



Ministério da Saúde  
Conselho Nacional dos Secretários de Saúde  
Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

---

## Resumo executivo

Reunião realizada em 17 de março de 2005

Local: Sala 104 Ala B. Anexo I do Ministério da Saúde.

Brasília-DF.

### **Apresentações especiais:**

#### **a) Programa Nacional de Controle da Tuberculose**

Como comemoração ao dia mundial de controle da tuberculose, o secretário de Vigilância à Saúde, **Dr. Jarbas Barbosa**, apresentou dados e análise da situação da tuberculose no Brasil e no mundo. Mostrou que o Brasil está no 15º lugar entre os 22 países com mais casos de tuberculose. Destacou os problemas da associação da tuberculose a pobreza, ao uso de drogas e especialmente o agravamento dos casos de AIDS. Falou das ações que estão sendo desenvolvidas para controle da tuberculose e dos problemas encontrados nas grandes cidades onde se concentram os maiores nº de casos. Foi apresentado o vídeo da campanha Brasil sem Tuberculose. Esta mesa contou com a presença do ministro de estado da saúde, **Dr. Humberto Costa**, um representante da do OPAS no Brasil, **Dr. Horácio Toro Campos** e representantes do Conselho Nacional de Saúde, **Eliana Cruz**, **Dr. Osmar Terra** representando o CONASS e **Dr. Valter Lavinas** representando o CONASEMS. O ministro da Saúde falou encerrou os trabalho da mesa comemorativa. Para as pessoas presentes, foram distribuídos livros – Tuberculose informações para Agentes Comunitários de Saúde e botons da campanha;

#### **b) A situação do Sistema Público de Saúde no município do Rio de Janeiro.**

Este tema foi coordenado pelo ministro, **Humberto Costa**, que apresentou para a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) *a crise da Saúde Pública no Rio de Janeiro e a atuação do Governo Federal*. Mostrou como precedentes da crise, a incapacidade de gestão da secretaria municipal de saúde para: gerenciar uma estrutura hospitalar que tem 28% de leitos acima da necessidade, incapacidade para usar os recursos financeiros disponíveis, o caos na assistência com baixa cobertura na atenção básica, fechamento de serviços de urgência e emergência, falta

de medicamento e insumos, suspensão do contrato de registro de preços e o não pagamento dos prestadores de serviços. Destacou ainda a decisão do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de desabilitação do município da gestão plena do sistema municipal de saúde. Sobre a participação do Governo Federal/ Ministério da Saúde, mostrou que 10.433 servidores públicos federais estão em atividades nas unidades de saúde municipalizadas com custo para o Ministério da Saúde, em 2004, de R\$ 321.361.516,38, além das unidades de saúde federais instaladas no Rio de Janeiro, atendendo aos usuários do SUS do município como: o Instituto de Traumatologia Ortopedia (73% das internações de alta complexidade em ortopedia no Rio de Janeiro), o Instituto do Câncer (87% da quimioterapia, 76% da radioterapia e 53% das internações por câncer), o Hospital Geral de Bonsucesso e que o Ministério da Saúde implementou recursos nestes hospitais, em 2004, na ordem de R\$ 608,6 milhões, sendo R\$ 217,6 milhões com pessoal. Outros investimentos: o QUALISUS com R\$ 38.042.000,00 aprovados para obras e equipamentos de 5 hospitais, desses recursos, serão destinados R\$ 25.243.000,00 aos Hospitais municipais, a ampliação dos Leitos de Terapia Intensiva, o pagamento de pessoal cedido ao município e as bolsas de residência médica atinge um total de R\$ 1.706.081.025,48, correspondendo a cerca de 5% de todo o orçamento do Ministério da Saúde, a efetivação de convênios com a Prefeitura do Rio de Janeiro, totalizando R\$ 73.425.300,00 para construção, reforma de unidades e aquisição de equipamentos. Mostrou que o município do Rio de Janeiro recebe um dos maiores per capita nacional, no que se refere aos recursos do Ministério da Saúde, que é da ordem de R\$ 129,40. Concluiu dizendo que, desde o início da atual crise, o Ministério da Saúde constituiu uma equipe para acompanhar, negociar e buscar uma solução para os problemas tendo como referência a defesa da saúde da população daquele município, mas a postura da Prefeitura foi sempre de desqualificar, pelos meios de comunicação, o processo de negociação, apresentando sempre novas exigências e procurando inviabilizar o fechamento de um acordo. Fez um resumo do diagnóstico da estrutura e funcionamento da rede de serviços de saúde encontrada e das principais medidas adotadas após a intervenção. Portanto, o município não tinha mais condições de continuar como gestor pleno do sistema municipal de saúde.

Após a exposição do ministro, o presidente do CONASS e secretário de estado da saúde do estado do Rio de Janeiro, **Dr. Gilson Cantarino**, relatou como acompanhou, participou e se integrou no processo junto ao Ministério da Saúde na intervenção nos hospitais, sobre a desabilitação do município da gestão plena do sistema municipal de saúde, relatou que em 2004 já havia proposto ao COSEMS a desabilitação do município devido a problemas constatados e citou como exemplo a “perda de leitos”. Na ocasião o COSEMS RJ não concordou com a desabilitação. Teceu algumas considerações sobre as diversas tentativas da SES-RJ para compartilhar e ajudar a gestão municipal na solução dos problemas, e que não

obteve sucesso, pois o gestor municipal não compareceu as reuniões convocadas. Destacou a falta de instrumentos normativos para acompanhar e avaliar as gestões plenas de sistemas de saúde tanto municipais como estaduais, pois não dispomos de indicadores que permitam intervenções antes que ocorram as crises como essa que ocorreu no município do Rio. E encerrou a fala dizendo que a situação de saúde no município do Rio de Janeiro estava insustentável e que o Ministério não podia ficar omissivo, por isto, como cidadão, entende que o Ministério tomou a atitude correta. Disse ainda que este assunto foi discutido pela Assembléia do CONASS, que aprovou uma Nota, que foi lida a seguir pelo secretário executivo do CONASS, **Dr. Ricardo Scotti**. Após a participação do CONASS falaram o presidente **Dr. Odorico Monteiro** e o vice-presidente **Dr. Valter Lavinias**. **Odorico** falou da posição do CONASEMS onde foi consenso o mérito e foi questionada a forma, pela não apresentação da proposta de intervenção nos fóruns intergestores antes da sua efetivação. Parabenizou o Ministro da Saúde e o Presidente da República pela decisão de intervir em favor da população do Rio. Fez considerações sobre a gestão do SUS pós NOB, pois considera essas normas de gestão superadas, citou o pacto de gestão como a forma mais apropriada para gestão tripartite do SUS. Disse entender que desabilitar não resolve os problemas da falta de assistência, e que devemos pensar em instrumentos para as intervenções sanitárias que garanta a população os seus direitos a atenção à saúde. Falou de suas preocupações com as questões de gestões municipais que não conseguem garantir o mínimo dos serviços de saúde para sua população a exemplo do pré-natal com quatro consultas, ou de capitais que não organizam suas redes de serviços e responsabilizam os municípios do interior, esquecendo que os parques tecnológicos estruturados nas capitais pertencem à população do estado como um todo. Concluiu dizendo que o CONASEMS não é um sindicato de secretários municipais, mas um espaço/estrutura para mobilizar os gestores municipais de saúde para aplicação dos princípios do SUS. Comunicou a realização do 1º Fórum de Secretários de Capitais que será realizado em Fortaleza-CE nos dias 21 e 22 de março de 2005. Encerrou a fala divulgando o XXI Congresso Nacional das Secretarias Municipais de Saúde cujo tema é Pacto de Gestão: O desafio da solidariedade federativa no SUS. O **Dr. Valter Lavinias** citou o descontentamento do COSEMS Rio com a publicação do decreto presidencial sem a realização de uma reunião tripartite, que **Arthur Chioro** havia combinado com o COSEMS-RJ. Informou ter alertado o **Dr. Gilson Cantarino** para as responsabilidades que a SES-RJ está assumindo com a intervenção no município do Rio, lembrou que os problemas das filas estão em todos os lugares do Brasil e encerrou dizendo que é parceiro da SES-RJ e do MS na solução dos problemas no sistema de saúde do município do Rio de Janeiro.

O tema foi concluído com algumas considerações do ministro, **Humberto Costa**, dizendo que as críticas são legítimas, mas chamou atenção para algumas reflexões que a situação do

Rio colocou em pauta: primeiro a necessidade de uma ampla discussão sobre o pacto de gestão, a responsabilização sanitária dos gestores e citou a lei de responsabilidade sanitária comparando com a Lei de Responsabilidade Fiscal que tem impulsionado os gestores a melhor cuidar dos recursos públicos. Portanto o desafio para saúde é fazer um pacto com metas a serem cumpridas onde estejam definidas as responsabilizações para os que não cumprem com suas responsabilidades. Concluiu informando que foi nesta gestão do ministério que todos os estados passaram a condição de Gestão Plena dos Sistemas Estaduais de Saúde. E sobre os questionamentos do COSEMS-RJ explicou que as atitudes do Prefeito **César Maia** levaram o governo Federal tomar uma decisão rápida sobre a intervenção nos hospitais e devolver para o estado a gestão do sistema municipal senão o caos certamente seria inevitável.

### 1. Homologação

- a) Foram homologadas as habilitações para gestão plena do sistema de saúde municipal dos municípios: Carutapera – MA, Capivari – SP e Planaltina – GO.
- b) Situação da habilitação dos municípios de Amargosa e Medeiros Neto/BA.

Neste tema se posisionaram:

**MINISTÉRIO DA SAÚDE:** Dr. Antonio Alves;

**CONASS:** Jurandir Frutuoso – SES-CE;

**CONASEMS:** Silvio Fernandes – SMS/Londrina-PR.

Sobre a situação das habilitações dos municípios de Amargosa e Medeiros Neto do estado da Bahia, o Secretário Executivo do MS, **Dr. Antonio Alves** passou a palavras para o Diretor do DAD, **Dr. André Luis** que fez uma revisão do encaminhamento da última tripartite sobre a deliberação por uma auditoria conjunta do DENASUS e SES-BA e falou dos relatórios, recebidos no dia 16 de março dia anterior a realização da reunião CIT, com duas situações: o relatório referente à auditoria no município Medeiros Neto foi assinado pela auditoria da SES-BA e DENASUS. Leu a conclusão no qual as auditorias consideram o município em condições de se manter habilitado visto que cumpre 70% das responsabilidades de gestão e 30% parcialmente e comendam o monitoramento para acompanhamento do cumprimento pleno das responsabilidades da gestão segundo a NOB/96. Após leitura o encaminhamento da CIB foi homologado continuando, portanto, o município habilitado. Quanto ao relatório referente ao município de Amargosa, o DENASUS não assinou o relatório por discordar com a análise e conclusão. Foi lido o relato da Auditoria da SES-BA e o relatório do DENASUS onde está registrado que, no dia da reunião do grupo de auditores, a Auditoria da SES-BA já havia concluído o relatório e encaminhado para a CIT, portanto, os auditores do DENASUS optaram por fazer outro relatório no qual recomenda a manutenção da condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, considerando que a gestão atual vem adotando medidas saneadoras do

sistema e ampliação do atendimento a população e que a desabilitação traria prejuízo ao atendimento da população. Concluem o relatório com uma proposta de prazo não inferior a 120 dias para que a nova gestão se adeque a todas as exigências das normas para se manter habilitado.

O Conass esclareceu que o assunto está em discussão há mais de um ano e que estão diante de dois relatórios diametricamente opostos, um feito pelo Estado o outro pelo DENASUS, na assembléia foi decidido não discutir mais este assunto, se abster de discutir o caso Amargosa, solicitar que seja levado em conta a resolução CIB/BA para desabilitação do município da Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde e propor que se não houver consenso na CIT o processo de Amargosa seja encaminhado para deliberação no Conselho Nacional de Saúde como fórum de recurso e que o CONASS não mais discutirá este assunto. O CONASEMS considerou difícil uma posição diante das contradições dos relatórios, citou que ouviram os representantes do COSEMS-BA e se posicionou com a proposta do CONASS para encaminhamento do processo ao Conselho Nacional de Saúde. Ficou, portanto acordado que os dois relatórios, da SESAB-BA e DENASUS, ao Conselho Nacional de Saúde para análise, avaliação e decisão e que o município continuará habilitado até posicionamento do Conselho Nacional de Saúde.

- c) Relatórios das CIBs sobre os municípios que não estavam habilitados para atenção básica;

O diretor do DAD, **Dr. André Luís**, apresentou os documentos encaminhados pelas Comissões Intergestores Bipartites dos estados:

Acre - termo de pactuação CIB/nº 02/2005 que habilitam os municípios de Assis Brasil, Jordão e Santa Rosa do Purus habilitados para gerenciarem os recursos PAB;

Amapá - A secretaria da CIT informou ao plenário que recebeu por e-mail os relatórios técnicos e informações que serão aprovados na CIB dia 18/03/05;

Maranhão - encaminhou resolução CIB/MA nº 43/2005 declarando o município de Cedral com condições de ser gestor e executor da atenção básica em seu território;

Minas Gerais - A SES-MG encaminhou para secretaria técnica da CIT ofício SEC nº 0211/2005 encaminhando os relatórios e declaração conjunta dos municípios: Córrego Fund, Conceição do Pará, Cuparaque, Fama, Procrane e São Félix de Minas. O documento não faz referência ao município de São Geraldo da Piedade. Dr. Marcus Pestana informou que a declaração deste município será enviada;

São Paulo – Recebido ofício da CIB nº 010/05 comunicando a adesão ao SUS na organização e execução da Ações Básicas de Saúde dos municípios de Guararema e Santa Maria da Serra. A plenária homologou os encaminhamentos das CIBs ficando o

representante da SES/MG responsável para encaminhar o documento referente ao município de São Geraldo da Piedade.

d) Incentivos para as casa de apoio AIDS – SVS.

Foi apresentado por Fabiano Pimenta, representante da SVS, uma minuta de portaria qualificando municípios dos estados do Amazonas, Ceará, Espírito Santo, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraná, Rio de Janeiro e São Paulo para recebimento de recursos referentes a portaria 1.824 de 02/09/2004. Proposta aprovada sem comentários da plenária.

O CONASS leu o Ofício 142 enviado ao Ministro da Saúde informando que a Assembléia do CONASS, realizada no dia 16/03, considerando a preocupação dos Secretários quanto à indefinição dos instrumentos de responsabilização dos gestores e os mecanismos e instrumentos de monitoramento e avaliação, deliberou solicitar urgência na definição da referida regulamentação, sob pena de inúmeras distorções e situações de assistência não serem identificadas e corrigidas e solicitou informações sobre os recursos do Bolsa Família no Orçamento 2005.

## **2. Temas para discussão e pactuação**

### **2.1 Atenção à Saúde**

#### **a) Elenco mínimo da assistência farmacêutica básica;**

Na discussão deste tema se posicionaram:

**MINISTÉRIO DA SAÚDE:** Dr. Norberto Rech e Dra. Afra Suassuna;

**CONASS:** Dr. René e Dr. Marcus Pestana;

**CONASEMS:** Dr. Matheus Chomatas e Dr. Silvio Fernandes.

O tema foi apresentado com Dr. Norberto Rech lendo os consensos elaborados pela Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica como evitar-se multiplicidade de Portarias sobre o mesmo assunto. Portanto, sugeriu incluir no instrumento legal (ato específico do Ministério da Saúde), os seguintes aspectos fundamentais e já pactuados:

1. Necessidade de explicitação do papel dos Planos Municipais e Estaduais de Assistência Farmacêutica, sendo que estes últimos devem refletir o conjunto das necessidades apontadas nos primeiros;
2. Indicar o elenco mínimo obrigatório de medicamentos para a Atenção Básica;
3. Identificar as responsabilidades do Ministério da Saúde e dos Estados e Municípios (CIB), no âmbito do pacto da gestão do chamado “Módulo da Atenção Básica para a Assistência Farmacêutica”;

4. Indicar que para aqueles medicamentos cuja responsabilidade de gestão está afeita às pactuações nas Comissões Intergestores Bipartites, as deliberações das CIB devem ser homologadas pela CIT. Estabelecer prazo para as CIB enviem à CIT os pactos referentes à Assistência Farmacêutica Básica;
5. Necessidade de estabelecimento de prazo para adequação à nova Portaria, considerando-se o impacto nos processos de pactuação dos Planos Municipais e Estaduais de Assistência Farmacêutica;
6. Identificar a pactuação dos valores referentes ao Incentivo da Assistência Farmacêutica Básica, pactuados na CIT em 17/02/2005;
7. Indicar os mecanismos de acompanhamento, avaliação e controle.
8. Paralelamente à identificação do elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos para a Atenção Básica, apresentar em separado aqueles itens considerados como correlatos (ex: Preservativos masculinos).
9. Nos considerandos da Portaria a ser editada pelo Ministério da Saúde destacar que a lógica adotada não é aquela restrita à definição de elenco de medicamentos e sim da cobertura das patologias de impacto no âmbito da Atenção Básica.
10. Necessidade de que o Ministério da Saúde inicie efetivamente a aquisição centralizada e distribuição dos itens sob sua responsabilidade de gestão, o mais rapidamente possível, sinalizando para Estados e Municípios quanto às necessidades de definições nos respectivos Planos de Assistência Farmacêutica daqueles itens sob responsabilidade de gestão a ser pactuada nas CIB.
11. No processo, construir a possibilidade de que seja editada Portaria do Ministério da Saúde que trate de toda a Política de Assistência Farmacêutica, o que levará à necessidade de eliminação do termo Assistência Farmacêutica Básica.
12. Rever as Portarias 176/99, 956/2000, 16/2000 e 2050/2001.

Os representantes do CONASS fizeram propostas de alterações no elenco mínimo ressaltando que as alterações propostas tomaram como mérito o caráter obrigatório, isto não impede que na pactuação dos estados com os municípios estes medicamentos sejam acrescentados de acordo com a realidade de cada estado ou município. Foi recolocada a posição do CONASS de que a aquisição de medicamentos centralizada tem um caráter transitório devendo ser buscado mecanismo para outras formas de compras descentralizadas considerando que alguns desses medicamentos relacionados são produzidos em alguns estados. Outra questão colocada foi com relação ao tempo reduzido para elaboração, análise e pactuação do elenco mínimo. Foi

reafirmada a proposta para que os correlatos sejam apresentados de uma outra forma com cuidado na elaboração da portaria para a qual sugere uma elaboração conjunta e ressaltaram a necessidade de agilizar a publicação da Portaria oficializando o valor do incentivo em R\$ 1,50 com recursos federais e no mínimo R\$ 1,00 para estados e R\$ 1,00 para municípios, o que vai aumentar o poder de compras das secretarias de saúde.

Os representantes do CONASEMS solicitaram a portaria seja apresentada na próxima reunião tripartite. Reclamaram do pequeno tempo para a elaboração e pactuação do elenco mínimo obrigatória. Solicitaram um melhor acompanhamento do financiamento da assistência farmacêutica nos diversos estados, tendo em vista as dificuldades de alguns municípios com relação ao financiamento da parte do estado. Colocaram em discussão a questão dos impostos que incidem sobre os medicamentos. Após discussões e debates ficou decidido que: a) deve ser publicada a portaria com o elenco mínimo proposto; b) deve ser acrescentado na portaria o prazo de 60 dias para as CIB fazerem a pactuação do elenco para cada estado e enviar à CIT; c) o MS deve fazer o acompanhamento dos pactos estaduais; d) a Câmara Técnica do Conass que se reunirá no dia 23/03 vai fazer um ajuste fino no elenco que será fechado no GT de Assistência Farmacêutica Básica da CIT.

Os representantes do MS acataram as proposições do CONASS e CONASEMS, exceto na inclusão de quantitativos da prednisona para lupus considerando que esta é uma patologia tratada nos serviços de média e alta complexidade.

b) Acerto de contas das terapias renais substitutivas.

Participaram deste tema:

**MINISTÉRIO da SAÚDE:** Dr. José Carlo de Moraes (Dr. Cao);

**CONASS:** Marcus Pestana e Kátia Born;

**CONASEMS:** Odorico Monteiro.

Tema colocado pelo diretor do DRAC/SAS, **Dr. Cao** que explicou como fez a recomposição dos valores e propôs um novo acerto no mês de abril. No debate foi levantada a necessidade de mecanismos para ajustes trimestrais com revisão da metodologia de configuração dos tetos. O CONASEMS registra, como elogio, o procedimento da SES-CE que pagou a diferença do teto aos municípios. Foi colocada a situação do Estado de Alagoas que por falta de registro de alguns municípios, o estado ficou com a dívida que estourou seu teto financeiro. Como alerta sobre futuros problemas com o gerenciamento das TRS, o presidente do CONASEMS citou o artigo de recomposição de valores, pagamento por pessoal, dificuldades nos números descritos pelo secretário da SAS e a resposta do presidente da associação de nefrologia, publicados pela imprensa. Entre as questões levantadas no debate estão: registro de produção, valores



diferentes, necessidades de definir APACs por ter nº dos estados, problemas relacionados aos novos casos.

O CONASS apontou que persistem os seguintes problemas, que devem ser objeto de discussão na Câmara Técnica da CIT, para a nova proposta a ser apresentada em maio: a) ausência de uma alternativa que contemple o crescimento esperado no ano da TRS; b) necessidade de se criar um mecanismo que permita compensação ágil por parte das CIB quando exista sobra de teto em um município e extrapolação em outro, e que esteja dentro dos limites do teto do estado; c) fixação de um cronograma, com periodicidade pactuada, de revisão de tetos e acertos de contas. Aprovada a alteração da sistemática de cálculo dos tetos de estados e municípios em gestão plena e para os meses de janeiro e fevereiro será considerada a produção do mês de dezembro de 2004.

O debate foi concluído com a aprovação da proposta feita pelo DRAC/SAS.

### **3. Temas para apresentação e debate**

#### 3.1. Proposta para atenção à saúde nos municípios das fronteiras.

Participaram deste tema:

**MINISTÉRIO da SAÚDE:** Dr. Edmundo Gallo, Dr. Lindemberg Araújo, Lumena Furtado;

**CONASS:** René Santos;

**CONASEMS:** Odorico Monteiro.

Apresentada pelo diretor do DIPE/SE, **Dr. Edmundo Gallo**, que contextualizou a situação de atenção à saúde nas fronteiras e citou alguns desafios como: as diferenças dos sistemas e serviços prestados pelos países componentes das fronteiras. As idéias de composição de fundo de financiamento, pacto de qualificação da assistência, cartão SUS, SIS-Fronteira que poderá promover a integração da América do Sul e o Pacto de gestão por estados com a qualificação da gestão. Falou de uma proposta envolvendo 68 municípios e uma pop 15000 hab. A proposta financeira 7milhoes de reais 35% aumento da atenção básica, 15% no teto 12% de impacto. No debate foram colocadas as questões referentes ao apoio integrado, regionalização e o plano da Amazônia Legal. Concluindo, tanto os representantes do CONASS como do CONASEMS levantaram questões sobre as formas de financiamento e sua sustentabilidade. O CONASS solicitou informações sobre o cronograma de implantação do projeto na região norte. No momento ficou acertada uma reunião da câmara técnica da atenção à saúde para trabalhar melhor este tema que será objeto de pactuação na CIT.

#### 3.1 Atenção à Saúde

- a) Política da atenção de alta complexidade para: a) neuro-cirurgia; b) Vias aéreas, face e pescoço. Este tema foi retirado da pauta por solicitação do setor, visto que

o coordenador encontrava-se no município do Rio de Janeiro compondo o grupo de gestão da crise no sistema de saúde.

b) Situação da implantação da Política da Saúde Mental: os desafios;

Apresentado pela diretora do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, **Dra. Tereza Campos**, que explicitou as diretrizes e metas da política de saúde mental do Ministério da Saúde enfatizando os programas: De Volta para Casa, Novos CAPS, Residências terapêuticas e o Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar (PRH). Além dos programas, suas estratégias e algumas questões referentes ao seu desempenho, apresentou a relação de municípios estratégicos para expansão do Programa De Volta Para Casa, relação dos hospitais fechados nos anos de 2003/2004, por UF e municípios, nº de leitos hospitalares reduzidos e o nº de hospitais em processo de intervenção. Concluiu solicitando o apoio dos gestores, estaduais e municipais de saúde, para assumirem esta política junto ao Ministério da Saúde. No debate o CONASEMS colocou a necessidade de ser implantado o valor diferenciado para o paciente de psiquiatria em hospital geral.

3.2 Funasa:

a) Revisão da portaria GM nº 1.163/99 que dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas.

**Dr. Alexandre Padilha**, diretor do Departamento de Saúde Indígena da FUNASA, abordou o tema falando da Lei nº 9.836 de 23/09/99- Lei Sergio Arouca que estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS e determina que caberá à União, com recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, mas define que os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações. Propôs pactuar com gestores do SUS, cuidadores tradicionais e lideranças indígenas a gestão do subsistema de atenção a população indígena; mostrou dados sobre a redução da morbi-mortalidade materno e infantil, da importância de um plano estratégico e da questão de Dourados-MS onde morreram crianças agravadas pela condição de atendimento hospitalar. Citou ações estratégicas e metodologias que estão sendo implementadas para melhorar a qualidade da atenção prestada. Como ação, objeto de pactuação na CIT citou a reformulação da portaria 1.163/99 que normaliza os repasses de recursos tanto dos valores de incentivos a atenção básica e para a atenção especializada. Apresentou *três diretrizes para a nova proposta*: 1. aperfeiçoar os mecanismos de integração entre o Ministério da Saúde, Estados e Municípios na atenção integral à saúde dos povos indígenas; 2. identificar responsabilidades nas três esferas de governo quanto a execução, monitoramento, controle e regulação das ações e pactuação de metas, 3. garantir a pluralidade na composição das Equipes Multidisciplinares, de acordo com as especificidades locais. Propôs que na *nova portaria* seja atualizado o cálculo do valor

incentivo para atenção básica, a inclusão de um termo de compromisso intergestores. Ressaltou a importância de se criar espaços de co-gestão para discussões, diálogo e pactuações com participação da equipe de Casai e da Atenção Básica com vistas ao acompanhamento dos pacientes graves e crônicos; adaptar Ouvidoria para a atenção à Saúde Indígena; garantir processos de Educação Permanente como ferramenta para qualificação da atenção à Saúde Indígena. No debate os representantes do CONASEMS parabenizaram o diretor de saúde indígena da FUNASA por trazer o tema para discussão na CIT, mas levantaram críticas e questões que os preocupam como: que esta proposta não esteja para pactuação na próxima reunião da CIT sem um aprofundamento de quais são as reais responsabilidades dos municípios com a saúde dos povos indígenas e como ficam as relações municípios, ONGs e FUNASA. Ressaltaram a necessidade de ampliação do fórum de discussão. O CONASS apontou questões críticas na proposta de portaria apresentada indicando o aprofundamento da análise e correções na câmara técnica. O diretor da saúde indígena fez considerações as questões levantadas pelos representantes do CONASEMS e CONASS e concluiu convidando todos os gestores e técnicos a se incluírem nos espaços de discussões e debates promovidos pela FUNASA. O assunto foi encaminhado à Câmara Técnica da CIT para discussão.

#### 4. Informes

- a) O lançamento do manual O SUS de A a Z – SE.

O diretor do DAD/SE, **Dr. André Luís**, apresentou, para os presentes, o Manual intitulado O SUS de A a Z produzido pelo Ministério da Saúde em parceria com o CONASEMS e que está sendo utilizado nas oficinas de acolhimentos aos novos gestores municipais realizadas, em todas as Unidades Federadas com a promoção do CONASEMS, CONASS e MS. No momento alguns livros foram distribuídos com os presentes.

- b) Interiorização dos Profissionais de Saúde.

Informe feito Diretor do Departamento de Gestão e Educação na Saúde, **Dr. Ricardo Cecim**, que falou da Medida Provisória nº 238 que institui a Residência em Área de Saúde e a Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde ambas a serem regulamentadas pelos ministérios da Saúde e Educação. Falou destes instrumentos como possibilidades de interiorização dos profissionais de saúde, especialmente em áreas de difícil provimento. Informou que o mapeamento dessas áreas será objeto de pactuação na CIT. Neste informe o presidente do CONASEMS participou chamando atenção para a importância da Medida Provisória e da necessidade de mobilizar forças políticas para aprovação da Medida. Foi proposta, pela SEGESTS uma reunião da câmara técnica para a semana de quatro de abril, como o CONASS estará promovendo e coordenando um seminário internacional a SEGESTS ficou de apresentar nova data a ser acordada com CONASS e CONASEMS.

- c) Saúde do Trabalhador – SAS;

Informe feito pela Diretora do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, **Dra. Tereza Campos** que falou da revisão da portaria 1.679/02, a convocação da Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador para novembro de 2005. Com relação à política de Saúde do Trabalhador ressaltou três pontos importantes: estão trabalhando com municípios sentinelas; Implementando o sistema de informação em Saúde do Trabalhador e a ampliação dos Centros de referência para 200. O assunto foi encaminhado para a Câmara Técnica da CIT que deve marcar reunião do GT de Atenção à Saúde para tratar da revisão da Portaria.

d) Plano de Investimentos da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS;

Neste informe, **Dr. Fabiano Pimenta**, falou um ofício, encaminhado para as SES, disponibilizando uma série de equipamentos como: veículos, motos, microscópios e computadores. Informou que no ofício estão alguns parâmetros técnicos para a distribuição para serem utilizados pelas CIBs nas pactuações o que permite adequações locais. Ficou de encaminhar cópia do ofício para o CONASS e CONASEMS.

e) Pesquisas sobre o funcionamento/estrutura dos COSEMS.

Sobre esta pesquisa, **Dra. Lumena Furtado**, informou que faz parte de um rol de oito pesquisas sobre escuta com os atores da gestão descentralizada e que vai compor uma discussão sobre gestão qualificada que será objeto de discussão e pactuação na CIT. A pesquisa sobre o funcionamento/estrutura dos COSEMS tem duas fases: uma com os presidentes que estão terminando seus mandatos e a outra com os que estão iniciando um novo período de gestão.

f) Pacto de Gestão.

O diretor do DAD/SE, **Dr. André Luís**, falou de um documento que está sendo discutido com os diversos setores do MS e que deverá ser apresentado na reunião da CIT de abril e maio, com pontos específicos para debates, ressaltou que nos pontos discutidos existem posições confluentes com os posicionamentos do CONASS e CONASEMS como: responsabilidade sanitária, questão de regionalização, regulação e outros diferentes que serão abordados nas reuniões tripartites para se buscar os consensos.

## ANEXO I

Elenco de Medicamentos sob Gestão Federal - Ministério da Saúde	Indicação Terapêutica
Sulfato Ferroso (comp. 60 mg) 4.038.435 cartelas com 30 comprimidos	Suplementação de Ferro para gestante até 3 meses de pós-parto
Sulfato Ferroso (xarope 12,5 mg/2mL).*	Suplementação de Ferro para gestante até 3 meses de pós-parto
Sulfato Ferroso (sol. oral 25 mg/ml Fe <sup>++</sup> - gotas) - Avaliar c/ Prog. Nutr.	Suplementação de Ferro
Sulfato Ferroso (comp. 40 mg/Fe <sup>++</sup> )	Anemia Ferropriva
Captopril (comp. 25 mg)	Anti Hipertensivo
Propranolol (cloridrato) com. 40 mg	Anti hipertensivo
Insulina NPH 100UI	Hipoglicemiante injetável
Glibenclamida comp. 5mg	Hipoglicemiante oral
Metformina comp. 850mg	Hipoglicemiante oral
Hidroclorotiazida comp. 25mg	Diurético
Beclometasona (50 mcg) Inalatório Spray	Antiinflamatório esteróide -Asma/Rinite
Prednisona comp. 20mg (Cálculo para asma grave: Cobertura de 20% da população com possibilidade de asma - leve, moderada e grave - 570.000 pessoas, com estimativa de 3 crises/ano e posologia de 1 comp/dia, durante 7 dias)	Antiinflamatório esteróide – Asma
Prednisona comp. 5mg - Para crianças com peso inferior a 20 Kg. Estimado = 10% das pessoas com possibilidade de asma. (Cálculo para asma grave: Cobertura de 20% da população com possibilidade de asma - leve, moderada e grave - 570.000 pessoas, com estima	Antiinflamatório esteróide - Asma
Beclometasona inalatório (250 mcg)	Antiinflamatório esteróide - Asma
Salbutamol (sulfato) xpe. 0,4 mg/ml 2mg/5mL	Broncodilatador
Salbutamol compr. 2mg	Broncodilatador
Salbutamol Aerosol oral (100mcg)	Broncodilatador
Ranitidina comp. 150 mg	Anti ulceroso

Anticoncepcional hormonal injetável mensal (enantato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg)	Anticoncepcional
Anticoncepcional hormonal injetável trimestral (acetato de medroxiprogesterona 150 mg/mL)	Anticoncepcional
Pílula Anticoncepcional só de Progesterona (noretisterona 0,35 mg)(cartelas com 35 comprimidos)	Anticoncepcional
Pílula anticoncepcional de emergência (levonorgestrel 0,75 mg) (cartelas com 2 unidades)	Anticoncepcional
Pílula combinada de baixa dosagem (etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg) (cartela com 21 comprimidos)	Anticoncepcional
Diafragma	Anticoncepcional
Dispositivo intra-uterino (TCU 380A)	Anticoncepcional
Anéis medidores de diafragma (caixa com conjunto de seis unidades, com diferentes medidas) caixas	Anticoncepcional
Preservativo masculino (52 mm) - Coberto pelo Programa Nacional de DST/AIDS, conforme negociação conduzida por Isa e Socorro. Isto gera cobertura de 43% da rede de atenção básica instalada.Outras negociações poderão ampliar esta cobertura, a qual já signi	
Preservativo masculino (49 mm) - Ver observação no item acima.	
Adesivos Transdérmicos de Nicotina (7 mg) - Base de cálculo elaborada pelo Preograma Nacional de Controle do Tabagismo	Antitabagismo
Adesivos Transdérmicos de Nicotina (14 mg) Base de cálculo elaborada pelo Preograma Nacional de Controle do Tabagismo	Antitabagismo
Adesivos Transdérmicos de Nicotina (21 mg) Base de cálculo elaborada pelo Preograma Nacional de Controle do Tabagismo	Antitabagismo

Cloridrato de Bupropiona (comp. 150mg) Base de cálculo elaborada pelo Preograma Nacional de Controle do Tabagismo	Antitabagismo
Goma de Mascar com Nicotina (tablete com 2mg) Base de cálculo elaborada pelo Preograma Nacional de Controle do Tabagismo	Antitabagismo
Ácido Fólico comp 5mg - (4.038.435 cartelas com 30 comprimidos) Incluído no Programa de Nut. Recurso parcial da Assistência Farmacêutica + Recursos do Programa	Anemia ferropriva e Prevenção mal-formações do tubo neural
Vitamina A 200.000 UI - Incluído no Prog. Nacional de Suplementação de Vit. A - Crianças de 12 a 59 meses e puérperas no pós-parto imediato. Recurso parcial da Assistência Farmacêutica + Recursos do Programa	Redução da hipovitaminose
Vitamina A 100.000 UI - Incluído no Prog. Nacional de Suplementação de Vit. A - crianças de 6 a 11 meses. Recurso parcial da Assistência Farmacêutica + Recursos do Programa	Redução da hipovitaminose
Sais para reidratação oral (envelope) 27,9 g	Reidratação
Alfametildopa (comp. 250mg) Inclusão pelo CONASS	Anti hipertensivo para Gestante
Digoxina 0,25 mg comp	Cardiotônico
Digoxina Solução Oral (elixir) Janela terapêutica estreita <b>Excluído p/ solicitação do CONASS</b>	Cardiotônico
Nistatina Creme Vaginal	Antifúngico/Antiinfecioso
<b>Elenco de Medicamentos sob Gestão Pactuada nas CIB</b>	<b>Indicação Terapêutica</b>
Dexametasona creme 0,1% (bisnaga)	Antiinflamatório esteroideal (dermatoses)
Benzoato de Benzila (emulsão - 0,25%)	Antiparasitário
Albendazol - 200 mg, comp.	Antiparasitário
Albendazol Suspensão oral	Antiparasitário
Ácido acetilsalicílico (comp. 100 mg)	Analgésico/antitérmico
Paracetamol (comp. 500 mg)	Antitérmico/analgésico

Paracetamol (sol. oral 100 mg/ml)	Antitérmico/analgésico
Neomicina + Bacitracina (bismaga 0,5% + 250 UI/g)	Antibiótico (dermatoses)
Metoclopramida (monocloridrato) (comp. 10 mg)	Antiemético
Metoclopramida (monocloridrato) (Injetável - IM)	Antiemético
<b>Excluir proposta da CONASS</b>	
Eritromicina (estearato) susp. oral 2,5%, frasco com 60 mL (125mg/5mL)	Antibiótico
Eritromicina 500mg comp.	Antibiótico
Miconazol creme vaginal 2% bismaga 80 g	Antifúngico (candidíase )
Metronidazol (benzoil) susp. oral 4,0%	Antiparasitário
Metronidazol comp. 250 mg	Antiparasitário - DST em gestante
Amoxicilina + Clavulanato de Potássio (comp-500mg)	
<b>Excluir proposta da CONASS</b>	Antibiótico (Pneumonia em adulto)
Amoxicilina (pó/susp. oral 50 mg/ml)	Antibiótico
Amoxicilina 500mg - cápsula	Antibiótico
Penicilina G Benzatina pó/susp. inj. 1.200.000 U.I.	Antibiótico
Penicilina G Procaína + Potássica 300.000 UI + 100.000 UI (inj.)	Antibiótico (Pneumonia criança)
Sulfametoxazol + Trimetoprima (susp. oral 4,0% + 0,8%)	Antibiótico
Sulfametoxazol + Trimetoprima (comp. 400 + 80 mg)	Antibiótico
Penicilina G Benzatina pó/susp. inj. 600.000 U.I.	Antibiótico
Alfametildopa (comp. 250mg) - Avaliar possibilidade de inclusão	Anti hipertensivo para Gestante
Diclofenaco potássico com. 50 mg	Antiinflamatório