 29. Foi solicitado aos estados e municípios que alimentem regular e sistematicamente o Siops, inclusive com informações desde o exercício de 2000.

3) Vigisus II – atendendo solicitação do Conasems na reunião da CIT de setembro, o Grupo de Trabalho de Vigilância em Saúde, vinculado à Câmara Técnica da CIT passou a conduzir a discussão sobre o Vigisus e já foi definido que até meados de novembro o Grupo estará recebendo sugestões.

4) Terapia Renal Substitutiva: extrapolamento mensal de tetos – em 2002 a TRS foi definida como FAEC e o extrapolamento do teto estabelecido seria compensado com a média complexidade. Essa regra não foi aplicada até agora e está havendo um crescimento constante desses valores em alguns estados enquanto em outros há saldo de recursos. O Ministério solicitou aos estados e municípios em gestão plena de sistema, a partir do mês de maio, que justificassem o extrapolamento expressivo de um mês para o outro o que ocasionou alguns atrasos nos pagamentos. É necessário que se façam mudanças, que os estados sejam rigorosos no controle e avaliação junto aos prestadores que realizam TRS, pois está difícil administrar a situação como está. Foi aprovada a constituição de um grupo tripartite para trazer para a próxima reunião da CIT uma proposta de redefinição de tetos e da forma de financiamento da TRS, a partir dos estudos já realizados pelo Ministério.

5) Auditoria no município de Teresina – o Conasems demonstrou preocupação com os encaminhamentos dados pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS – Denasus, após auditoria realizada no município de Teresina, quando foram verificadas algumas irregularidades numa unidade prestadora de serviço e foi assinado um Termo de Ajustamento de Conduta com a Procuradoria da República no estado do Piauí, Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Fundação Municipal de Saúde. A Secretaria Municipal de Saúde de Teresina solicitou ao Denasus, por meio de ofício, o relatório final da auditoria e também que o ressarcimento de valores que o prestador deveria fazer pudesse ser feito ao Fundo Municipal de Saúde, de onde havia saído o recurso para pagamento ao prestador. Em resposta também por meio de ofício, o Denasus não enviou o relatório solicitado e informou que os recursos devem ser recolhidos ao Fundo Nacional de Saúde. O Conasems solicita uma discussão sobre os encaminhamentos de solução de auditorias que atingem o conjunto de gestores e representam um posicionamento equivocado do Denasus. O código 7 foi citado como um problema que está tendo conseqüências graves para os gestores e não foi solucionado pelo Ministério da Saúde até o momento. Foi proposta a realização de uma reunião do Diretor do Denasus com o Conass e Conasems para discutir grandes pendências de auditoria. Foi aprovada a organização de um grupo para discutir contratualização em geral, incluindo o código 7.