



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



---

**Resumo Executivo**

Reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite realizada em 30 de agosto de 2006, na sala 114 B do Anexo I do Ministério da Saúde, coordenada pelo Ministro de Estado da Saúde Dr. José Agenor Álvares da Silva.

**1. Pauta:**

**Homologações:**

- a) Homologação do Termo de Compromisso de Gestão Federal – TCGF;
- b) Certificação de municípios para gestão da Vigilância em Saúde: Assis Brasil e Bujari do estado do Acre e Aveiro e Pau D'Arco do Estado do Pará. SVS/MS
- c) Portaria que Regulamenta as transferências fundo a fundo para o financiamento em ações de Vigilância Sanitária para Estados, Municípios e Distrito Federal. ANVISA/MS;
- d) Solicitação da CIB-RS de homologação da Resolução 35/06 que aloca no Fundo Estadual de Saúde recursos do PAM(DST/AIDS) do município;

**Pactuações.**

- a) Financiamento de projetos para incentivos às atividades físicas. SVS/MS;
- b) Financiamento de projetos de núcleos de prevenção de violência e promoção da Saúde. SVS/MS;
- c) Pró-saúde. DEGES/SGTES/MS.

**Apresentações:**

- a) Revisão do Programa de Medicamentos Excepcionais. DAF/SCTIE;
- b) Cadastro Nacional das equipes do PSF e PACS no CNES. DAB e DRAC/SAS/MS;
- c) VIGTEL (sistema de vigilância de fatores de risco para as doenças crônicas em base telefônica). SVS/MS;
- d) Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa. DAPE/SAS;
- e) Política Nacional de Atenção ao Adolescente. DAPE/SAS.

**Informes.**

- a) RENAME. DAF/SCTIE;
- b) Decreto de 24/04/2006. As propostas do MS para articular ações de promoção da cidadania da população das ex-colônias de hanseníase. SVS/SGPE/MS;

c) Data da reunião da CIT em setembro de 2006.

## **2. Desenvolvimento.**

Foram **homologados**: o Termo de Compromisso de Gestão Federal – TCGF, Certificação dos municípios de Assis Brasil e Bujari do estado do Acre e Aveiro e Pau D'Arco do Estado do Pará para gestão da Vigilância em Saúde, a proposta da **ANVISA** para publicação de uma portaria corrigindo as populações, conforme estimativa do IBGE para 2005, para os cálculos dos recursos a serem transferidos fundo a fundo para o financiamento em ações de Vigilância Sanitária para Estados, Municípios e Distrito Federal, a Resolução 35/06 da CIB-RS que aloca no Fundo Estadual de Saúde recursos do PAM(DST/AIDS) do município de Santa Maria-RS. Foram **pactuadas** as propostas da SVS, Financiamento de projetos para incentivos à implementação e/ou fortalecimento de projetos vinculados ao estímulo de **Vigilância e prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis**, com ênfase em ações relacionadas à estratégia global referentes às Práticas Corporais e Atividade Física conforme ações Específicas na Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria GM/MS nº 687, 30/03/2006) e Portaria 2.608, 28 de dezembro de 2005, às atividades físicas. O **CONASEMS** propôs retirar dos critérios de seleção dos projetos o porte populacional. A proposta foi aceita pela SVS e a proposta pactuada. O edital será publicado pela SVS. A segunda proposta trata do Edital destinado a selecionar Projetos de **Estruturação do Núcleo de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde**, de estados, municípios e Distrito Federal. A implantação e a implementação desses projetos têm por objetivos reduzir a morbimortalidade por causas externas, e fortalecer as ações intersetoriais de prevenção das violências e promoção da saúde, estimulando a cultura da paz e da qualidade de vida, em âmbito nacional. O **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – pró-Saúde**, não foi pactuado. O **CONASEMS** levantou vários questionamentos sobre os critérios na seleção das instituições de ensino envolvidas e a participação dos Gestores dos municípios onde essas instituições estão localizadas. O **CONASS** solicitou a inclusão das SES e serviços sobre gestão do Estado, criação de incentivos para os serviços utilizados como campos de práticas, mecanismos para participação dos gestores estaduais e dos Conselhos Estaduais de Saúde. Dr. Francisco Eduardo Campos, secretário da Secretaria de Gestão de Trabalho e Educação em Saúde – SGTES, explicou os critérios utilizados no Pró-saúde e fez considerações aos questionamentos de **CONASS** e **CONASEMS**. Ficou acordado que a portaria atual continua em vigência e a questão retorna para a CT/CIT devendo retornar na próxima reunião da CIT. A **Revisão do Programa de Medicamentos Excepcionais** foi apresentada pelo Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos

Estratégicos, **Dr. Moisés Goldbaum**, assessorado pelo diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica, **Dr. Manoel Roberto**, após cumprimentar os presentes informou que essa proposta foi fruto de várias discussões na Câmara Técnica da CIT. A proposta é definir critérios para os medicamentos desse elenco que por fatores históricos influenciaram na definição da Assistência Farmacêutica com esses medicamentos. Para corrigir a CT/CIT está elaborando uma proposta fundamentada na questão da doença para organizar essa nova proposta dos medicamentos em dispensações excepcionais. Além da ausência de critérios que definem o Programa Medicamentos, com ampla faixa de custo para tratamento de doenças raras e prevalentes, o financiamento por procedimentos e produção por APAC, mesmo para dispensações regulares, contém 105 medicamentos em 230 apresentações, 41 itens representam 81% do custo total do Programa, 04 medicamentos corresponde a 15% do orçamento referente à aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde. Dos 230 itens, 41 deles têm um maior impacto que corresponde a 81% dos custos, sendo que 24 medicamentos possuem o valor tabela do Ministério da Saúde abaixo do menor preço de compra informado pelos Estados, e 14% medicamentos possuem o valor tabela do Ministério da Saúde acima do menor preço de compra informado pelos Estados. Esses dados foram informados pelos estados ou coletados em suas páginas na internet. Dos dados observam que o Ministério é o principal financiador do programa, os estados co-financiadores, na realidade, o Ministério tem tido um crescimento médio de 30% todo ano. Outro dado observado no estudo: com as informações fornecidas pelos estados é uma variação de 180% entre os Estados para preços de um mesmo item. O ministro, **Dr. Agenor**, comentou que além dessa variação de preço de até 185% entre os Estados, existem vários estados e municípios comprando acima desse preço de fábrica que na regulamentação da ANVISA o preço de fábrica é o de venda do laboratório produtor para o mercado privado. Diante do fato, o Ministério da Saúde está propondo uma resolução da Câmara de Medicamentos para não permitir compra, principalmente a compra pública, acima do preço de fábrica. E concluiu dizendo que acha inadmissível em compras de grande porte com o preço muito acima do que o preço de balcão entre duas empresas privadas. O CONASEMS expressou o reconhecimento pelo trabalho realizado pelo DAF, mas questionou a transferência de 17 medicamentos atualmente no Programa para o componente básico da Assistência Farmacêutica. O CONASS elogiou o trabalho do DAF considerando que a proposta apresentada contemplou as questões levantadas pelo CONASS e que a apresentação do DAF deixa claro que 41 itens do programa correspondem a 81% do valor dispensável dos recursos e considerando que está em discussão a portaria 8020 propôs que o Ministério fique responsável por esses 41

medicamentos que correspondem a 80% da compra, e que os Estados assumam o restante dos medicamentos numa transição responsável. O ministro fez referência à declaração de um secretário de Estado da Saúde que divulgou na imprensa estar devolvendo o Programa de medicamentos excepcionais ao Ministério da Saúde, o que ele acha complicado uma posição dessa natureza, pois exige toda uma análise do financiamento do setor saúde e as transferências para as Unidades Federadas, mas não existe da parte da equipe gestora do MS intenção de criar constrangimento para qualquer um dos parceiros. O Ministério se dispõe a discutir a questão e encaminhar o que for melhor para o Sistema e para a população que depende desses medicamentos, mas essa discussão será amparada na disponibilidade orçamentária e financeira do Ministério da Saúde. O presidente do **CONASS**, fazendo considerações à fala do ministro, disse que esse secretário não falou pelo CONASS, pois o CONASS discutiu a questão com muita seriedade e não vai propor para o Ministério o que não tem exequibilidade. Solicitou a publicação dos novos protocolos clínicos, e registrou a preocupação com a situação do Interferon Pegilado. Foi citado o enfrentamento dos gestores do SUS, no Fórum dos Laboratórios, com os representantes dos laboratórios que só queriam discutir rótulos, registros na ANVISA sem ouvir as críticas sobre formações de cartéis que ameaçam os abastecimentos dos serviços. Sobre o Interferon Pegilado a questão é grave pelas dificuldades dos Estados em adquiri-lo, a mobilização da sociedade demandando o aumento do fornecimento e mudanças nos critérios da dispensação. Nas dificuldades dos Estados em comprar está a desculpa que os laboratórios usam, segundo o CONASS, uma inverdade quando afirmam que os Estados atrasam o pagamento. Diante do exposto o CONASS, propôs que o Ministério da Saúde inicie a centralização dos medicamentos excepcionais pelo Interferon Pegilado evitando que a indústria utilize preços diferenciados entre os estados. Após várias considerações sobre o tema, o **Ministro** encaminhou o tema para a CT/CIT elaborar uma proposta mais fundamentada lembrando que o princípio norteador deve ser a parceria entre o Ministério e os Estados, o que significa assumir ônus e bônus na negociação das responsabilidades. O assunto deverá voltar na pauta de pactuação da próxima reunião da CIT. Sobre o **Cadastro Nacional das Equipes do PSF e PACS no CNES**. **Dra. Rosane**, Coordenadora da CGSI/DRAC/SAS apresentou a proposta para unificação do cadastro das Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde que hoje se encontra no CNES e SIAB para um único sistema: o **Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES**. Trata-se de um projeto conjunto do DAB e DRAC, na perspectiva de atender as diretrizes do Pacto pela Saúde, nas suas Portarias 399/06, 699/06 e a 648/06 e a que regulamenta a Política Nacional de Atenção Básica, a Portaria 648/06, bem como a

portaria do CNES que estabelece o cadastramento único de todos os estabelecimentos de saúde no país, independente de ter vínculo ou não com o SUS. A unificação também reduz o volume de serviços dos municípios na manutenção dos dois cadastros. Levantou algumas questões que precisam ser resolvidas para implementação da unificação como: qual a situação hoje em relação ao cadastro no CNES dos estabelecimentos e profissionais da Atenção Básica? Citou várias questões que estão sendo trabalhadas para implementação do projeto para implementação do CNES. A minuta de portaria prevê o período de adequação do cadastro de setembro a novembro e a partir de dezembro fechará o cadastro no SIAB permitindo alteração e inclusão apenas no CNES. Para isso vão realizar oficinas de trabalho conjunto DAB, DRAC, Datasus em parcerias com as SES e SMS para orientar os processos de cadastros nos municípios. Ainda no mês de setembro serão realizados os testes de integração do SIAB, CNES para os quais o DAB escolheu alguns municípios pelo perfil de cobertura de Saúde da Família: São José-SC, São Paulo-SP, Aracaju-SE e Belo Horizonte-MG. Concluiu mostrando a atual situação dos cadastros no CNES onde estão cadastrados 140.567 estabelecimentos em todo País, dos quais 38 mil são Unidades Básicas de Saúde, estabelecimento cadastrado com Saúde da Família não significa números de equipes de PSF, 20.176 estabelecimentos com informação de Saúde da Família. Sobre os profissionais, contando por especialidade: Médicos, Enfermeiros, Dentistas e Agentes Comunitários de Saúde. Após considerações sobre a apresentação, a proposta foi pactuada com o prazo de transição até fevereiro de 2007, quando a questão deverá ser reavaliada. Com relação ao **VIGTEL**, **Dr. Jarbas**, apresentou dados sobre a mudança do perfil epidemiológico da população brasileira com as doenças não transmissíveis representando 2/3 das mortes e desse total a metade são por problemas cardiovasculares. Falou do conhecimento acumulado sobre essas doenças e que o Sistema de Vigilância das DNT está montado em três fontes fundamentais de informação sobre os fatores de risco: a pesquisa de base domiciliar, inquérito escolar cobrindo escolares na faixa etária de 13 a 15 anos, e o projeto do **VIGTEL** cujo objetivo é monitorar a prevalência dos fatores de risco e proteção das doenças não transmissíveis. O sistema via telefone existe desde o começo dos anos 80 nos Estados Unidos. No Brasil havia a dúvida se ele era factível, apesar dele ser muito ágil e mais barato do que as pesquisa de base domiciliar. Como a cobertura de telefonia não era tão alta, sempre havia dúvida da factibilidade desse serviço, mas com a parceria com o Núcleo de Estudos e Pesquisa em Nutrição em Saúde – USP foi possível o o primeiro teste no município de São Paulo. O resultado foi muito bom, em 2005 a parceria foi ampliada para Botucatu, Belém, Florianópolis, Goiânia e Salvador, o que contemplou uma cidade de cada região, o

resultado foi viável e demonstrou que para grandes centros urbanos pode-se usar o inquérito de base telefônico. Isso está de acordo com a literatura, numa sub-amostra em São Paulo foi feita a pesquisa domiciliar extremamente coerente, com a vantagem de um custo menor e agilidade no processo. A operacionalização é uma parceria da SVS com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa por meio do Disque-Saúde. Para a primeira rodada está previsto um valor na ordem de 1 milhão 280 mil que significa 1/3 (um terço) do custo para fazer uma pesquisa de base domiciliar além da redução do tempo. O projeto teve início no dia 02 de agosto e será concluída, a primeira rodada com 54 mil chamadas telefônicas, até o final do mês de outubro, ou seja, em novembro já teremos informações. O **VIGTEL** usa um questionário padronizado dirigido às pessoas com 18 anos ou mais e colhe informações das características demográficas, socioeconômicas e comportamentais, o que permite avaliar se esses fatores de risco e de proteção estão diferentes, por região geográfica, gênero, situação socioeconômica, ressaltou a questão da inatividade física que está crescendo mais ou menos em determinados grupos populacionais. O resultado da pesquisa vai possibilitar ajustar o foco da política de saúde. Ainda com relação ao **VIGTEL** no Brasil o percentual de recusa é muito baixo se comparado aos americanos, aparentemente os brasileiros estão gostando de responder essa informação. A segunda etapa começa em setembro, e em novembro será feita uma oficina de avaliação de resultados que serão divulgados. O plenário elogiou a SVS pelo trabalho que subsidia a política de atenção às doenças crônicas não transmissíveis e abordou várias questões sobre as possibilidades e limites do uso de telefone. **Dr. Jarbas** agradeceu os elogios e falou do Congresso da ABRASCO realizado no Rio de Janeiro no período de 21 a 25 de agosto de 2006 onde, o Canadá, que tem uma tradição muito forte nessa área, elogiou o esforço do Brasil (Ministério, Estados e Municípios) para implantar efetivamente uma vigilância de fatores de risco e proteção, bem com as ações de promoção da saúde que estão sendo desenvolvidas no Brasil como as políticas de: controle do Tabagismo e a rotulagem de alimentos. Incluindo ainda as várias experiências de estímulo à atividade física desenvolvidas pelos municípios. Falou dos mecanismos de correção sobre a parcela da população em situação de risco e que não possui linha telefônica convencional. Fizeram uso da palavra para ressaltar a importância do projeto VIGTEL e o desenvolvimento de tecnologia para vigilância e gestão em saúde: Dr. Moisés Goldbaum, Dr. Jurandir Frutuoso, Dr. Helvécio Magalhães. **Dr. Jarbas Barbosa**, agradeceu os elogios sobre o projeto do VIGTEL, o qual dividiu os créditos com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, afirmando acreditar na descentralização desse sistema, num futuro próximo para que o Brasil tenha o Banco Nacional de Dados e o monitoramento conforme as

necessidades de conhecimentos epidemiológicos dos municípios e estados. **A Política Nacional de Atenção a Pessoa Idosa** foi apresentada por Dr. José Luiz Teles, coordenador da área programática de Atenção a Saúde a Pessoa Idosa que falou do processo de envelhecimento da população. A projeção é que em 2020, no Brasil, 15% da população esteja acima de 60 anos. O envelhecimento traz conseqüências para todas as dimensões da vida na sociedade como: saúde, transporte, habitação, infra-estrutura urbana, setores que têm o desafio de se adaptar as condições próprias do envelhecimento. Foram apresentados dados demográficos, epidemiológicos e os principais agravos em saúde do idoso. Enfatizada a necessidade de uma abordagem interdisciplinar e o propósito da Política Nacional de Saúde para a Pessoa Idosa no sentido de trabalhar em dois grandes eixos, tendo como paradigma **a capacidade funcional** dessa população. Destacou que a Portaria 1395 de 1999, que institui a Política Nacional do Idoso, foi importante, pois antecipou determinadas ações que estão colocadas no estatuto do idoso. A política apresentada é uma atualização da Portaria 1395 buscando deixar mais claro, para os Gestores, as diretrizes para organização das ações de saúde e conforme o Pacto pela Vida lançou a Caderneta da pessoa idosa. O CONASS e CONASEMS fizeram várias considerações sobre a conformidade da proposta com o pactuado no Pacto pela Vida e propuseram o encaminhamento para a Câmara Técnica da CIT. Considerando o volume de informes em pauta, o coordenador da CIT encaminhou a **Política Nacional de Atenção ao Adolescente** à Câmara Técnica para apreciação e pauta na próxima reunião para pactuação. **Informes:** 1. **Dr. Manoel Roberto**, diretor do DAF/SCTIE informou que a RENAME 2006 será publicada por meio de Portaria do Ministério da Saúde e deverá ser editada em impressão e distribuída às Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais no prazo máximo de dois meses e que a partir da assinatura da portaria essa Relação Nacional de Medicamentos estará disponibilizada na página do DAF/SCTIE. Citou a composição da COMARE, sua atribuição de atualização da Relação Nacional de Medicamentos. Ressaltou as contribuições do CONASS, CONASEMS e Secretaria de Atenção a Saúde-SAS/MS que trouxeram para as discussões, sobre a confecção dessa relação, a realidade dos estados e municípios na gestão do SUS. Disse que vão disponibilizar para a Comunidade os pareceres de inclusão e exclusão de medicamentos na lista, assim a RENAME será além de um instrumento de gestão, um instrumento de formação nas discussões das terapêuticas. A nova relação fez uma revisão das formas e diversas apresentações farmacêuticas. Estabelece também a adequação das doses aos protocolos clínicos e ao mercado, padronizando os termos farmacotécnicos através de uma tabela que segue como anexo contendo as fórmulas farmacêuticas antigas e as adotadas na nova relação. Na nova

classificação farmacológica, os medicamentos são alocados de forma a atender a demanda clínica e da gestão. As ATC (classificação por ação terapêutica), DDD (dose diária definida) e as DCB (a Denominação Cumum Brasileira) foram inteiramente revistas e os fármacos estão alocados privilegiando os sais constantes na DCB e sua apresentação comercial. Após considerações do CONASS e CONASEMS a questão foi encaminhada para a CT/CIT e deverá retornar ao plenário na próxima reunião. Sobre o **Decreto Presidencial que trata da Promoção da Cidadania da População das ex-colônias de hanseníase, Dra. Natividade**, chefe de Gabinete da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SEGEP informou que alguns conselheiros que compõem a comissão de eliminação de Hanseníase do Conselho Nacional de Saúde, procuraram a SGEP solicitando o apoio para participar de algumas reuniões no intuito de apoiar os encaminhamentos decorrentes do Decreto de 24 de abril de 2005 e convidaram a secretaria para participar da reunião ampliada da Comissão do CNS, na qual a SGEP ficou encarregada de pautar o informe na Comissão Intergestores Tripartite. O Decreto de 24 de abril de 2006 institui o Grupo de Trabalho Interministerial com o objetivo de proceder um levantamento da situação dos residentes nas ex-colônias de isolamento de hanseníase, propor e articular a execução de ações interministeriais para a promoção dos direitos de cidadania dessa população. Participam desse trabalho: nove ministérios, Casa Civil e a Secretaria Especial dos Direitos Humanos como coordenadora. Ficou acordado que Dra. Rosa França Ribeiro Soares e Dr. Arthur Custodio farão uma apresentação à CIT sobre o resultado da situação encontrado e concluiu solicitando aos gestores do SUS apoio para que o trabalho tenha bom êxito na identificação da situação e nas proposições para garantia de cidadania a essa população que em muitos casos está excluída. **Dr. José Carlos de Moraes**, diretor do Departamento de Atenção Especializada – DAE/SAS, informou que várias Unidades Oncológicas passaram por auditorias, que os auditores foram orientados pelo INCA sobre os critérios de avaliação, então nós queremos marcar uma Câmara Técnica de Gestão para discutir o resultado das auditorias antes que eles cheguem aos gestores. Essa Avaliação e Auditoria foram feitas nas Redes de Oncologias; alguns CACON têm distorções preocupantes; em alguns não deveria ser permitido atendimento público. As auditorias foram feitas pelos Auditores do DENASUS acompanhados por técnicos do INCA que treinaram os auditores nos parâmetros e critérios das auditorias. Os resultados exigem uma análise mais aprofundada dos gestores. Diante do exposto, ficou acordada uma reunião da CT/CIT para analisar a questão e propor encaminhamentos. Outras questões levantadas: O CONASEMS solicitou ao Ministério da Saúde a publicação de duas portarias: uma sobre o PAB da competência agosto, e a outra é a Portaria da SAS sobre as cirurgias eletivas que

foi pactuada retroagindo ao mês de março, base legal para os gestores. Solicitou também a instalação da Comissão Corregedora Tripartite. O CONASS solicitou a inclusão da discussão da residência médica no GT-Educação Permanente da CT/CIT e a imunoglobulina no GT-Farmácia; informou a realização do 2º Seminário Internacional de Atenção Primária em Fortaleza que terá como palestrante da abertura o homem que por três vezes presidiu a OPAS e a Conferência Internacional de Cuidados Primários de Alma Ata em 1979 na Rússia. Após os informes dos parceiros, **Dr. Jarbas**, encerrou a reunião informando que a próxima foi transferida para o dia 05 de outubro de 2006, em local a confirmar.