



Resumo Executivo

Reunião realizada em 09 de novembro de 2006 no Auditório da OPAS. Setor de Embaixadas Norte, Quadra 07 lote 19.

I. Pauta:

1. Homologações.

Termo de Compromisso de Gestão do Estado do Amapá. DAD/SE;

Termo de Compromisso de Gestão de Amparo – SP;

Portaria do FINLACEN - SVS.

2. Pactuações.

a) Sistema de Planejamento do SUS. SPO/SE;

b) Pró-Saúde. SGTES;

c) Telessaúde.SGTES;

d) Diretrizes do PCCS-SUS. DEGERT/SGTES;

e) PDVISA. ANVISA-SVS;

f) Índice de valorização de resultados das ações de Vigilância e Controle da Tuberculose-SVS;

3. Apresentações:

a) Tabela Unificada dos procedimentos, medicamentos e insumos terapêuticos do SUS. DRAC/SAS;

b) Capacidade de resposta para emergência epidemiológica nos Estados. SVS;

c) Normas e responsabilidade para a programação das ações e metas pactuadas de Visa no âmbito do SUS. ANVISA.

4. Informes:

a) Resultado do trabalho no GT/CT sobre as questões referentes ao PSF. DAB/SAS;

b) O PROGESUS.SGTES;

c) Lei 11.343/06 que institui o Sistema Nacional de Política sobre drogas. DAPE/SAS;

d) 4ª CIB Norte. DAD/SE;

- e) Deliberação nº 088/2006 da CIB-PR, sobre colegiado de gestão regional. DAD/SE;
- f) Assinatura do acordo de empréstimo HD-TAL. DAD/DIPE;
- g) Política Nacional de Atenção Integral de Genética Clínica. DAE/SAS.

II. Desenvolvimento:

Dr. Jarbas Barbosa, após cumprimentar os presentes, explicou que a ausência do Ministro da Saúde nessa reunião da CIT foi para participar da reunião do Conselho Deliberativo da Organização Mundial de Saúde no qual o Brasil é um dos 34 países que compõe o Conselho. Disse que a reunião do Comitê Executivo foi convocada para eleger o novo Diretor Geral tendo em vista o falecimento de Dr. Lee em maio. Ontem, 08/11/2006, foi eleita a candidata da China, a Dra. Margareth Chan, funcionária de carreira da OMS que coordenava a área de respostas a emergências e particularmente, se dedicava a preparação para controle da Pandemia de Influenza, e foi eleita com 24 votos contra 10 do candidato do México o Ministro Julio Frenk. Continuando informou que o Ministério da Saúde - MS terminou, em processo de elaboração interna, os três instrumentos que concluem o processo do pacto pela saúde: uma proposta de portaria regulamentando os blocos de financiamento. A proposta que contempla todos os cinco blocos do financiamento, o que possibilita iniciar 2007 com o novo modelo de financiamento em vigor. A unificação dos diversos pactos, que o Ministério da Saúde – MS fazia com estados e Municípios, é outra dimensão importante no processo do Pacto de Gestão. Destacou o esforço da Secretaria de atenção à saúde - SAS e da Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS no trabalho conjunto com o DAD para separação dos instrumentos de programação das várias atividades, que vão continuar ocorrendo, dos instrumentos de acompanhamento e avaliação. A proposta é consolidar os quatro pactos, atualmente existentes, com um conjunto relativamente pequeno de indicadores, mas que miram nas ações que estão descritas no Pacto pela Saúde. O terceiro é o componente federal do monitoramento do Pacto. Comentou que esse processo de monitoramento deverá ser permanentemente aprimorado, pois atualmente há um certo desequilíbrio entre algumas áreas do Pacto pela Vida e de Gestão. Algumas ações estão muito detalhadas, outras são incomensuráveis e seu monitoramento são mais intenções genéricas abstratas, corretas, importantes, mas absolutamente não mensuráveis. Disse que foi feito um esforço para colocar marcadores que pudessem atender todas as áreas, ou pelo menos, em quase

todas as áreas, definindo e divulgando quais os indicadores e metas vão ser utilizadas no componente federal para acompanhamento do Pacto. Esses três instrumentos vão estar disponíveis, a partir do dia 14 de novembro, à Câmara Técnica da CIT com a perspectiva de pactuação na última reunião da Tripartite do ano de 2006. Iniciando a pauta proposta para a reunião foram homologados os Termos de Compromisso de Gestão do Estado do Amapá, e do município de Amparo – SP. Os representantes do CONASEMS parabenizaram, a Secretária do município de Amparo, Dra. Aparecida Pimenta, gestora do primeiro município a firmar o compromisso com o Pacto. Parabenizaram também o estado do Amapá. Com relação a Portaria do FINLACEN, proposta pela SVS, o CONASEMS, levantou questões sobre os exames de patologia clínica que eram feitos nos LACEN e que a partir da criação do FINLACEN, eles continuam no LACEN com o financiamento do Sistema de Informação Ambulatorial – SIA, ou o Estado vai ter que contratar um outro prestador para esse serviço, ou será repassado ao município que possa assumir com respectivo financiamento. Com a explicitação que o recurso do SIA, que custeava patologia clínica, vai passar pelo teto financeiro da Vigilância em Saúde, a patologia clínica ficará sem financiamento. Citaram casos de municípios que ficarão sem receber esses exames, porque a partir do momento da edição dessa Portaria, o LACEN deixou de fazer os exames, e eram exames feitos para municípios pequenos que não têm condição, no seu território, para realizar os exames de patologia clínica. Por isso solicitaram que a Portaria seja rediscutida com CONASS, CONASEMS, SVS e SAS, ficando a SVS com a autorização do ‘ad referendum’ a CIT para publicar a portaria ainda em novembro, com efeito, para a competência outubro de 2006. Dr. Jarbas Barbosa considerou que houve um processo longo de discussão na elaboração da Portaria do FINLACEN no sentido de resgatar o propósito de existir dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública, que não é fazer exames de patologia clínica, pois esses podem ser feitos de maneiras mais rápidas, baratas e racionais em outros equipamentos que não os do Laboratório Central de Saúde Pública. Citou que, provavelmente, a glicemia, sumário de urina e etc, feitos no LACEN devem ser os sumários de urinas e glicemias mais caros do mundo. Considerou ainda que a forma como os LACEN vinham sendo financiados, era perversa, exigindo produção de procedimentos de patologia clínicas e inibindo o próprio desenvolvimento de equipamentos municipais e outros que pudessem estar sendo feitos. O que foi feito, além do recurso novo

que foi alocado, cerca de nove milhões, no ano passado que fechou o ano em vinte e oito milhões e todos os LACEN's, mesmo os que aparentavam ter um faturamento muito acima do que seria razoável, tiveram um aporte significativo de recursos. Mudaram a lógica dos repasses dos recursos, ao invés de irem com produção, foram repassados de forma global, e atualmente são repassados mais recursos do que antes. Levantou algumas hipóteses para a questão que o aumento de recursos restringiu a produção e considerou ser um paradoxo, onde se coloca mais recurso, teoricamente facilita o financiamento porque os LACEN estão livres das necessidades de competir com a rede privada ou municipal na busca de recursos financeiros. Assim, os LACEN podem se dedicar de forma mais tranqüila à área de saúde pública, mas se há barreiras, concordou em montar o grupo, proposto pelo CONASEMS, o mais rápido possível, para estudar em conjunto uma saída para essa questão. A proposta foi para o grupo sob a coordenação da SVS. O CONASEMS solicitou, também, uma avaliação do processo do pacto pela saúde na reunião de dezembro. O coordenador da CIT acatou a proposta de imediato. Outra solicitação do CONASEMS foi que os pareceres do MS sobre os Termos de Compromisso de Gestão sejam rotineiramente passados pela Câmara Técnica da CIT. No item pactuações, a proposta da CT/CIT para o Sistema de Planejamento do SUS foi pactuada. O CONASEMS ressaltou a importância dessa portaria, pois o Planejamento sempre fez parte do SUS, está na Constituição, e precisa avançar. Esse é um começo de um processo que está sinalizado com esse primeiro passo de pactuação entre SPO/MS, CONASS e CONASEMS. **Dr. Jarbas Barbosa**, fez considerações sobre a importância do PlanejaSUS que vai mudar a concepção do MS sobre alguns instrumentos que, em grande parte do país, viraram instrumentos puramente burocráticos. É a possibilidade de renovação de alguns conceitos e de elaboração de instrumentos que realmente possibilitem aos gestores um processo mais consistente nas tomadas de decisão sobre prioridades, alocação de recursos, e dê mais transparência para os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde. O item b. Pró-Saúde foi pactuado com alterações propostas pelo CONASMES no art. 3, parágrafo único substituindo a palavra “poderão” por “deverão” e acrescentando os profissionais mais envolvidos no programa. O CONASS elogiou a Nota Técnica na qual o Ministério assume o compromisso de desenvolver estudos para garantir a destinação de recursos em caráter permanente aos serviços que recebem estudantes de instituições públicas, e foi solicitado o registro no resumo executivo

para garantir a retomada dessa questão em 2007. Também foi pactuado o item c, Telessaúde, com a inclusão de um glossário para melhor compreensão dos termos usados no projeto. 2. d) Diretrizes do PCCS – SUS após algumas considerações sobre o processo de elaboração das diretrizes, Dr. Francisco Campos, secretário da SGTES/MS, passou a palavra para Dra. Maria Helena Machado, diretora do DEGERT/SGTES/MS, que agradeceu as contribuições do CONASS e CONASEMS nas pessoas de Neuza Moisés, que representou o CONASS, e Elizabete Mateus do CONASEMS. Citou que elaboraram um documento histórico na área do SUS e que o processo passou por consulta pública, discussões em vários Seminários Regionais, Nacionais e foi aprovado pela mesa nacional de negociação. Pactuado na CIT passará por assinatura de protocolo na Mesa Nacional Permanente do SUS. Após a assinatura do protocolo, as diretrizes serão entregues ao Conselho Nacional de Saúde e transformadas em instrumento normativo do SUS. Foram feitas as três alterações, propostas pelo CONASS: no Art. 11 parágrafo único: o disposto do caput desse artigo deverá observar as deliberações expedidas por conferências nacionais de saúde e de gestão do trabalho e da educação na saúde; no Art. 15 parágrafo único: a remuneração do cedido deverá ser do órgão de origem ou conforme o processo pactuado; Art. 38. Os planos de carreira e desenvolvimento de pessoal deverão ter o financiamento pactuado pelas três esferas de governo, conforme diretrizes nacionais. **Dr. Julio Muller**, assessor do CONASS, ressaltou a importância do processo de pactuação que resgata propostas de uma luta de 20 anos. É um documento político e, do ponto de vista prático, vai ajudar na reformulação dos planos de cargos, carreiras e salários no SUS. Citou que 60% das Secretarias Estaduais de Saúde possuem Planos de Carreiras exclusivos do SUS e nos últimos dois anos 13 estados brasileiros fizeram novos planos de cargos e carreiras de salários, assim a orientação das diretrizes vai ajudar a criar linhas mestras para esse processo no âmbito de todo o SUS. A proposta foi pactuada. A proposta do Plano Diretor para Vigilância Sanitária – PDVISA foi retirado da pauta por solicitação de **Dr. Jarbas Barbosa** e deverá voltar a CIT na pauta de dezembro de 2006. O item f **Índice de valorização de resultados das ações de Vigilância e Controle da Tuberculose**. Após considerações do CONASEMS com a concordância do CONASS e Secretaria de Vigilância em Saúde no sentido de dar uma oportunidade para as Comissões Intergestores Bipartite - CIB decidirem a utilização do recurso previsto, foi acrescentado no Art. 2º da minuta de portaria um

parágrafo único dizendo que a utilização desses recursos (objeto da portaria) vai ser discutido e pactuado nas CIB. Na parte referente às apresentações, **Dra. Rosane de Mendonça Gomes**, coordenadora dos sistemas de informações do DRAC/SAS, apresentou a proposta para uma Tabela Unificada dos procedimentos, medicamentos e insumos terapêuticos do SUS, informou que o trabalho iniciou-se com a instituição do grupo de trabalho portaria GM/MS nº 1.160 de 07/07/2005 Consulta pública SAS nº 05 de 04 de outubro de 2005. Objetivos: integrar as bases de informações dos Sistemas SIA e SIH/SUS, tendo em vista a construção de um Sistema unificado de Informações de Atenção à Saúde; Transformar a Tabela de Procedimentos primordialmente em um instrumento de gestão para as ações de planejamento, programação, regulação e avaliação em saúde. Após a consulta pública foi trabalhada a revisão ouvindo todas as áreas técnicas do Ministério, um instrumento de gerenciamento foi desenvolvido e o Datasus assumiu toda implementação. Relatou também que, depois de consolidadas as propostas da consulta pública, foram realizadas duas oficinas, no período de março e abril de 2006, nas quais participaram as Secretarias Estaduais e Municipais e representantes das Agências, Denasus e dos prestadores de serviço Privados e Filantrópicos. Concluiu com uma proposta de cronograma para o ano de 2007 e agradecendo o grande empenho da equipe da CGIS/DRAC/SAS pelo empenho dedicado a essa tarefa. Após considerações do CONASS e CONASEMS ficou acordado que a proposta voltará para pactuação na reunião da CIT em dezembro de 2006. Sobre a **Capacidade de resposta para emergências epidemiológicas** nos Estados, **Dr. Wanderson**, da SVS, expôs a proposta para implementação do funcionamento do Centro de informações Estratégicas de Vigilância em Saúde, sua organização e fluxos de trabalho. A proposta para estruturar uma Rede Nacional de Unidades de Respostas Rápidas aos Surtos e Emergências em Saúde Pública capaz de desenvolver mecanismos mais robustos para sustentar empreendimentos prolongados complexos e de grande escala no campo, estruturar planos logísticos e operacionais para enfrentamento das emergências em saúde e manter ponto focal para comunicação com Organismos Internacionais conforme consta no regulamento sanitário internacional que passa a vigorar em junho do próximo ano. AS metas para o Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde: divulgar e manter meio de comunicação permanente para recebimento e resposta às emergências; desenvolver protocolos de respostas rápidas; mecanismos para

consolidação dos indicadores dos problemas prioritários; fornecer apoio logístico às equipes de campo das SES e SMS; divulgar as informações aos gestores e população pelo site da SVS na internet. O foco do trabalho, as emergências de relevância nacional, definidas em saúde pública de relevância nacional, como o risco de propagação ou disseminação para mais de uma unidade federada, destacando os agravos de notificação imediata que se encontram no Anexo II da portaria de notificação compulsória, além de outros eventos de saúde pública e após a avaliação de risco. Falou da capacidade instalada do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde, que, atualmente, está situado na sede do Ministério da Saúde. E que estão ampliando a capacidade de comunicação com as equipes de campo da SVS/MS, com estados e municípios por meio da aquisição de equipamentos como telefones, computadores, telefonia via-satélite, vídeo conferência, telefonia e internet móvel. Concluiu destacando as relações com as Secretarias Estaduais de Saúde e Coordenadores de Vigilância Epidemiológica nos Estados para Estruturação dessa Rede. Normas e responsabilidade para a programação das ações e metas pactuadas de Visa no âmbito do SUS. **Dr. Luiz Armando**, diretor da ANVISA, apresentou a proposta para mudanças no processo de pactuação da Vigilância Sanitária. Como motivo relacionou: a Conferência Nacional de Visa de 2001, os Pactos pela Saúde, o Plano Diretor de Visa (PDVISA), a revisão da Portaria 2473/03. Destacou que o índice da minuta apresentada segue a mesma lógica da Portaria anterior com: I – Competências, considera a demanda criada pelo Pacto pela Saúde de 2006 para elaboração de planos de ações da vigilância Sanitária inseridos no plano de Saúde; II – Do Planejamento e da Programação das ações, com ações para estruturação e fortalecimento da gestão e ações estratégicas para a gestão do risco sanitário, III - Do Acompanhamento e Avaliação contemplando os relatórios de execução das ações programadas no plano de ação e metas estabelecidas na PPI-VS, acompanhamento dos Indicadores do Termo de Compromisso de Gestão (TCG), sendo os relatórios semestrais e anuais; IV – Do Financiamento, cria o Teto Financeiro de Vigilância Sanitária – TFBVISA, composto pelo PAB-VISA e o MAC-VISA das ações de Média e Alta complexidade incorporado ao teto financeiro da Vigilância em Saúde no bloco de financiamento de Vigilância em Saúde, V – Da Aplicação dos Recursos, VI – Da Suspensão da Transferência de Recursos, VII – Disposições Finais e transitórias. Agradeceu a colaboração de todos os técnicos

que trabalharam na elaboração da proposta em especial os representantes do CONASS e CONASEMS. Colocou-se a disposição para esclarecimentos e recepção de sugestão. Convidou todos os presentes para o III SIMBRAVISA – Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária que será realizado em Florianópolis no dia 26 de novembro. O assunto foi encaminhado para o GTVS para análise técnica e voltará ao plenário da CIT para pactuação. No item Informe. **Dr. Antonio Dercy**, representante da diretoria do Departamento de Atenção Básica, que em relação ao problema de duplicidade de CPF nas equipes de Saúde da Família, atualmente existe 600 duplicidades de CPF num universo de 27 mil equipes do país, isso representa 2,2% das equipes. Que o GT de Atenção Básica analisou que esse problema tem um percentual maior em alguns estados. A SAS enviou novos ofícios para todos os Estados e Municípios que estavam com a situação irregular, dando o prazo de 10/11/2006 para alguma correção, pois é a data de fechamento do SIAB para pagamento. No GT/CT/CIT ficaram acordados o cumprimento dos prazos e as penalidades previstas na Política Nacional de Atenção Básica. O segundo aspecto é com relação aos processos de auditoria da Controladoria Geral da União, do TCU, da CGU ou da AGU, e DENASUS que estabeleceram o dia 20 de novembro de 2006 como último prazo para regularização dos problemas notificados. O CONASEMS fez algumas considerações sobre os processo de auditorias. Esclarecidas as considerações o coordenador passou para o ponto seguinte. **O PROGESUS**. A SGTES distribuiu com os participantes uma Nota Técnica onde explica o encaminhamento e todos os procedimentos que estão acontecendo com o Programa de Qualificação da Estruturação do Trabalho e da Educação na Saúde, que é o PROGESUS, que já foi analisado, pactuado e aprovado pela CIT. Trata-se da qualificação das estruturas de Recursos Humanos nos Estados e Municípios. O projeto possui quatro componentes que são: estruturação, qualificação, informação gerencial local e Sistema Nacional de Informação. Tem um componente de financiamento do gestor federal para estados e municípios. No início de dezembro será qualificada a primeira etapa de estados e municípios em Guarapari – ES, durante uma semana com todos os gestores estaduais e municipais. **Dra. Maria Helena Machado**, disse que o PROGESUS é muito mais que compra de equipamentos, é qualificação a partir de cursos, de atualização, de especialização até o mestrado profissional, incluindo pesquisas, publicações e trabalhos que envolvem a área da gestão do trabalho na saúde, é uma proposta permanente de

qualificação da área da Gestão do Trabalho e Educação. Informou que a pedido do representante do CONASEMS, no Comitê Nacional de Desprecarização, na próxima reunião da CIT, vão fazer um informe sobre as Diretrizes Nacionais de Elaboração de Editais para o processo seletivo público para agentes comunitários de saúde e agente com base em endemias. Trata-se de um documento bem elaborado e aprovado pelo Comitê Nacional de Desprecarização. Após considerações dos participantes, a questão foi encaminhada para a CT/CIT e voltará para pactuação na próxima reunião do plenário. **Dr. Jarbas Barbosa**, concedeu um espaço, na reunião, a **Artur Custódio**, Coordenador Nacional do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase – MORHAN, para lançar uma publicação a respeito da questão da reabilitação, que inclui procedimentos de média e alta complexidade e é um desafio para os três gestores do SUS. Informou que em outubro fizeram uma reunião do Movimento com membros de Estados, do próprio Ministério da Saúde. Solicitou que a CIT colocasse esse ponto para análise na Câmara Técnica na perspectiva de pactuações, entre gestores, das ações a serem executadas. Falou que portadores de Hanseníase precisam da atenção de média e alta complexidade. Citou que recentemente uma pessoa de 23 anos, com indicação de amputação do pé, por quatro profissionais especialistas, foi salva por um cirurgião plástico e que no SUS são três mil pessoas, ano, chegando com deficiência por Hanseníase e que precisam de atenção além da cura da doença. Falou do decreto lançado pelo Presidente da República, abril desse ano, criando uma comissão interministerial, decreto junto com a Casa Civil, coordenado pela Secretaria de Direitos Humanos com a participação de 10 ministérios para tratar das questões relacionadas às antigas colônias. A ONU lançou uma Resolução de Direitos Humanos colocando a Hanseníase sobre a proteção de Direitos Humanos. O Governo Brasileiro colocou a Hanseníase nas metas do milênio, então o Brasil é o único país do mundo que a Hanseníase faz parte das metas do milênio para a sua eliminação. Outro órgão colaborador é o Ministério Público nos Direitos de Cidadão. **Dr. Jurandi Frutuoso**, presidente do CONASS e secretário de estado da saúde do Ceará, parabenizou o MORHAN, especialmente o **Artur Custódio**, pelo envolvimento e o empenho que ele tem tido em levar essa política da Hanseníase no Brasil, e convidou-o para no dia 20 de novembro, quando **Dr. Jarbas Barbosa** vai a Fortaleza, participar da entrega da última Colônia reformada, a Antonio Diogo, que passará para a

denominação de Centro de Convivência. Nesse Centro moram cerca de 100 pessoas que vão receber também uma biblioteca doada pela empresa White Martins. **Dr. Jarbas Barbosa**, também parabenizou o MORHAN pelo lançamento dos cadernos e pela importância da incorporação da dimensão dos Direitos Humanos na questão, tendo em vista o alto caráter estigmatizante que tem a doença, as populações que foram segregadas etc. O informe seguinte tratou da Lei 11.343 que institui Sistema Nacional de Políticas de Saúde sobre Drogas. Dr. Pedro Gabriel, Coordenador da Área de Saúde Mental do Ministério da Saúde informou que a Lei 11.343 foi sancionada no dia 24 de agosto de 2006 e entrou em vigor na primeira quinzena de outubro. É originária do Senado, não é do executivo, substituiu as Leis: 6368 de 1976 e Lei 10.409 de 2002. Na tramitação pela Câmara dos Deputados, foram compostas algumas comissões mistas com o governo, que foi conduzido pela Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD, ou seja, a parte do governo foi mais específica da Justiça e não da saúde. A posição do Governo de uma forma geral e do Ministério da Saúde é de considerar que essa Lei significa o avanço possível na legislação de Drogas no atual contexto, mas ela recebe críticas das diversas correntes de opiniões. Para a área técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde, SENAD e a Secretaria Especial de Direitos Humanos essa lei constitui um avanço, porque ela aperfeiçoa a Lei 6368 de 1976, distingue usuário de traficante, mantém a idéia que o usuário de Drogas deve ser tratado pela área da Saúde Pública e questão da Integração Social, então nesse sentido ela significa uma progressiva despenalização do uso. Com a preocupação do CONASEMS com relação ao aumento da demanda por tratamento especializado, é uma questão crucial, mas as Leis anteriores (Lei 6368 e 10.409) tinham em seus dispositivos a determinação do Juiz de encaminhar as pessoas usuárias para tratamento, portanto, não é uma questão nova. A Lei 11.343 não aprova tratamento compulsório, o que se chama de Justiça Terapêutica e direciona a questão do uso de droga aos campos das Políticas Sociais e da Saúde Pública, exceto o tráfico que deve ser tratado com repressão judicial. Informou que estão organizando, juntamente com a Secretaria Especial de Direitos Humanos e o Ministério da Justiça, uma Oficina com os Operadores do Direito e com a Associação de Magistrados e do Ministério Público para uma análise interpretativa dos dispositivos da Lei. Recomendou a leitura da Nota Técnica elaborada pela área de Saúde mental. Concluiu dizendo que não se trata de uma Lei do campo sanitário, mas ela

tem um mérito de direcionar para o campo da Saúde Pública esse grave problema das Drogas. Comentou sobre as críticas feitas pela imprensa de que o SUS não está preparado para atender a questão das Drogas. Citou que apesar dos problemas na organização da Rede para articular os serviços de Atenção Básica, CAPS, ambulatórios, internação em hospital geral, etc. há um aumento da capacidade do SUS para atenção às pessoas com problemas de uso de drogas, e não há a expectativa de um aumento abrupto da demanda em função da aplicação dessa Lei. Representando o CONASEMS, Dr. Luciano Saltiel e Dr. Edmundo Gomes, fizeram considerações à estrutura e especialmente ao impacto financeiro para atender as demandas da Lei. Ficou acordado que a questão será discutida na CT/CIT para melhor análise e formulação de propostas ao plenário e que a área técnica de saúde mental do Ministério da Saúde providenciará convites para o CONASS e CONASEMS participarem da oficina com os agentes da justiça. Dr. André Bonifácio, diretor do DAD/SE/MS falou que nos dias 27 a 29 desse mês será realizado em Manaus-AM o 4º Encontro das Comissões Bipartite da Amazônia Legal e o 1º Encontro Internacional Pró-Redes PanAmazônica de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde. A pauta foi construída em articulação do Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS. Nesse evento vai ser apresentado um conjunto de objetivos para propiciar a análise do processo de implantação do Pacto na região da Amazônia Legal e a constituição da Rede PanAmazônica de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde que integrará os países membros da Amazônia. Sobre a assinatura do acordo de empréstimo HD-TAL, informou que se trata de um empréstimo do Banco Mundial para Assistência Técnica para reforma do setor Programado de Desenvolvimento Humano, o PCRL, que foi assinado em janeiro de 2003. Esse acordo tem como objetivo qualificar o sistema de avaliação e desempenho de pesquisa sobre o impacto de políticas implantadas. É um aporte de recurso na ordem de dois milhões de dólares para implementar a Política de Avaliação de Desempenho em três componentes: o fortalecimento da capacidade de acompanhamento e avaliação nos âmbitos estadual e municipal, o apoio às pesquisas avaliadoras das reformas sistêmicas e prestação de serviços e programas de saúde pública. Sobre os colegiados de gestão regionais, informou o recebimento das resoluções das CIB Paraná e Mato Grosso aprovando os Colegiados de Gestão Regionais conforme normas do Pacto pela Saúde. Divulgou que no dia 24 desse mês o DAD/SE estará lançando o Caderno de Regionalização,

e convidou o CONASS e CONASEMS para o evento, que terá uma mesa tripartite discutindo a Regionalização como eixo estruturante do Pacto. O caderno tem aporte conceitual e teórico para o apoio nos debates sobre a constituição das comissões dos colegiados de gestão regionais. Dr. José Carlos de Moraes, diretor do DAE/SAS/MS, fez três informes: Um referente à suspensão, pactuado na CIT, dos recursos transferidos aos municípios do Estado do Maranhão para as equipes de Saúde da Família que seria executada no mês de outubro. A SAS atendendo uma solicitação da SES/MA prorrogou o prazo para o dia 30 de novembro condicionando a reunião, para fazer uma avaliação do que foi implementada, na primeira semana de dezembro. Outro informando que vai encaminhar ao CONASS e CONASEMS uma Nota Técnica sobre a aquisição do fator 8 para o tratamento da hemofilia. Falou que a partir de 2002, depois da operação vampiro, o Ministério da Saúde vive uma constante dificuldade de aquisição dos insumos. Falou da estratégia montada pelo MS para aquisição do fator e o problema já está resolvido. O CONNAS levantou questões sobre o fornecimento de Kits de CD04 e CD08 sobre carga viral, pois necessitam de informações para orientar os estados sobre a previsão de fornecimento. **Dr. Fabiano Pimenta**, secretário da SVS/MS, disse que a CGRL está numa discussão com as empresas e só então terão um informe concreto sobre o prazo de entrega. Continuando, **Dr. José Carlos de Moraes**, se comprometeu a encaminhar uma Nota relatando todos os processos sobre aquisição do fator 8, inclusive o encaminhamento das aquisições e do processamento com o edital a ser publicado. Sobre a **Política Nacional de Atenção Integral de Genética Clínica**, o terceiro informe da SAS, trata-se de uma solicitação de uma reunião, na CT/CIT, para discutir essa questão. **Outras questões que foram incluídas na pauta: 1. Residência Médica; 2. Questões sobre imunoglobulina.** **Dr. Francisco Campos**, Secretário da SGTES/MS, fez algumas considerações sobre a questão das Residências Médicas e da greve dos residentes. Disse que a gestão do SUS não tem governabilidade sobre o Sistema de Residência, apesar de 95% dessas residências serem financiadas com dinheiro público. As residências fazem parte de um sistema auto-gerenciado, são grupos acadêmicos importantes que se habilitam para fazer residência, etc. Existe uma Comissão Nacional de Residência Médica que está no âmbito do MEC e a participação dos gestores de saúde é ínfima, em que pese os esforços do Ministério, CONASS e CONASEMS para mudar essa situação. Não existe um

macro político que defina as residências necessárias aos serviços de saúde do Brasil. A questão da residência multi-profissional, aprovada na Lei do Jovem, não resolveu forma de titulação. Atualmente, as turmas que concluirão as residências não serão tituladas porque a Comissão Nacional de Residência Médica, estabelecida por Lei, pode titular os médicos, os não médicos não. A questão mais emergencial é a defasagem no valor das bolsas, que é menor que R\$1.500,00, pois as do Sistema de Ciência e Tecnologia do Brasil foram reajustadas em torno de 30%. Os médicos residentes se mobilizaram por esse aumento, no site dele refere-se aos políticos que hipotecam sua solidariedade ao movimento dos residentes. O Ministério da Saúde e MEC discutiram uma proposta para criação de Câmara Setorial de Regulação de Formação de Recursos Humanos, foro para formulação de uma política de especialização para o SUS. A gestão do SUS necessita de espaço para induzir formação de pessoal para: cuidado domiciliar, urgência e emergência etc. que possa ser respondido através de mecanismo de especialização. O MS propôs ao MEC uma Câmara Setorial de Regulação com os gestores da educação e da saúde, mas precisa ser resolvida a questão da Casa Civil, que em geral coordena as Câmaras Setoriais. Citou a conversa que tiveram com os residentes e com os gestores, onde ficou claro que não tem sentido adicionar mais recurso quando não se tem governabilidade do problema. Os residentes pediram 52% de aumento, a proposta acertada foi encaminhar um Projeto de Lei, com 30%, a ser integralizado até julho, tempo para discutir na Câmara setorial a participação efetiva dos gestores do SUS na governabilidade do sistema, é uma possibilidade de negociação. Ponderando as questões dos compromissos políticos pluripartidários, o MEC e Ministério da Saúde encaminharam à Casa Civil uma proposta do Projeto de Lei com o reajuste dos 30% na tentativa de evitar uma greve naquele momento, mas estão correndo o risco de descontentar a todos, os residentes por terem recebido 30%, os gestores por não estarem participando, mas essa é a informação que eu posso passar do que foi feito até o momento. O CONASS fez várias considerações sobre a falta de integração dos sistemas de educação e saúde, em especial queixou-se de estar sendo acusado de ser o motivo da deflagração da greve dos médicos residentes, pois trata-se de inverdades, visto que o CONASS conforme seus pactos com os demais gestores do SUS propõe mecanismo de co-gestão para formulação de políticas de especialidades para atender às necessidades do SUS, pois não tem

como fazer uma formação dentro da área da saúde, nos espaços dos serviços públicos sem que os gestores tomem conhecimento dela ou possa ter algum tipo de gerência. O CONASEMS concordou com as considerações do CONASS citando caso em que residências são criadas e fechadas sem conhecimento do gestor do SUS. Ficou acordado que Ministério da Saúde, por intermédio da SGTES, vai buscar a estruturação da Comissão Gestora com a participação efetiva do CONASS e CONASEMS. Com relação à questão levantada pelo CONASS sobre o desabastecimento da rede de **imunoglobulina**, questão que o CONASS propôs uma Nota Técnica, assinada pelo três gestores, explicando para a sociedade o problema. **Dr. Jarbas Barbosa**, informou que existem duas questões sobre o assunto que precisa ficar esclarecida: todos sabem que estamos com um problema grave de desabastecimento de Imunoglobulina no mundo por compras antecipatórias ou reservas de material por parte dos Estados Unidos e da China principalmente. Para enfrentar esse problema o Ministério da Saúde está fazendo três caminhos: um de médio prazo, que é o processo de fracionamento do plasma que deve levar uns 06 meses; ao mesmo tempo, por intermédio da Organização Pan-Americana e da Organização Mundial de Saúde está buscando fornecedores internacionais que possam para suprir a questão imediata; a terceira medida foi autorizar uma Ata de Registro de Preços, que será concluída o final do mês, buscar adquirir pelo menos 50Kg que já estariam aqui no Brasil, que podem ser fornecidos imediatamente no começo de dezembro. Em relação à Nota Técnica proposta, assumiu a responsabilidade da não divulgação por ter considerado que o problema deve ser divulgado juntamente com as providências que estão sendo tomadas para resolvê-lo. Com relação às Vacinas Sabin, a Rotavírus e a Tetravalente, explicou os processos de produção, aquisição e monitoramento de estoque e as estratégias para garantir o abastecimento. Concluindo a reunião, ficou acordada uma confraternização no dia 13 de dezembro às 19 horas, com os lançamentos de um conjunto de publicação do Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS.