



Resumo executivo

Reunião de 17 de novembro de 2005, realizada no Hotel Windson Barra. Av. Sernambetiba, 2630 Barra da Tijuca - Rio de Janeiro – RJ.

Pauta

1. Plano de Contingência da Pandemia da gripe aviária – SVS/MS.

2. Temas para discussão e pactuação.

- a) Política Nacional de Atenção Oncológica - SAS/MS;
- b) Agenda de Compromisso Tripartite – SE/MS.
- c) Registro de Câncer com Base Populacional – INCA/SAS e SVS/MS
- d) Rede Nacional de Saúde do Trabalhador – SAS/MS.

3. Homologação:

- a) Habilitações em GPSM do município de Piripiri – PI. SE/MS;
- b) Certificação para Gestão da Vigilância Epidemiológica – Palmas do Monte Alto/BA e Paramoti/CE

4. Apresentações e Discussão

- a) Redes de Alta Complexidade: Cardiologia, Doença Renal, Doença Neurológica , Traumatologia e Ortopedia e Auditiva;
- b) Alterações nas modalidades de transferências dos recursos federais para os estados e municípios. SAS/MS;
- c) Desprecarização do trabalho em Saúde – SGTES/MS.
- d) Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para Medicamentos Excepcionais – DAF/SCTIE;
- e) Conferências Nacionais: agendas e formatos – SGP/MS.
- f) Considerações sobre a Política de Informação e Informática. CONASS e CONASEMS;

5. Informes:

- a) Convenção quadro sobre tabagismo e outras atividades do INCA para controle de câncer. INCA/MS;
- b) Declaração dos Direitos do Usuário do SUS. SAS/MS;

- c) Programa de qualificação da Gestão de Investimentos em Saúde. SE/MS;
- d) Agenda de reunião da CIT para 2006.SE/MS

Desenvolvimento:

Dr. Agenor iniciou a reunião informando aos presentes que a reunião tripartite estava sendo transmitida em tempo real, pelo Datasus pelo portal do Ministério da Saúde nos endereços: <http://www.saude.gov.br> e <http://www.cooperasus.gov.br> e passou a palavra ao Secretário de Vigilância em Saúde para apresentar o **Plano de Contingência da Pandemia da gripe aviária**. **Dr. Jarbas Barbosa**, explicou que o plano estava em discussão no seminário que ocorria no mesmo local da CIT. Fazendo uma síntese, informou que necessitamos diferenciar três situações: primeiro, há influenza ou gripe sazonal, termo pouco usado no Brasil, mas é um problema de saúde pública no mundo. A recomendação mundial para esse problema é aumentar a cobertura vacinal. O Brasil já faz a maior cobertura vacinal 86% da população maior de 60 anos de idade, maior que as alcançadas pela Itália, França, Espanha e Estados Unidos. No Brasil, desde de 2003, vem sendo implementado a estruturação das Unidades Sentinelas, hoje já são 46 unidades em 21 Estados com meta para as 27 Unidades Federadas – UF até a metade de 2006 o que vai ampliar a captação de amostra das pessoas com síndrome gripal e o monitorando das cepas circulantes. Segunda situação: a gripe aviária, uma epizootia real com um vírus do subtipo H5N1 de alta patogenissidade que se transmite de ave para o humano endêmico na Ásia com expansão para a Europa, sem perspectiva de controle imediato, pois o frango é a fonte protéica mais barata e fonte de renda de pequenos produtores e isto vai significar um impacto econômico muito forte para alguns países. E a terceira situação refere-se à pandemia dessa Influenza que é um problema futuro e incerto. Incerto porque não se pode prever nem quando e nem a gravidade e quando vai ocorrer. Citou o caso da pandemia de 1977, que não foi percebida no Brasil como um problema de saúde e nem sobrecarregou o sistema. Enfatizou que é importante o Brasil está preparado para qualquer cenário, mas é pouco provável, um cenário igual ao da gripe espanhola, pois hoje dispomos de muito mais recursos. O Brasil já monitorava as aves migratórias no Brasil, desde a febre do Oeste do Nilo. É um trabalho junto com o IBAMA e Ministério da Agricultura, já foram realizados 8 inquéritos sorológicos em aves migratórias em 9 região de poso de ave migratória, não foi encontrado o H5N1. A SVS está acompanhando o mapa mundial das áreas que estão divididas em endêmicas, alto risco, em risco e baixo risco área de situação das Américas. Explicou que é alta a possibilidade de ocorrência da pandemia, mas é imprevisíveis o período e o impacto e isso merece cuidado na comunicação

para não causar pânico na população. No plano internacional a notificação imediata e a contenção da fonte são essenciais. O Brasil está defendendo a Revisão do Regulamento Sanitário Internacional para instituir a notificação obrigatória de cepas altamente patogênicas dos vírus da influenza, a ampliação de acesso a insumos críticos, como vacinas e anti-virais e por ter condições técnicas de preparo, o Brasil, foi incluído na lista da OMS como candidato a produtor de vacinas e está negociando com a ROCHE a viabilidade de transferência tecnológica para a produção local do Tamiflu sem esquecer a questão da necessidade de solidariedade para com os países mais pobres da América Latina que se não dispuserem das condições mínimas para fazer profilaxia não vão contribuir no bloqueio das transmissões. Sobre o plano que está em debate no seminário o documento vem sendo construído desde 2003 essa versão encerra uma etapa, mas vai estar sob revisão, com o trabalho de grupos específicos em cada área, de biosegurança, diagnóstico clínico, etc. para processo de atualização conforme o comportamento da CEPA do vírus com o objetivo de impedir a introdução, e caso essa ocorra, reduzir a disseminação e diminuir o impacto de uma pandemia no país. A Estrutura do plano prevê ações para os vários etapas incluindo um estudo da legislação brasileira para evitar conflito de competências e equilibrar de forma adequada a liberdade individual e direito coletivo. Algumas atividades em andamento: a expansão e o aprimoramento do sistema de vigilância, o investimento para produção nacional de vacina, a expansão de capacidade de diagnóstico laboratorial, o inquérito viral para detecção do vírus em aves migratórias, a revisão e atualização da política nacional de defesa civil, com projeto de lei em debate no Congresso Nacional. A aquisição do estoque estratégico anti-virais, a elaboração e capacitação dos técnicos das redes de vigilância, e a conclusão do estudo de modelagem matemática. Ressaltou a importância dos gestores para integração maior entre vigilância e assistência caso ocorra uma pressão grande sobre serviços assistenciais, pois caberá aos gestores: identificar a capacidade atual da rede, definir o uso dos recursos assistenciais, fazer a comunicação com as equipes locais e população em geral, coordenar as várias áreas envolvidas e buscar garantir apoio político e suporte financeiro. Chamou atenção para as pressões que o sistema sofre, nesses período de epidemias, para incorporação de tecnologias/insumos anunciada na imprensa pelos produtores/pesquisadores como solução e a necessidade de uma comunicação transparente com a base forte em evidências. Informou que o Dr. Agenor é o representante do Ministério da Saúde dentro de um [grupo interministerial](#), coordenado pelo Ministério da Saúde, que envolve o Ministério da Fazenda e do Planejamento, e estar lutando para garantir recursos recurso adicional. Sobre a

elaboração do plano, após a terceira versão que sairá com contribuições do seminário e deve conter as diretrizes e linhas gerais, o próximo passo é a elaboração dos planos estaduais, a SVS vai assessorar as secretarias de saúde dos estados e municípios, conforme realidade de cada UF, para analisar o sistema de vigilância, a capacidade da rede hospitalar, capacitação de pessoal. O outro passo é aprimoramento do sistema de vigilância e concluir o protocolo de investigação de surtos. Garantiu que nenhuma das medidas tomadas não será desperdício de dinheiro, nem o Tamiflu, pois poderá ser usado para os casos de influenza sazonal das pessoas mais necessitadas, idosos, portadores de doenças crônicas. O investimento na fábrica do Butatã é para fabricação de vacinas que utilizamos todos os anos, o aperfeiçoamento do laboratório de vigilância epidemiológica vai nos preparar para qualquer evento de doença emergente. Encerrou agradecendo a colaboração as Secretarias Estaduais e Municipais que se envolveram nesse trabalho de construção do plano, e pediu o apoio político para realizar as atividades do próximo semestre. Complementando a exposição, **Dr. José Agenor** informou que teve uma reunião com o laboratório Roche onde foi acertado um cronograma, em função da previsão da SVS, para, com relação ao Tamiflu, eles abasteçam o governo federal e a rede varejista e acertada outra reunião para discutir a transferência de tecnologia para a Fundação Oswaldo Cruz. E que o Presidente da República instituiu um grupo interministerial, envolvendo 10 ministérios, coordenado pelo Ministério da Saúde. Nessa comissão estão: Itamaraty, Ministério da Defesa, Fazenda, Planejamento, Agricultura. Os representantes do Ministério da Saúde estão trabalhando para incrementar o orçamento de forma a garantir condição de suportar os custos das ações no caso de uma pandemia e ressaltou que os Ministérios do Planejamento e da Fazenda estão solidários com essa proposta. **Dr. Luíz Roberto Barradas**, do CONASS, colocou que todos os especialistas de São Paulo, consultados, são unânimes em contra-indicar o uso do Tamiflu neste momento. O uso indiscriminado pela população de um anti-retroviral só vai possibilitar o desenvolvimento de cepas resistentes de outros vírus. Sugere que o Ministério da Saúde emita uma portaria para a Vigilância Sanitária controlar a venda da Tamiflu. **Dr. Jarbas Barbosa** concordando com **Dr. Barradas**, esclarecer que os representantes da Roche estão preocupados com a legislação brasileira, o código do consumidor. Para o Ministério da Saúde a prioridade é a rede pública. E por estarem de acordo com a necessidade de conter o uso indiscriminado do Tamiflu o caso foi solicitado ao representante da ANVISA, Dr. Moysés Diskin levar o caso para providências cabíveis.

Temas para pactuação: a) Política Nacional de Atenção Oncológica. Dr. Carlos Armando explicou que esse tema já havia sido apresentada na CIT e discutida na Câmara Técnica estava posta para pactuação e se colocou a disposição, com a equipe do INCA, para discutirem as questões que forem levantadas pelo CONASS e CONASEMS. Os representantes do CONASS E CONASEMS fizeram considerações sobre: impacto financeiro no sistema, os prazos para implantação da política, os problemas dos processos de credenciamento dos serviços, as especificidade regionais, os desgaste e as dificuldades da maioria dos gestores para descredenciar serviços que já estão funcionando há mais de 3 anos. Solicitaram a revisão de algumas questões relativas às políticas de alta complexidade que já forma publicadas, questionando a centralização federal do credenciamento dos serviços de alta complexidade. Após debate foi aprovada a portaria do Ministro da Saúde e considerando as observações feitas pela representação do CONASS e do CONASEMS definiu-se que a portaria da SAS que regulamenta essa política deverá ser adequada na CT/CIT e voltará para pactuação na próxima reunião.

b) Agenda de Compromisso. Documentos disponíveis no site <http://dtr2001.saude.gov.br/dad>. Esse item foi apresentado por **Dr. André Luis**, diretor do DAD/SE, explicou que era o resultado de um trabalho de uma equipe técnica triparte do MS, CONASS e CONASEMS vêm fazendo na construção da proposta da Agenda de Compromissos, que tem três componentes, o pacto em defesa do SUS, o pacto pela vida e o pacto de gestão. Sobre o pacto pela vida, ressaltou que esse trabalho vem evoluindo desde 2003 quando o MS propôs definir as responsabilidade sanitárias dos três entes federativos por meio de um novo pacto de gestão para o SUS e esse processo vem sendo trabalhado por todas as áreas técnica do MS e técnicos do CONASS e CONASEMS, concluiu solicitando as considerações da diretoria do CONASS e CONASEMS, sobre a proposta atual. O CONASS fez algumas observações quanto a forma do documento que deve ser base para um documento mais conciso com objetivos e metas claras, prazos, e a definição das responsabilidades dos três entes federados. Incluir o pacto federativo. Solicitou a inclusão da tuberculose e malária no pacto pela vida, Propôs que um grupo de especialistas fizessem o trabalho de redação final do documento. O CONASEMS ressaltou a importância da construção da regionalização solidária como criação de novos espaços para pactuação de questões importantes para a Saúde como responsabilidade sanitária e controle social. Destacam a preocupação que o documento aponta no encaminhamento das metas e indicadores lembrando várias questões que já foram pactuadas na CIT como Saúde do idoso, internação domiciliar e não foram efetivadas por isso propõe

identificar meios para cumprir os objetivos propostos e também criticaram a formatação do documento e propuseram a identificação de técnicos habilitados para essa tarefa. O documento voltou para a CT/CIT.

Foram homologadas: a habilitação em GPSM do município de Piripiri – PI e as certificação para Gestão da Vigilância Epidemiológica – Palmas do Monte Alto/BA e Paramoti/CE.

Registro de Câncer com base populacional, o **Dr. Libânio** apresentou uma proposta da Secretaria de Vigilância em Saúde e do Instituto Nacional do Câncer, para financiamento do registro de câncer de base populacional. O Brasil possui 22 registros de câncer de base populacional, 19 em funcionamento com produção de informação, esses registros eram financiados com o convênio do PAV que funcionou de 1999 – 2005, os recursos estão findando agora em 2005 e os registros correm risco de continuidade. O sistema de informações com relação ao câncer trabalha com as várias fontes de informação, laboratório, hospitais, mortalidade. A proposta, de criar um adicional do teto financeiro de vigilância em saúde destinado para o custeio desses registros de base populacional, é inserir o câncer nas ações de vigilância de doenças de agravos não transmissíveis, viabilizando a intervenção e prevenção dos vários tipos de câncer com ações de controle e avaliação do sistema de saúde. Custo proposto é 1 milhão e vinte mil por ano, e um custo mensal em torno de 85 mil reais/mês para custeio de 22 registro de câncer de base populacional, é quase 50% deste custo estimado total que é de 2 milhões e quinhentos/ano. Propôs uma portaria criando esse adicional do teto financeiro de vigilância em saúde. O CONASEMS e CONASS destacaram a importância dos registros e da sua manutenção, aprovaram a proposta com a seguinte ressalva: que a Secretaria de Vigilância em Saúde deverá realizar uma avaliação dos custos operacionais dos RCBP e apresentar na CIT de Fevereiro, esta avaliação deverá subsidiar proposta de reajuste dos valores em 2006.

Rede Nacional de Saúde do Trabalhador Dr. Marco Perez situou que essa portaria é uma revisão da portaria que já está em vigor desde setembro de 2002. Que com o financiamento para incentivo de custeio e investimento nas ações da saúde do trabalhador estão habilitados 110 centros de referências em todo o Brasil, que algumas mudanças sobre as formas de financiamento e funções dos Centros de referencias foram propostas pelos gestores estaduais e municipais de saúde e que a proposta atual contempla as sugestões de uma consulta pública e foi elaborada na câmara técnica da tripartite. Mostrou o impacto no valor de 1 milhão e 400 mil

Formatado

reais. O CONASS fez considerações sobre o mérito da portaria e sobre a situação deficitária do orçamento da saúde, propôs que a pactuação dessa portaria fosse transferida para o início de 2006, quando já teríamos o novo orçamento, pois o impacto desta portaria onera o teto MAC cujo orçamento não cobre as despesas contratadas. O CONASEMS considerando que é pactuação de revisão de uma portaria em vigor, aprova a proposta com preocupação e ressalvas. Levantou que na proposta de pagamento de pessoal com os recursos propostos conflita com um parecer jurídico do próprio Ministério, sugere adequar a proposta ao parecer. Criticou também a vinculação dos recursos financeiros. Após várias considerações do CONASS, CONASEMS e representantes do MS o Secretário Executivo, Dr. Agenor propôs a pactuação da portaria, afirmando que o Ministério da Saúde buscaria orçamento para sua implantação. O CONASS então considerando ~~que~~ o compromisso do Ministério da Saúde aprovou a portaria solicitando que existem alguns acertos de redação e que o CT deveria fazê-los.

No item das apresentações e discussões - Alteração nas modalidades de transferência dos recursos federais para estados e municípios apresentado por Dr. José Carlos de Moraes (Dr. Cao) que informou que trata-se ainda do resultado das discussões internas do grupo de trabalho do Ministério da Saúde, com vistas a cumprir as duas metas estabelecidas e estão no pacto objetivando diminuir a fragmentação das transferências de recursos e constituir mecanismo de alocação de recurso que busque a equidade e outros parâmetros para alocação e transferências dos recursos federais. A proposta, nesse primeiro momento, apresenta seis blocos de transferência. Tenta agregar as formas de transferências, em transferências únicas com a revisão de todos os atos normativos, permitindo maior flexibilidade e liberdade na aplicação do recurso mantendo o que está na competência do bloco. Os blocos são: atenção básica, média e alta complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica. Dois outros blocos que entram em discussão com finalidade de estabelecer mecanismo de futuro para alocação. Na estrutura da atenção básica foi pensada uma forma de alocar o recurso, agregando todas as formas de transferência da atenção básica, seja saúde da família, agente comunitário de saúde e o PAB fixo, numa única forma de transferência, constituindo uma memória de cálculo que permita identificar por município a forma como o recurso foi alocado. Assim será feita uma única transferência do bloco ou do teto de atenção básica para todos os municípios, A proposta não é a extinção dos incentivos e mecanismos de adesão e habilitação, mas a agregação e transferência, de todo recurso que hoje vai para as várias áreas da atenção básica incluindo a revisão dos atos

normativos para permitir a aplicação dentro do componente da atenção básica. Ficou de apresentar na próxima Tripartite, as modificações das faixas de alocação de transferência de cobertura populacional, está produz um impacto financeiro, por isso está sendo feita uma análise mais aprofundada. A previsão para a média e alta complexidade é trabalhar com três componentes, o teto global de recursos transferidos que incorpora todos os componentes do FAEC com exceção de alguns que serão mantidos com o perfil de financiamento, sejam eles transplantes, e ainda aqueles componentes operados através da central nacional de regulação de alta complexidade, esses recursos serão mantidos nesse perfil em função da necessidade, um terceiro bloco dentro da média e alta complexidade, identificado que existe um conjunto de incentivos que estão num recorte de implantação, SAMU, saúde do trabalhador, saúde mental, que são incentivos de implantação com uma única transferência, que deverão se manter como um perfil de transferência de incentivos identificado outros dois incentivos, o Integrasus cuja proposta é a extinção e incorporação aos tetos financeiros dos estados e municípios na medida em que se faça a discussão da reconstrução e reordenação dos hospitais filantrópicos; e o incentivo para a saúde indígena, nos hospitais de ensino, esse já será incorporado ao teto financeiro. Informou que a Vigilância em Saúde propôs agregar todos os recursos transferidos hoje, inclusive permitindo que o componente vigilância sanitária seja composto desse mesmo incentivo, com exceção de três componentes que não possíveis de serem concluídos nessa fase, o componente do Vigisus II por ser recurso de empréstimo internacional que tem critérios e exigências para sua transferência, a contra partida do programa nacional da DST/AIDS que ainda está em estudo há necessidade ou não, dele estar em recurso específico separado e os destinados para as duas etapas de vacinação. Na assistência farmacêutica, a proposta é trabalhar com dois componentes, atenção básica e de alto custo (medicamentos excepcionais), mantida a regra de transferência com a revisão necessária> A atenção básica terá dois componentes, um fixo com contra partida de estados e municípios na composição desse recurso, um variável conforme pactuação para a adesão e habilitação do componente estratégico desse financiamento. Para estruturar o processo de gestão: planejamento, orçamento, programação, regulação e a regionalização, a proposta é constituir o fundo emergencial e uma linha de transferência para ciência e tecnologia que pode agregar hoje os recursos transferidos para os institutos de pesquisa e desenvolvimento. Como linhas gerais que estão colocadas demanda um conjunto de estudo e revisões de muitas portarias, no caso especificamente de mudanças de atributos de financiamento, a expectativa é pactuação de parte desse processo já na próxima Tripartite. O

CONASEMS considerou um trabalho muito bom, mas levantou algumas questões como: os blocos tem vários grupos, por exemplo, na atenção de média e alta complexidade tem o grupo FAEC, MAC e MAC em incentivo, existiria a possibilidade de transitar recurso de um grupo para o outro, ou são contas específicas e vinculadas? Disseram entender que há necessidade de se manter algumas vinculações, é um processo de mudança que precisa ser construído, garantido a indução de políticas, e a gestão necessita de autonomia para transpor recurso de uma para outra quando necessário. O CONASS considera que a proposta é um avanço inegável, há dúvidas, por que é uma questão absolutamente estratégica para o SUS, temem a extinção de mecanismos para indução de políticas a exemplo da saúde da família. Após várias considerações e debates os representantes do MS informaram que a memória de cálculo vai estar disponível para acesso e consulta, com os atos normativos que vão estar vinculando a composição de cada teto por município, que o conjunto de incentivos não estão sendo extinto, eles estão sendo mantidos como memória, e garantido que a alocação desses recursos. A proposta de revisão dos atos normativos é para flexibilizar a aplicação dos recursos no componente, retirar as restrições e permitir agregar os recursos da atenção básica e a livre aplicação no componente. Essa é a proposta construída até o momento e ainda tem discussões a serem feitas no âmbito do Ministério na próxima CIT é provável que tenham algo mais específico.

Desprecarização do Trabalho em Saúde, Dr. Jorge Paiva falou das formas de contratação de pessoal para o PACS/PSF levanta no monitoramento realizado pelo DAB entre julho de 2001 e agosto de 2002, da tese do Ministério Público do Trabalho que tanto os ACS como o restante de equipe exercem atividades permanentes do serviço público em saúde e que devem ser inseridos no serviço através de concurso público, das notificações recomendatória expedida pelo Ministério Público do Trabalho, primeiro para o Ministério da Saúde, e a segunda dirigida ao Fundo Nacional de Saúde e do posicionamento do Ministério da Saúde que será o mesmo de antes, não tomar iniciativa de suspender repasse de recurso para não colocar em risco o funcionamento do programa. Informou que o Ministério da Saúde pretende oferecer defesa para motivar o poder judiciário a intermediar um processo de entendimento para a pactuação de uma transição, que permita operar o Ministério, Estados e Municípios adequações as mudanças legislativas garantindo o funcionamento do programa e os direitos dos trabalhadores. Sobre o processo de discussão da portaria GM 1057/05 disse que a SGTES está realizando estudos internos para aprimorar a portaria, a idéia é estabelecer prazo para não admissão de vínculos de trabalho precários que negue direitos trabalhistas e previdenciário ao agente comunitário,

estabelecido o prazo para os municípios se adequarem a essa situação, [caso contrário](#) não terão acesso aos recursos. Falou da PEC 007/2033, que institui o processo seletivo público com os municípios podendo optar pelo vínculo direto ou indireto, como é a pretensão do Conasems anunciada na Carta de Cuiabá. O CONASEMS mostrou que desde 1980 os postos de trabalho nos municípios aumentaram em 2.000%, enquanto que o governo federal e estaduais reduziram seus postos. O Ministério está solidário com os municípios e deve [estar](#), pois se trata de uma questão de gestão do SUS. Tem posição pela eliminação dos vínculos precários. Ressalta a complexidade da situação quando os municípios brasileiros possui um pouco mais de 13% da receita tributária, e com a descentralização das políticas de educação, assistência social e saúde os municípios vão precisar de mais postos de trabalho, acreditam que essa é uma questão de Estado a ser debatida pelo Governo Federal e Congresso Nacional., visto que temos uma série de fatores, entre eles a lei de responsabilidade fiscal. Informam que estão apoiando o projeto do Deputado Maurício Hans, que se aprovada resolverá o problema para os agentes comunitários, mas tem outras políticas a exemplo de SAMU e dos CEOs. O secretário Executivo informou que o Ministério está fazendo gestão junto a Casa Civil e vai buscar entendimento com o Tribunal de Contas e Ministério Público, não pretende fazer bloqueio de repasses, pois caso contrário pode afetar um projeto estruturante do SUS.

Considerações sobre a Política de Informação e Informática Dra. Déa Carvalho, assessora técnica do CONASS, relatou que o comitê técnico de informação em informática tenta resolver, no seu âmbito, todos os assuntos, elaboram acordos e encaminham, mas estão encontrando diversas dificuldades o que motivou o pedido de pauta na CIT. Uma das questões refere-se ao SIH descentralizado. O sistema foi desenvolvido em conjunto com as três esferas de gestão, e acordado as etapas no GT. Os diversos problemas surgidos impediram estados e municípios de processarem o SIA por isso O CONASS solicitou adiar o efeito da portaria 510/SAS de setembro para a competência de novembro, pois as SES avaliam que menos de 1/3 dos municípios em plena teriam condições de rodar. As próprias SES também não têm condições para processar, visto a instabilidade da versão do sistema disponível. A segunda questão diz respeito aos acordos celebrados nesse grupo, em julho de 2004, onde ficou estabelecido que o sistema de regulação e de identificação do usuário seriam prioritários no trabalho conjunto das três esferas de governo. As informações atuais não condizem com as pactuações feitas e deixam dúvidas, nos estados e municípios, sobre a capacidade para implantar e operar as centrais de regulação já que não tem a garantia do apoio tecnológico do Datasus. O diretor do DERAC

considerou que essa discussão não é atribuição da CIT, cabe a CT/CIT discutir cronogramas de trabalho e outras questões específicas. Com relação ao SIH descentralizado, os tempos que estão colocados e essas decisões foram tomadas de forma conjunta, se há necessidade de alterações é só fazer, o cronograma pode ser revisto. Sobre a avaliação dos sistemas, apesar de algumas críticas apresentadas, mostra que eles têm consistência para serem implementados. Após calorosas discussões ficou acordado o adiamento da portaria 510/SAS e a convocação para uma reunião com participação dos diretores do Datasus e DERAC.

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para Medicamentos Excepcionais – Dirceu Barbano iniciou dizendo que a dispensação de medicamentos de caráter excepcional é, após fechada a questão de assistência farmacêutica na atenção básica, uma prioridade é muito séria pois existe muitas pressões de organizações representadas por portadores de algumas patologias associadas a indústria produtoras de medicamentos excepcionais para inclusão desses produtos na relação de dispensação pelo SUS. Fez um diagnóstico detalhado da situação analisando como alguns medicamentos foram incorporados à relação. Ressaltou a importância dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Informou que em relação ao protocolo, hoje temos 31 protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas publicados por agravo e existem outros 18 que foram submetidos à consulta pública. Chama atenção para a necessidade da gestão desses medicamentos, principalmente pelas solicitações de novas inclusões e do alto custo o que pode desequilibrar o orçamento. Existem 47 solicitações no Ministério que necessitam de estudos tanto da prevalência da patologia na comunidade como da efetividade do medicamento. Daí a importância desse ponto de pauta, pois não se trata exclusivamente do componente técnico, mas de decisões da gestão do SUS principalmente em relação a abrir ou não novas inclusões de medicamentos. O representante do CONASS presente solicitou que esse assunto seja trabalhado na CT/CIT e tragam as propostas técnicas para a CIT. O representante do CONASEMS, apesar de considerar o assunto mais afeto ao CONASS destacou a relevância do assunto e destacou a importância do programa de controle da Asma feito pelos municípios e que tem reduzido em até 50% os casos de internação hospitalar. O assunto foi encaminhado para discussões mais aprofundadas na CT/CIT.

Informes:

1. Dr. Silvio Fernandes informou que tem um Deputado Federal propondo uma medida provisória para liberação dos agrotóxicos somente com registro no país de origem, e que a bioequivalência feita no Brasil seja feita pelo Ministério da Agricultura, o Ministério da Saúde

junto com a Anvisa já se posicionaram radicalmente contra e que o CONASEMS vai defender a posição de MS e ANVISA na Casa Civil da Presidência da República e em audiência pública na Câmara dos Deputados dias 22 de novembro. Disse que a grande preocupação é que tem informações, não confirmadas, que alguns setores do governo estão de acordo com essa MP. Convocou o CONASS e CONASEMS a ficarem.

2. Programa de qualificação da Gestão de Investimento em Saúde – Luíza Pessoa – apresentou o Programa de qualificação da Gestão de Investimento em Saúde, e solicitou a colaboração DO CONASEMS e CONASS para divulgação, e apoio a adesão dos secretários para os programas. Falou dos investimento na rede SUS onde pelo projeto Reforsus esses investimentos foram na ordem de 1 bilhão e 200, dos quais 55% dos investimentos, não temos notícia do funcionamento. A idéia do programa é capacitar 950 técnicos em estados e municípios para melhorar a qualidade da gestão dos investimentos. Serão três cursos, um curso a distância de aperfeiçoamento de gestão do projeto de investimento, inicialmente para mil técnicos, um curso presencial de 35 alunos, engenheiros e arquitetos da secretarias estaduais e municipais para gestão da tecnologia, e depois um curso a distância para mil profissionais na gestão de tecnologia. Informou ainda que o curso está no site do Conasems, e enviaram correspondência à todos os secretários de saúde dos municípios acima de 100 mil habitantes. O curso também está sendo divulgado pela pagina do Ministério da Saúde e no site da Escola Nacional de saúde Pública, que é instituição organizadora dos cursos.

3. Calendário da reunião da Tripartite. Foi distribuída uma proposta com os participantes, o CONASEMS propôs mudar a data do mês de junho para 21 quarta-feira e ser realizada como uma atividade do 23º Congresso do CONASEMS, o 3º Congresso de Cultura de Paz e Não Violência e o 5º Congresso da Rede América. Outra proposta é realizar a CIT de agosto no Rio de Janeiro durante o Congresso da ABRASCO. A proposta será votada na próxima reunião da Tripartite;

4. O diretor do DERAC/SAS, Dr. José Carlos de Moraes, informou ao CONASS e CONASEMS, que até a data de ontem (14/11/05), somente 09 Bipartites encaminharam a alocação de recursos acordado na ultima reunião da Tripartite, São Paulo e Maranhão, Amazonas, Ceará, Pará, Rondônia, Rio Grande do Sul, Sergipe e Paraíba, a preocupação é que dia 20 fecha o processamento e os estados que não encaminharam as pactuações ficarão para a competência do mês seguinte;

5. O diretor do DAD/SE, Dr. André Luís Bonifácio informou que foram distribuídos o folder da EXPOGEST, já foi divulgado na CIT e estão fazendo a mala direta para as secretarias de saúde. O evento vai ocorrer em junho de 2006 em Brasília, para debater as diversas experiências que estão sendo desenvolvidas no âmbito da gestão. É um projeto da Secretaria Executiva com a coordenação do DAD em parceria com todas as secretarias do ministério, e do Conass e Conasems.;

6. Convenção quadro sobre tabagismo e outras atividades, Dr. Paulo Henrique, assessor do INCA/SAS. Para constar na reunião, que a Convenção IV foi votada e aprovada pelo Senado, o Brasil aderiu de forma definitiva a **Convenção sobre tabagismo**, os desdobramentos serão o aperfeiçoamento da legislação atualmente sobre ambientes livres de fumo. Registraram também que no dia 27 de novembro é o dia mundial do Combate ao Câncer, e será comemorado no dia 28 com vários eventos, nas diversas cidades do país.

7. Declaração dos Direitos do Usuário do SUS – Dr. José Carlos de Moraes informou que o Ministério está com uma proposta de encaminhar a discussão da declaração dos direitos e deveres do cidadão e do usuário, contemplando os recursos de estratégias da política de humanização e um conjunto de outros critérios. O Ministro tem insistido nesta estratégia de ordenar, considerando alguns parâmetros. Essa declaração deverá vir para a próxima tripartite.