



Resumo Executivo

Reunião da Comissão Intergestores Tripartite dia 18/09/03

I. PAUTA

1. Homologação

- a) Habilitação de municípios
- b) Habilitação de estados
- c) Qualificação de estados e municípios para o recebimento do Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST – CNDST/AIDS
- d) 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) Revisão dos tetos financeiros dos estados – MS
- c) Pólo de Educação Permanente em Saúde – Segetes
- d) Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde - Proformar – Segetes

3. Informes

- a) Medicamentos de dispensação em caráter excepcional - SCTIE
- b) Proesf – situação atual - SAS
- c) Vigisus I e II - SVS
- d) Reorganização do Programa Nacional de Controle da Tuberculose - SVS

II. DESENVOLVIMENTO

O Diretor do Departamento de Apoio à Descentralização da Secretaria Executiva deu início à reunião solicitando a inclusão do ponto de pauta: Processo de regulamentação e revisão normativa do SUS; a inclusão foi aprovada.

A. Homologação:

1) **Habilitação de municípios** – foi homologada a habilitação de 213 municípios em Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada e 10 municípios em Gestão Plena de Sistema Municipal, a partir da competência setembro, habilitados pelo Ministério da Saúde *ad referendum* da CIT, tendo em vista que não foi realizada a reunião ordinária do mês de agosto. Foi homologada a habilitação de 20 municípios em Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada a partir da competência outubro. A partir da competência outubro estão habilitados conforme a Noas, 1070 municípios em gestão plena de atenção básica ampliada e 142 municípios em gestão plena de sistema municipal. Foi apresentado o recurso do Cosems de Sergipe solicitando à CIT que ajude a solucionar o impasse da ampliação do teto do município de Lagarto, aprovado na reunião da CIB em dezembro de 2002 e ainda não

efetivada pela SES/SE. Será enviada correspondência ao Cosems/SE informando que o Conselho Estadual de Saúde deverá se manifestar sobre o assunto conforme fluxo definido na Noas e a CIT considera que no processo de revisão da PPI que está ocorrendo no estado, há possibilidade de solução do impasse. Os municípios de Resende e Piraí no estado do Rio de Janeiro não foram habilitados na competência setembro pois foram aprovados com pendência na CIB/RJ que deu prazo de 90 dias para o seu cumprimento; foi proposto e aprovado o encaminhamento de que no momento que a CIB/RJ informar o cumprimento das pendências, os pleitos dos municípios serão encaminhados para publicação.

2. Habilitação de estados: foi homologada a habilitação do estado do Rio Grande do Norte em Gestão Plena de Sistema Estadual a partir da competência setembro, que havia sido encaminhada para publicação pelo Ministério da Saúde, *ad referendum* da CIT, em vista da não realização da reunião ordinária de agosto. Os estados do Acre, Bahia e Roraima enviaram os pleitos de habilitação em Gestão Plena de Sistema Estadual e após análise pela área técnica foram apresentadas as seguintes observações: os três estados devem atualizar o cadastro das unidades básicas e informar ao Ministério da Saúde; no estado de Roraima há necessidade de ajuste na PPI e para tanto o Ministério da Saúde enviará técnicos para trabalhar com o estado e a portaria de habilitação será publicada após o ajuste. O estado do Acre apresentou cronograma de transferência da rede básica para os municípios e quanto ao cumprimento do item 58.2 da Noas foi apresentada uma declaração da CIB informando que até o momento nenhum município pleiteou a habilitação em gestão plena de sistema municipal conforme o Noas, o que inviabiliza o cumprimento do requisito mas comprova que não há impedimento por parte do estado para a habilitação dos municípios. Foi aprovada a habilitação dos estados. O Secretário Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul informou que o estado deveria assumir a habilitação em gestão plena de sistema estadual a partir da competência setembro mas que só poderá assumir a referida gestão quando definir com o Ministério da Saúde um novo teto financeiro, pois tem acumulado um déficit neste último ano.

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 de 01 estado e 59 municípios ao Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DST, totalizando até o momento 25 estados e 339 municípios qualificados. Sobre o valor adicional para aquisição de fórmula infantil para substituição do leite materno foi informado que até o momento 07 estados haviam aderido: MS, ES, MG, MT, PI, AL e MA e foram distribuídas 200 mil latas da fórmula. Dois estados ainda não realizaram a pactuação de medicamentos de infecções oportunistas e DST e outros cinco estados ainda têm pendência para pactuação. Encaminhamentos para disponibilização dos medicamentos: 1) abertura da ata de Registro de Preços; 2) disponibilização das pactuações na *Home Page*; 3) levantamento da disponibilidade dos medicamentos na rede de serviços (setembro/outubro); 4) normatização dos medicamentos padronizados. O Conass e o Conasems registraram a necessidade de definir o uso do saldo orçamentário dos recursos do incentivo ainda em 2003. O assunto deve ser discutido na Câmara Técnica e se necessário pautado na próxima reunião da CIT.

4) Certificação de estados e municípios à gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças – a CIT homologou a certificação de 13 municípios, na competência setembro, e 04 municípios na competência outubro totalizando 4.887 municípios certificados.

5) Revisão da Portaria 397 de 04/04/03 – a citada Portaria trata da avaliação da atenção básica dos municípios pleiteantes à habilitação conforme a Noas e o Ministério da Saúde propôs que seja dado um prazo de 180 dias para os municípios comprovarem o cumprimento dos itens “d” e “e” do componente III dos critérios de avaliação, enquanto serão discutidos os critérios de avaliação da atenção básica com Conass e Conasems. Será enviada a todos os estados uma planilha informando a situação atual dos municípios habilitados desde a competência maio, para que juntamente com os municípios possam

verificar como poderão ser ofertados esses serviços, levando em consideração os pactos da Programação Pactuada e Integrada e do Plano Diretor de Regionalização.

B. Temas para discussão

1) Termo de Ajuste e Metas – foi apresentada a proposta do Termo de Ajuste e Metas como um instrumento de planejamento para descentralização das ações de vigilância sanitária, construído de forma pactuada, orientado para a negociação, pactuação e realização das ações básicas, de média e alta complexidade, que tem como objetivos fomentar a estruturação, o desenvolvimento e a consolidação do sub-sistema de vigilância sanitária no âmbito do SUS, promover maior equidade na alocação; fortalecer a estrutura gerencial das vigilâncias sanitárias, priorizar o processo de inspeções; desenvolver sistema de informações; desenvolver e capacitar recursos humanos; incentivar o processo de descentralização. Diretrizes operacionais: inspeção sanitária, estrutura laboratorial, sistema de informações, ouvidoria, apoio institucional, organização permanente do serviço de vigilância sanitária e suporte necessário para a realização das ações pactuadas de média e alta complexidade. Programação e Pactuação: fortalecer a gestão em todos os níveis; hierarquização das ações de Vigilância Sanitária; PAB – integrar ECD – instrumento único, financiamento e pacto; MAC – integrar e acoplar ECD – instrumento e financiamento próprios – pacto conjunto. Acompanhamento: relatório trimestral com informações detalhadas, relatório anual de gestão melhorado, visitas in loco planejadas com a área técnica e auditoria, relatório de acompanhamento de gestão e bases cadastrais continuamente atualizadas. Encaminhamentos: a Anvisa vai discutir o documento com o Conasems, será discutido no Comitê Consultivo da Vigilância Sanitária e o assunto será pautado novamente na próxima reunião da CIT.

2) Pólo de Educação Permanente em Saúde – a Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde apresentou o documento “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS - Caminhos para a Educação Permanente em Saúde - Pólos de Educação Permanente em Saúde” discutido previamente na Câmara Técnica e que propõe a adoção da educação permanente como a estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde. Propõe ainda que formação e desenvolvimento devem ser feitos de modo descentralizado, ascendente, transdisciplinar e devem propiciar: a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem; o desenvolvimento de capacidades docentes e de enfrentamento criativo das situações de saúde; o trabalho em equipes matriciais; a melhora permanente da qualidade do cuidado à saúde; a constituição de práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas. A educação permanente requer ações no âmbito: da formação técnica, de graduação e de pós-graduação; da organização do trabalho; da interação com as redes de gestão e de serviços de saúde; do controle social neste setor. São autores e atores fundamentais dessas instâncias de articulação da educação permanente em saúde: os gestores estaduais e municipais; as universidades e instituições de ensino com cursos na área da saúde, incluindo principalmente as suas áreas clínicas e da saúde coletiva; as escolas de saúde pública; os centros formadores, os núcleos de saúde coletiva; as escolas técnicas de saúde; os hospitais de ensino; os estudantes da área de saúde; os trabalhadores de saúde; os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde; os movimentos ligados à gestão social das políticas públicas de saúde. São prioridades, no processo de educação permanente em saúde: as equipes que atuam na atenção básica, de urgência e emergência, de atenção e internação domiciliar, de reabilitação psicossocial; o pessoal necessário para prestar atenção humanizada ao parto e ao pré-natal; os Hospitais Universitários e de Ensino em ações que objetivam sua integração à rede do SUS; o desenvolvimento da gestão do sistema, das ações e dos serviços de saúde; as capacitações pontuais resultantes de deliberação nacional, estadual intergestores, municipal ou do Conselho de Saúde. Estratégias para apoio e dinamização da constituição da educação permanente em saúde e fortalecimento do trabalho de formação e desenvolvimento em saúde: mudanças na formação de graduação das profissões da saúde e Projeto de Vivência e Estágio na

realidade do SUS para estudantes de graduação; formação de formadores e de formuladores de políticas; acompanhamento e avaliação das iniciativas atualmente em curso; revisão da política de especialização em serviços/residências médicas; Secretarias Estaduais de Saúde Educadoras: produção da formação e desenvolvimento em saúde como atributo estadual no SUS; rede de municípios colaboradores em educação permanente em saúde; projeto de qualificação e formação dos profissionais de escolaridade básica e/ou técnica; educação popular em saúde; projeto de serviço civil profissional e prioridade à região amazônica brasileira; hospitais de ensino. O documento foi aprovado e na CIT de outubro serão propostos os critérios para o financiamento do projeto, que ainda estão em estudo no Ministério da Saúde.

3) Revisão dos tetos financeiros dos estados – o Ministro da Saúde usou da palavra e agradeceu, em nome de toda a equipe do Ministério da Saúde, o apoio e as manifestações recebidas de todos os setores, nos recentes fatos ocorridos no Instituto Nacional de Câncer, fartamente divulgados pela imprensa. Informou que no dia 29 de setembro será realizado o lançamento do Serviço de Atendimento Médico de Urgência – SAMU, no município de São Paulo, dando início à implantação do projeto para sua total implementação no ano de 2004. Sobre as emendas parlamentares, informou que estão sendo realizadas reuniões com as bancadas para que sejam elaboradas emendas que contemplem as necessidades dos estados e municípios e as prioridades do governo e propôs que seja feito um levantamento dos Planos Diretores de Investimentos dos estados para que os parlamentares tenham idéia das demandas já aprovadas nas Comissões Intergestores Bipartite. No que se refere à alocação de recursos para os estados será utilizada como parâmetro a média nacional do valor “per capita” dos recursos de média e alta complexidade. Para isso os Estados foram classificados pelas seguintes faixas: a) Estados com valor médio “per capita” superior em mais de 10% do valor da média nacional – não haverá alocação de recursos neste momento; b) Estados com valor médio “per capita” superior em menos de 10% do valor da média nacional – haverá alocação de R\$ 0,80 por habitante/ano ao limite financeiro do estado; c) Estados com valor médio “per capita” inferior em menos de 10% do valor da média nacional – haverá alocação de R\$ 1,50 por habitante/ano ao limite financeiro do estado; d) Estados com valor médio “per capita” inferior em mais de 10% do valor da média nacional – haverá alocação de R\$ 2,50 por habitante/ano ao limite financeiro do estado. Dessa forma, o Ministério está recompondo os tetos com valores da ordem de R\$ 210 milhões. Foi aprovada a proposta e definido que as Comissões Intergestores Bipartite devem enviar o mais rápido possível, de preferência até o dia 30/09, as informações sobre a distribuição dos novos recursos no teto do estado, para a sua transferência na competência setembro.

4) Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde – Proformar – o assunto foi apresentado na reunião da CIT de junho e o Conass e o Conasems enviaram sugestões para serem incorporadas ao projeto. Foi ressaltado o fato de que com a implantação desse projeto está sendo criado o agente de vigilância em saúde, que trabalhará com todas as endemias e com vigilância em saúde e que estes trabalhadores deixarão de ser temporários e passarão a fazer parte do sistema. As estratégias para implantação são as seguintes: instituição da Comissão de Coordenação Geral do Proformar Nacional; definição da forma jurídica para o pagamento dos tutores; realização do inventário de implantação dos Núcleos de Apoio à Docência; realização de reuniões entre os gerentes regionais, estaduais e Comissão Estadual de Gestão para pactuar as definições técnico-operacionais nos estados; identificação e capacitação dos apoios administrativos dos NAD; inclusão das escolas técnicas do SUS nas estruturas de coordenação do programa nos estados; articulação do trabalho das Comissões e gerentes estaduais com os Pólos de Educação Permanente e continuidade da capacitação de tutores para atender às necessidades pedagógicas dos NAD. O Projeto foi aprovado e sua implantação deve iniciar em novembro nas regiões metropolitanas e capitais.

5) Processo de Revisão Normativa - o Diretor do Departamento de Apoio à Descentralização apresentou proposta para revisão do processo normativo do SUS com os

seguintes objetivos: iniciar o processo de revisão pelos assuntos já pautados nas reuniões da CIT e aqueles que têm sido objeto de debate no Ministério, viabilizando medidas de curto prazo; enxugar e condensar as normas vigentes: propor um processo coordenado de sistematização e revisão das normas editadas pelo MS nos últimos 15 anos, revogando o que for necessário e condensando o que for pertinente; editar regulamentos da saúde: (por áreas temáticas), consolidando toda a legislação vigente; regulamentação das leis 8.080/90 e 8.142/90: será realizada por decreto, incorporando todas as questões perenes sobre o funcionamento do SUS, dirimindo-se dúvidas relativas ao direito à saúde e precisando-se as atribuições e competências das esferas de governo, com o enxugamento de portarias regulamentadoras. O processo de revisão será feito em interlocução e negociação permanente com o Conass e o Conasems (por meio da CIT, ou instituição de grupo específico) e submetido à apreciação do Conselho Nacional de Saúde; será coordenado por uma Comissão Interna do Ministério da Saúde, designada para tal, responsável pela promoção do debate nos fóruns internos do Ministério (fórum de descentralização, colegiados) e pela interlocução com o Conass, Conasems e CNS; durante o processo serão instituídos mecanismos de consulta pública aos gestores, conselheiros de saúde, universidades e outros segmentos sociais; estima-se em 12 meses o prazo para a conclusão do trabalho, mas algumas medidas serão implementadas no curto e médio prazos ao se construir, no debate, consensos em torno das propostas. Foi aprovado.

C. Informes:

1) Medicamentos de dispensação em caráter excepcional – O Dr. José Carlos de Moraes, do Departamento de Apoio à Descentralização, informou que será realizada na próxima semana reunião da Câmara Técnica para iniciar a discussão referente aos recursos que serão transferidos aos estados no 4º trimestre; a respeito da compra centralizada da Imiglucerase o assunto ainda não foi discutido no Colegiado do Ministério, devendo entrar em pauta na reunião da próxima semana.

2) Reorganização do Programa Nacional de Controle da Tuberculose – a Secretaria de Vigilância em Saúde apresentou uma 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, para os estados e municípios de maior carga dessa doença. Os recursos destinam-se a despesas referentes a treinamento de pessoal, supervisão, avaliação, campanhas educativas, produção de material técnico e transporte para os pacientes portadores de tuberculose cadastrados para tratamento nos municípios. O Conasems propôs que os Cosems sejam envolvidos para ajudar na mobilização e articulação dos gestores na discussão de temas como hanseníase, tuberculose e Fome Zero. O assunto foi encaminhado para o Grupo de Trabalho de Vigilância em Saúde, vinculado à Câmara Técnica da CIT para discussão com o Conass e o Conasems; as Comissões Intergestores Bipartite deverão enviar sugestões sobre a lista de municípios proposta no anexo da minuta de Portaria. O assunto deverá ser pautado na próxima reunião da CIT.

3) Vigisus I e II – O Secretário de Vigilância em Saúde informou que foram enviados para todos os estados os dados sobre a execução do Projeto Vigisus I. Do total de estados, 3 estados e o DF estão com execução abaixo de 50%, 14 estados com execução entre 50 e 70% e 09 estados com execução acima de 70%. Todos os convênios estão sendo prorrogados até o dia 31 de dezembro. Estão sendo mantidos entendimentos com a Secretaria de Assuntos Internacionais do Ministério do Planejamento para prorrogar o Vigisus I até 31 de junho de 2004. O Vigisus II tem três componentes: Componente I - Vigilância em Saúde, Componente II - Saúde Indígena, Componente III - Administração do Projeto. Diretrizes para o Vigisus II: elaboração de ações estruturantes (obras, equipamentos e capacitação de recursos humanos), sob a forma de “circuitos completos”, buscando produzir impacto sobre as deficiências e necessidades detectadas no sistema; discussão e aprovação nas CIB das ações programadas para o estado e ajustamento dos “padrões nacionais” às características regionais; aquisição centralizada de veículos e

equipamentos com entrega direta ao usuário final; utilização da modalidade de transferência de recursos “fundo a fundo” para metas pré-pactuadas de indicadores relevantes para o sistema; incentivo baseado em desempenho; unificação da gerência do projeto; fortalecimento da assessoria técnica aos estados e municípios na execução das ações; fortalecimento do sistema de monitoramento e avaliação do projeto. No Componente IV haverá as seguintes diretrizes: escolha de Indicadores utilizados na PPI-ECD; as UF serão estratificadas pelo nível atual da linha de base para cada indicador.; as metas serão estabelecidas para cada estrato, com valores intermediários para cada ano do projeto; esses indicadores servirão para avaliar o impacto do projeto e para o repasse de recursos vinculados ao desempenho. Beneficiados: todas as SES, SMS das capitais e municípios acima de 100 mil habitantes. Dos R\$ 395.522.061 previstos para o Projeto, R\$ 125.418.636 referentes ao Componente IV serão transferidos fundo a fundo. O início da execução está previsto para março de 2004.

4) Proesf – o Secretário de Atenção à Saúde informou a situação dos 96 municípios primeiro lote, que pleitearam recursos do Proesf: já foi realizado o repasse de recursos a 43, em setembro será iniciado o repasse a mais 18, 01 está aguardando a carta de compromisso, 31 estão aguardando a aprovação do recurso pelo Banco Mundial e 03 ainda não mandaram o Plano Operativo. Os documentos do segundo lote de municípios ainda estão sendo analisados e tendo em vista a antecipação da reunião da CIT não será possível apresentar o resultado final da análise. O Secretário propôs a aprovação *ad referendum* da CIT, sua imediata publicação e apresentação do resultado final na próxima CIT, informando que estão em análise os documentos de 131 municípios, sendo que 106 já estão analisados, 04 desistiram e estão sendo aguardados os documentos de 21 municípios. Foi aprovada a qualificação desses municípios, *ad referendum* da CIT.

5) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – o Secretário de Atenção à Saúde informou que foi realizada uma avaliação no Cadastro e está verificando com os estados e municípios os procedimentos para o pagamento do SIA. Em relação ao SIH o processamento já está sendo realizado pelo segundo mês e as correções que são necessárias estão sendo realizadas.

O Secretário de Atenção à Saúde informou que o tema Terapia Renal Substitutiva será pautado na próxima CIT pois tem havido estouro sistemático nos tetos e o Ministério não tem como absorver estes gastos; solicitou aos estados e municípios que realizam esses procedimentos, que discutam o assunto na CIB e enviem sugestões ao Ministério para na próxima CIT o assunto ser debatido.



Número de Municípios Habilitados

situação:Maio/03

UF	População 2002	NOB		NOAS	
		GPSM	PAB	GPSM	PAB-A
AC	586.942	0	19	0	0
AL	2.887.535	9	87	6	0
AM	2.961.801	7	55	0	0
AP	516.511	1	13	0	0
BA	13.323.212	19	380	1	20
CE	7.654.535	7	144	25	8
DF	2.145.839	0	0	0	0
ES	3.201.722	35	43	0	0
GO	5.210.335	7	230	9	0
MA	5.803.224	44	171	0	2
MG	18.343.517	57	784	0	0
MS	2.140.624	0	66	9	2
MT	2.604.742	1	129	8	1
PA	6.453.683	36	97	8	1
PB	3.494.893	3	194	15	12
PE	8.084.667	19	163	0	18
PI	2.898.223	0	217	5	0
PR	9.798.006	2	378	11	8
RJ	14.724.475	22	70	0	0
RN	2.852.784	10	156	1	0
RO	1.431.777	11	41	0	1
RR	346.871	1	14	0	0
RS	10.408.540	10	439	1	46
SC	5.527.707	20	235	0	51
SE	1.846.039	2	73	0	0
SP	38.177.742	161	333	1	234
TO	1.207.014	8	131	0	0
BR	174.632.960	492	4.662	100	404



MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA

Certificação de municípios ao Incentivo de Epidemiologia e Controle de Doenças, por estado

UF	CERTIFICAÇÃO		PENDÊNCIAS
	ESTADO	MUNICÍPIOS	
<i>MINAS GERAIS</i>	Já certificado	03	✓ Faltam os valores do TFECDD dos municípios
PARANÁ	Já certificado	01	✓ Não
TOTAL		04	

CIT- Setembro/2003

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Programa Nacional de DST e Aids

RESUMO EXECUTIVO

Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST

Dados até 10 de setembro de 2003.

Total de **Estados** Qualificados: **25**

Acre	Mato Grosso	Rio de Janeiro
Alagoas	Mato Grosso do Sul	Rio Grande do Norte
Amazonas	Minas Gerais	Rio Grande do Sul
Bahia	Pará	Roraima
<u>Ceará</u>	Paraíba	Santa Catarina
<u>Distrito Federal</u>	Paraná	São Paulo
<u>Espírito Santo</u>	Pernambuco	Sergipe
Goiás	Piauí	Tocantins
Maranhão		

Total de **Municípios** Qualificados: **339**

Total Geral: 364

Orçamento aprovado (2003) : R\$ 65.000.000,00

Valor a ser pago até dezembro de 2003 : R\$ 53.757.371,07

Saldo orçamentário até 10 de setembro de 2003: R\$ 11.242.628,93

[Informações sobre o Incentivo: http://www.aids.gov.br/incentivo](http://www.aids.gov.br/incentivo)