



RESUMO EXECUTIVO

Ata da 3ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite – CIT realizada em 26 de Abril de 2007 no Anexo I do Ministério da Saúde Sala 114.

1. Pauta

1.1. Homologações.

- a) Termos de Compromisso de Gestão - TCG dos municípios de: Maringa-PR, Cotriguaçu/MT, Porto Calvo, Lagoa da Canoa, Quebrangulo e Igreja Nova de Alagoas. DAD/SE;
- b) Metas Estaduais dos Indicadores do Pacto pela Saúde para 2007, conforme portaria nº 91/2007;
- c) Certificações para gestão da vigilância em Saúde dos municípios de: Frecheirinha, Irauçuba, Meruoca, Reriutaba,/CE; Curionópolis e Curalinho/PA. SVS/MS;
- d) Qualificação para receber financiamento de casas de apoio para adultos vivendo com HIV/AIDS dos Municípios: Cachoeiro do Itapemirim, Guarapari, Linhares, Serra e Vitória – ES; Anápolis, Aparecida de Goiânia, Goiânia e Jussara – GO; Apucarana, Campo Mourão, Cascavel, Curitiba, Londrina, Ponta Grossa e Umuarama – PR; Cabo Frio, Campos de Goytacazes, Itaperuna, Macaé, Niterói e Volta Redonda – RJ. SVS/MS.

1.2. Pactuações.

- a) A Política Nacional de Atenção Integral À Saúde de Adolescentes e Jovens. (Foi retirada da pauta por falta de consenso com o CONASEMS).
- b) Instrução normativa que regulamente a abordagem consentida aos usuários que procuram os serviços de saúde para teste de HIV e outras DST. SVS/MS;
- c) Incentivo da regulação, recursos de 2006. DERAC/SAS.

1.3. Informes.

- a) Acompanhamento da resolução nº 04 CMED. DAF/SCTIE;
- b) Transferência do cadastro do SIAB para o CNES. DAB e DRAC/SAS;
- c) Criação do Grupo de Trabalho de Planejamento na Câmara Técnica da CIT GT-Planejamento/CT/CIT.

2. Desenvolvimento.

O Ministro da Saúde, Dr. José Gomes Temporão, iniciou a reunião dando as boas vindas aos presentes, em especial aos presidentes do CONASS, Dr. Wilson Alecrim que substituiu Dr. Osmar Terra, e Dr. Helvécio Magalhães presidente do CONASEMS. Iniciou lamentando não está com a equipe de secretários completa, justificou a ausência de Dr. Reinaldo Guimarães, apresentou Dr. Gerson Pena, o Secretário de Vigilância em Saúde, Dra. Marcia Bassit Secretária Executiva e coordenadora da CIT, Dr. Paulo Henrique Melo, chefe de Gabinete do Ministro. Falou de sua compreensão e entendimento do fórum tripartite como espaço de formulação de políticas, de pensar políticas de saúde para o país, estruturá-las, monitorá-las e avaliá-las. Destacou o cuidado com a qualificação técnica do trabalho da Tripartite, a importância e a complexidade do trabalho na câmara técnica. Destacou ainda a singularidade e características do federalismo brasileiro e desse fórum tripartite no setor saúde que deve ser prestigiado, qualificado e fortalecido de forma técnica e política. Citou alguns desafios e questões que considera fundamental como: a regulamentação da EC 29 para a qual ele já abordou o assunto com: governadores, prefeitos, os Ministros Paulo Bernardo, Dilma Rouseff e foi informado que a Frente Parlamentar já colocou na Agenda Política essa regulamentação; a questão dos medicamentos excepcionais ou de dispensação excepcional de alto custo. Disse que o PL do Senador Tião Viana se aprovado fortalece a Assistência Farmacêutica permitindo um trabalho dentro dos protocolos clínicos aprovado, isso vai evitar as pressões jurídicas para dispensação de medicamentos muitas vezes sem registro nacional. Fez uma reflexão sobre os processos que definem os recursos federais para investimento. Criticou a forma, atual, como esses projetos são cadastrados e os recursos liberados. Na perspectiva de superar os problemas da fragmentação dos recursos demandou a Secretária Executiva do MS acordar, no fórum tripartite, um conjunto de áreas prioritárias para canalizar os recursos de investimentos para as áreas prioritárias nacionais, regionais e macros regionais. A idéia é o Plano Diretor de Investimento de cada estado, com os recursos estaduais e municípios definidos, aprovado e pactuado nas Comissões Intergestores Bipartite –CIB, vir para CIT onde será definido o recurso federal. Isso dará foco aos investimentos da área da saúde, e assim uma Política de Investimento para o setor saúde discutida e pactuada na Tripartite. Destacou a necessidade de um co-financiamento entre União, Estados e Municípios de forma transparente. Enfatizou a questão da eficiência na gestão do SUS considerando a necessidade de explicitar para a sociedade os custos da atenção à saúde da população. Informou que o governo federal que está elaborando uma proposta de Regulamentação do Artigo 35 da Constituição de forma a permitir a criação de fundações estatais, a proposta é transformar os Hospitais do Ministério da Saúde localizados no Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul e os Hospitais Universitários do MEC em fundações estatais. Serão fundações públicas de direito privado com funcionários regidos pela CLT. Essas unidades

trabalharão dentro de padrões de profissionalização da gestão e contratualização, é uma mudança radical de paradigma de funcionamento, mas já despertou o interesse de vários governos estaduais e prefeituras a exemplo dos governadores de: Sergipe, Bahia e Rio de Janeiro. Outra dimensão a ser implementada é avaliar a eficiência da Rede de Serviço de Saúde e do conjunto das políticas. Enfatizou o Pacto como grande avanço, que estabeleceu, de forma pactuada na CIT, prioridades nacionais, metas e indicadores de desempenho. Mas, as estruturas, de serviços de saúde, precisam suas funções e capacidades operacionais definidas. Precisamos avaliar qual o impacto das Redes de Alta Complexidade no perfil de mortalidade. E assim trabalhar de forma consistente a estratégia de contratualização e orçamentação global e incorporação tecnológica. Como desafio propôs à CIT discutir mudanças nas formas de repasse dos recursos por procedimentos para uma contratualização global, com metas e instrumentos de cobrança dos resultados de forma a qualificar e aprofundar o Pacto de Gestão. Informou sobre o decreto da Presidência da República que define o medicamento do Coquetel anti-AIDS, o Efavirenz, como de interesse público para fins de licenciamento compulsório. Com esse licenciamento o Ministério fará uma economia anual de trinta milhões de dólares, recursos fundamentais à qualificação do Programa de DST-AIDS, mas que o Ministério da Saúde vai precisar do apoio político de todos os gestores nesse processo. Outra questão abordada foi o desenvolvimento tecnológico e do aumento da capacidade nacional de produção de pesquisa e inovação, área que será priorizada na sua gestão. Informou ao plenário que no dia 25/04/07, fez uma reunião com os Conselhos Federais de Medicina e Enfermagem, CONASS e CONASEMS, sobre a Política Nacional de Atenção Básica e acordaram uma nova redação para o anexo I da portaria GM nº 648/2006, reafirmando a importância do trabalho em equipe para garantir assistência integral à população. Falou da sua disposição para transformar a Comissão Tripartite como um espaço de formulação de Políticas, de Avaliação de Políticas, de Construção dos rumos para o Sistema Único de Saúde. **Dra. Márcia Bassit** assumindo a condução da reunião, cumprimentou os presentes e iniciou a pauta proposta solicitando para André Bonifácio, diretor do DAD para explicar a proposta de homologação dos Termos de Compromisso de Gestão dos municípios de: Maringá – PR; Cotriguacú – MT; Porto Calvo, Lagoa da Canoa, Quebrangulo e Igreja Nova – AL. André Bonifácio, explicou que os termos foram avaliados pelas áreas técnicas, o Departamento de Apoio a Descentralização estruturou os pareceres e eles estão aptos a homologação, mas as publicações desses termos vão depender do fechamento dos Termos de Limites Financeiros Globais. Helvécio Magalhães, presidente do CONASEMS que os Secretários de Maringá/PR e Cotriguacú/MT fizessem uso da palavra para explicitar a elaboração dos seus termos nos seus Estados. Os dois falaram dos seus processos nos estados onde a elaboração desses pactos envolveu, Conselho Municipal de Saúde, colegiados regionais, o

secretário de Cotriguaçu/MS. O CONASS solicitou a inclusão Termo de Compromisso de Gestão do Estado de Alagoas com a pendência dos pareceres e suas correções. O vice-presidente do CONASEMS e representante da Associação dos Municípios de Alagoanos – AMA, destacou a cooperação que o Estado vem oferecendo aos municípios como: contrapartida para a Atenção Básica, para as áreas hospitalar de Urgência e Emergência. Após a manifestação do CONASEMS sobre a importância das homologações dos Termos de Compromisso de Gestão-TCG dos Estados e Municípios, a Coordenadora da CIT, Márcia Bassit, explicou que estava chegando ao Ministério e que fez uma avaliação de todo o trabalho do DAD no sentido de avançar na questão da pactuação. Disse está preocupada com a situação de 170 TCG homologados sem publicações, portanto ela necessitava identificar o problema para correções, mas já tinha decidido que os termos somente serão homologados quando estiverem prontos, e logo após as homologações serão publicados. Foram homologados: Os Termos de Compromisso de Gestão - TCG dos municípios de: Maringá-PR, Cotriguaçu/MT, Porto Calvo, Lagoa da Canoa, Quebrangulo e Igreja Nova de Alagoas. E o TCGE de Alagoas dependendo da análise técnica e possíveis correções. Sobre o pacto dos indicadores, conforme portaria nº 91/2007, com muitas críticas dos parceiros às áreas do MS que querem impor aos Estados suas metas sem considerar as condições desse alcançarem o propósito, foram homologadas, as metas estaduais dos indicadores do Pacto pela Saúde para 2007, dos Estados do Acre, Alagoas, Amazonas, Ceará, Distrito Federal, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Rondônia, Sergipe. Os demais serão homologados na reunião de maio de 2007. A CT/CIT avaliará as questões relacionadas aos Estados do PR, RJ e RS. Na perspectiva de homologação na CIT de maio/2007. AS certificações para gestão da vigilância em Saúde dos municípios de: Frecheirinha, Irauçuba, Meruoca, Reriutaba,/CE; Curionópolis e Curalinho/PA. E foram qualificação para receber financiamento de casas de apoio para adultos vivendo com HIV/AIDS os municípios de: Cachoeiro do Itapemirim, Guarapari, Linhares, Serra e Vitória – ES; Anápolis, Aparecida de Goiânia, Goiânia e Jussara – GO; Apucarana, Campo Mourão, Cascavel, Curitiba, Londrina, Ponta Grossa e Umuarama – PR; Cabo Frio, Campos de Goytacazes, Itaperuna, Macaé, Niterói e Volta Redonda – RJ.

Pactuações. **Dr. Gerson Penna**, Secretária de Vigilância em Saúde, se apresentou, falou de suas expectativas de trabalho tripartite com o CONASS e CONASEMS. **Dra. Márcia Bassit**, iniciou fazendo referência a solicitação do CONASEMS para resolver as questões pendentes nos processos de pactuações, afirmou que isso é uma diretriz da atual gestão do ministério da saúde. E concordou com a retirada da pauta a Política Nacional de Atenção Integral À Saúde de Adolescentes e Jovens. Foram pactuados: a **Instrução Normativa que regulamenta a abordagem consentida aos usuários que procuram os serviços de saúde para teste de HIV e**

outras DST, com ressalvas do CONASEMS de que essa questão não precisava vir para pactuação, e o **Incentivo da regulação, recursos de 2006**. Foi encaminhada para a CT/CIT a discussão da aplicação dos 60.000.000,00, do orçamento de 2007, destinado à regulação.

Informes: 1. Transferência do Cadastro do SIAB para o CNES, Luis Fernando, diretor do DAB/SAS, informou que no mês de fevereiro apresentou à CIT a seguinte situação: dos 27 estados, 24 com o cadastramento menor de 50%, atualmente apenas 08 estados estão com o cadastramento abaixo de 50% e 06 estados com o cadastramento acima de 75%. Em todo país mais de 50% das equipes migradas para o CNES. Disse que o motivo desse informe foi lembrar aos gestores que o prazo termina no mês de maio, e há necessidade de um esforço concentrado porque tem capitais que ainda não migrou nenhuma equipe. Isso é um problema sério, porque o pagamento do mês de maio será com o sistema novo e serão bloqueados os recursos das equipes que ainda não estão no CNES. Houve um problema, o corte de liberação da senha para os municípios, especialmente o estado do Ceará e do Rio de Janeiro. **nos trouxe essa questão, que são os estados que estão com o prior desempenho em termos de migração, os estados que estão com a menor migração são: Piauí, Ceará, Rio de Janeiro, Maranhão e Pará que estão com menos de 50%, os outros estão com mais de 50%, esses estados tem que ter uma atenção especial, na realidade houve uma dificuldade na pactuação da portaria que regulamenta, porque não era só transferir a senha, tem o fluxo que está regulamentado, tem que rever a portaria e na revisão da portaria o Conass solicitou uma mudança no processo e acabou atrasando, mas** a portaria está acordada para ser publicada até semana que vem, a nossa expectativa é essa, com a liberação das senhas, então nós vamos ter um mês com as senhas liberadas, é a nossa expectativa, inclusive porque o sistema vai estar preparado para absorver diretamente e o nosso informe é no sentido de pedir o apoio novamente do Conass, Conasems e Cosems para conseguirmos completar essa migração até o mês de maio.

Beatriz Dobashi – nós tivemos uma discussão na CIB semana passada a respeito dos problemas de se fazer a transferência do cadastramento das unidades básicas de saúde da família em áreas indígenas, o cadastros dessas equipes para fazer essa transferência também para que a gente pudesse ter essas informações todas do SIAB no CNES, então queria fazer esse registro para que o pessoal da Atenção BÁSICA pudesse discutir e ver se é possível resolver, porque os municípios tem ações conjuntas com a FUNASA e tocam junto as unidades, tem profissionais do município e da FUNASA e é preciso liberar esse cadastramento.

Luis Fernando - as equipes de saúde indígena hoje não são cadastradas, nós pagamos por outro mecanismo, é nossa intenção colocar na pauta de discussão da Câmara Técnica a transferência dos recursos, a idéia é fazer um cadastro único que realmente migre todas as equipes, inclusive a saúde indígena para melhorar esse controle.

André Bonifácio – 3. c) **Criação do Grupo de Trabalho de Planejamento na Câmara Técnica da CIT** – o Airton pediu para a gente encaminhar essa discussão, que vem sendo feita a um bom tempo e Conass e Conasems acertaram com a área do planejamento a criação de um GT que vai trabalhar toda a discussão e implantação da proposta de planejamento que foi instituída pela Portaria 3085, então estamos aqui formalizando a criação de um grupo de trabalho que irá desencadear toda a discussão com apoio e qualificação do sistema de planejamento, vinculada as discussões que vem sendo feitas no âmbito do Pacto pela Saúde, especificamente do componente do Pacto de Gestão, cria-se então essa possibilidade.

René Santos – a gente saúda a criação do GT de trabalho de Planejamento, até como uma resposta concreta do que acabamos de aprovar que é rapidamente instrumentalizar o sistema de planejamento com esse recurso, o grupo deve ter a função principal nesse momento de acompanhar todo esse processo para que esse recurso melhore esse processo de planejamento, cabe registrar aqui que precisamos ao avaliar o papel do trabalho, ver o processo de revisão do comitê.

(FITA 3 – LADO A)

Helvécio Magalhães – exatamente nessa linha, primeiro que a Portaria que criou o Comitê precisa ser revista porque tem atribuições que estão no Comitê que tem que ser desse grupo, e a segunda solicitação nossa e isso foi muito discutido por várias razões, em dado momento o comitê passou de certa forma, passou um pouco ao largo do Conass e Conasems, então nós gostaríamos que a partir de agora todas as questões relacionadas ao Planeja-SUS e as questões relacionadas ao conjunto do planejamento sejam via grupo de trabalho Tripartite, então as indicações são formais do Conass e Conasems e não tem nenhum contato direto com técnicos ou com gestores, para darmos um corpo nesse encaminhamento.

José Sival – eu queria complementar, até que isso sirva de exemplo, que o Ministério da Saúde pense melhor quando for criar esses comitês, se nós temos uma Câmara Técnica Tripartite que discute todas as questões que tem suas atribuições e competências, muitas das vezes esses comitês empecilham que se crie um problema no desenvolvimento de algumas ações, a exemplo desse comitê de planejamento. É bom que fique claro que ele muito mais atrapalhou e criou problema do que ajudou na condução do sistema de planejamento. Se tem a Câmara Técnica qualquer assunto novo que for discutido, que se crie um GT que é o ideal para estarmos discutido de forma Tripartite.

Márcia Bassit – isso vem ao encontro do que já estamos fazendo na gestão do Ministro Temporão, quando eu cheguei na Secretaria Executiva eu fiz um mapeamento de comitês, comissões, grupos de trabalhos e são mais de 100, isso é inadministrável, não que não seja interessante a discussão colegiada, mas que de fato só permaneçam aqueles que tem sentido,

com objetivos claros e que apresentam produtos, sem duvida esse grupo que está sendo criado é um grupo mais representativo do que a nível de política de Ministério.

José Noronha – que esse projeto de planejamento seja integrado, nós todos estamos em tempos orçamentários, com os PPA dos estados e municípios, não pode esse planejamento da CIT se desvincular dos planejamentos orçamentários das programações das prefeituras municipais e do governo estadual, da mesma forma que estamos fazendo e organizando o PPA para o desenvolvimento da saúde tudo integrado, não pode a CIT ter um planejamento desassociado do planejamento formal e da produção dos PPA das leis orçamentárias, das prefeituras e dos estados.

Luis Soares – só uma duvida que surgiu, a questão da Saúde Indígena vamos tratar no âmbito da SAS?

André Bonifácio – e na Atenção Básica com relação ao cadastro.

José Carlos de Moraes – o objetivo é fazer essa integração, mas é importante fazer um informe de que até 2006 os recursos que financiavam a Saúde Indígena eles oneravam a media e alta complexidade, ficava difícil a Atenção Básica apropriar-se dessa discussão e trazer no sentido de modificar, a partir desse ano que conseguimos fazer a mudança, hoje eles estão financiados no recurso da Atenção Básica que permite a integração e a discussão como uma Política específica, então a estratégia é incorporar a discussão junto à formulação de política na FUNASA com o Departamento de Atenção Básica, com Conass e Conasems para que permita a integração dessa política, mas são locos de alocação de recursos que nos permite fazer a interferência adequada discussão.

Luis Soares – já estamos contemplados com as informações.

André Bonifácio – então fica criado o grupo e a discussão será feita lá no sentido de qualificar o processo de planejamento, porque acho que essa é a intenção da própria área ao estabelecer a relação Conass e Conasems criando o grupo, a área já aponta para isso.

Luis Milton – bom dia a todos! Nós tínhamos combinado o Dirceu que a apresentação e esse informe sobre a Resolução nº 04 seria feita em duas partes, uma apresentaríamos e seria feita através do Dr. Pedro Bernardo que é Gerente Geral da Regulação de Mercado da Anvisa e a segunda parte com o Dirceu, então acho que podemos começar com a apresentação do Dr. Pedro Bernardo.

Pedro Bernardo - 3. a) Acompanhamento da Resolução nº4 do CMED – boa tarde a todos! A Câmara de Regulação de Medicamentos foi instituída através da Lei 10.742 e tem o objetivo de regular o setor farmacêutico, dirigida à regulação de laboratórios, farmácias, drogarias, representantes e distribuidores. É formada por um conselho de ministros, onde o Ministro da Saúde preside o Conselho, o Chefe da Civil da Presidência da Republica, o Ministro da Justiça,

da Fazenda, do Desenvolvimento de Indústria e Comércio. O Comitê Técnico é composto pela Secretaria de Ciência e Tecnologia, o Secretário Executivo da Casa Civil, o Secretário de Direito Econômico do Ministério da Justiça, o Secretário de Acompanhamento do Ministério da Fazenda e a Secretaria de Desenvolvimento de Produção do Ministério de Indústria e Comércio. A Anvisa faz o papel de Secretaria Executiva tanto do Comitê quanto do Conselho, faz também todo trabalho técnico, as análises e dá toda base de sustentação para essa Câmara. Anualmente se discute o reajuste de preço, esse ano o reajuste médio foi de 1.5% com o teto variando de 1 a 3%, e o aumento foi diferenciado por produto. Trabalhamos com uma política de teto de preço, tem o jargão PF (Preço/fabrica) que é o teto de preço estabelecido para a indústria e para os distribuidores, tem que respeitar o teto tanto os distribuidores, quanto à indústrias, o sistema de teto de preço, diferente de outros setores regulados, por exemplo, como o setor de energia elétrica ou de telefonia fixa que estabelece um valor único e o consumidor paga aquele valor, o sistema de teto estabelece o limite sob o qual é considerado que o preço excessivo e permite que todas as negociações de toda política de comercialização da indústria e todo o esforço dos compradores sejam exercidos de modo que abaixo desse teto se de todas as negociações e transações, mais ou menos, concorrencial em função do produto eu está sendo adquirido. O preço Máximo ao consumidor é o preço da farmácia. O coeficiente de adequação de preço que é o assunto da resolução 04, na prática é um desconto que incide sobre o preço fábrica, esse desconto incide sobre um grupo de produtos que estão entre os citados aqui: medicamentos de dispensação excepcional, DST/AIDS, sangue, anti-neoplásicos, e as ações judiciais que não ficaram de fora, porque se estabelecêssemos regras para o mercado, certamente haveria uma migração muito elevada para o mercado e um incentivo aumentando o número de ações judiciais, porque o departamento jurídico das empresas ficasse mais importantes do que o de vendas, porque conseguiriam fazer mais vendas através judiciais do que as ações normais de vendas, é importante frisar que se o preço é factível, é viável por setor regulado, porque é uma questão que surge e de imediato é questionada, nós começamos a discutir isso com o Setor Regulado em 2003, em 2004 nós já tínhamos uma Resolução nº 02 falando do CAP e essa resolução não chegou a ser regulamentada, durante esses anos tivemos vários encontros com a indústria representada pela FEBRAFARMA e diversos segmentos, inclusive, alguns com a participação dos Ministros, o Ministro Agenor participou muito dessa discussão no final, onde a Indústria trouxe as dificuldades e nós ponderamos, avaliamos e ela chegou a concordar até por carta que esse CAP deveria ser dirigido a um grupo de produtos específicos, que na verdade foi o que exatamente acabou acontecendo, esse grupo de produtos é uma lista que deverá sair e a Resolução nº 04 deu um prazo de 90 dias, e temos algo em torno de 30 dias para publicar a lista, ela está sendo elaborada pelo Ministério da Saúde, estamos falando em algo em torno de 180

apresentações daqueles produtos que foram citados. O motivo que nos levou a estabelecer esse teto para o setor público trabalhar, foi que no início da Regulação nós nos voltamos para o mercado privado e achávamos que o mercado privado era o mais fraco nessa corrente e precisava de uma atenção maior, achando que o setor público pelo seu poder de compra e de negociação tinha uma força maior e conseguiria obter maiores descontos, melhores preços e vantagens nessas negociações, mas olhando os números, observamos que o grupo de produtos de monopólios e oligopólios tinham um grande poder nas empresas e isso não era verdade e não acontecia, e existiam preços elevados praticados por essas empresas, fomos olhar o que acontecia em outros países, no início estudamos a Europa que regula mais preço, eles trabalham com esquema de preço de referência que também diferencia preço, mas nos surpreendemos quando vimos que os Estados Unidos que é o país considerado o mais liberal do mundo e tem o maior poder de compra, estabeleceu através de um ato do Senado Americano um desconto linear para os quatro maiores compradores do governo que eles chamam de “Big Four” de 24%. Então vimos que o país com o maior poder de compra, se protegeu dessa forma, vimos que não tínhamos tanto poder de negociação assim com essas empresas e precisaríamos estar estudando e fazendo algo parecido. Tem algumas tabelas dos estudos que fizemos, onde a primeira coluna mostra o preço médio proposto, que estamos chamando de CAP, ao lado o preço médio praticado no mercado, nós temos a informação de quanto a empresa vendeu para os diversos entes públicos e privados e quanto foi a média disso e por último o preço fábrica. Vimos que em grande parte das vezes, o preço médio praticado ficava bem próximo do preço CAP, o preço Máximo para o governo. O que nos deu a convicção que era factível para o setor privado trabalhar com esse teto de preço, uma vez que isso já era na média praticado pelo mercado brasileiro, então a série de produtos, olhando sempre os produtos de maior custo e impacto no governo, fomos vendo que os preços praticados e o CAP estavam bem próximos daqueles números. Isso mostra também a diferença que encontramos entre o menor preço adquirido e o maior preço que a empresa praticou em outro estado, por exemplo, o Interferon que um estado pagou o menor preço 131 e o outro pagou o maior preço de 363, uma diferença de 178%, quase três vezes entre um estado e outro, assim fomos vendo que existem diferenças enormes entre compras de um estado para outro e não era uma regra fixa, e não estava ligado ao que a empresa dizia que tinha estado que era mal pagador e o outro não, e as vezes pagava um preço mais caro e também por distância, estados na mesma região tinham diferenças de preços grandes, então não encontramos um motivo que fosse uma justificativa de uma racionalidade econômica, mas de uma posição de poder de força do setor da indústria de impor situações e preços excessivos em determinados momentos. Diante disso, aumentou a convicção de que um teto era necessário e precisava ser estabelecido, tomamos bastante cuidado com a questão legal, porque estamos tratando de

interesses econômicos grandes e importantes, e não foi a primeira e nem será a última vez que a empresa questiona todos os atos da CMED na justiça. Nós já tivemos questionado na justiça se a Lei 10.742 era legal ou não e foi decidido que é legal. Agora a indústria entrou contra esse desconto questionando a legalidade do desconto, o Superior Tribunal de Justiça está analisando essa questão, foi pedida uma liminar e até o momento não foi concedido, agora a Ministra Eliana Calmon pediu para o Ministério Público dar um parecer sobre a matéria, mas que a concessão de liminar que era o que pretendia o setor privado, de imediato não foi concedido. Uma outra questão dentro da legalidade é que quem questionou na Justiça foi a INTERFARMA que é uma associação composta por 28 empresas, onde 20 assinaram a ata para entrar na justiça, todas são multinacionais estrangeiras, e a FIBRAFARMA que congrega todo o setor com quase 300 empresas não entrou na ação, estamos discutindo com 20 empresas num universo de 300 empresas. Os principais pontos são esses, é um resumo de um tema que é muito grande. A Ana Márcia está pedindo para falar que estamos pensando em fazer seminários com regionais, estados e municípios e estaríamos aqui discutindo mais detalhadamente e tecnicamente essas ações e esses períodos de transição que sabemos que vai ser mais difícil de uma situação para outra, onde vamos ter que estar se adaptando e se preparando para enfrentar essas questões.

Márcia Bassit – me parece que só o fato de não ter sido concedida a liminar já é um ganho importante para nós, pelo menos em termos de tempo. O Dr. Dirceu não vai poder retornar para a próxima reunião.

Jurandi Frutuoso – devido a importância desse tema e da espoliação que está levando aos Estados e ao Ministério por conta de imposições judiciais, nós vamos fazer aqui em Brasília dia 16, um Seminário sobre a questão dos Medicamentos Excepcional, para poder dar tempo e influenciar um pouco no Congresso na votação da Emenda do Tião Viana, esse tema também será colocado dentro da nossa discussão.

Márcia Bassit – não estava dentro da nossa pauta, mas o Dr. Antonio Alves pediu a palavra para fazer um informe rápido sobre a questão da corregedoria.

Antônio Alves – bom dia a todos! Sobre esse tema o Senador Tiao Viana está vindo ao Conselho Nacional de Saúde dia 09 pela manhã para fazer um debate sobre o projeto de Lei dele, então Conass e Conasems estão convidados, já que são também representantes no Conselho. Uma propaganda rápida, estamos distribuindo um filme que foi feito pelo Ministério via SGPE, que está na contra-capta da revista do Conasems, cada um de vocês estão recebendo “Um século de luta pela Saúde”, aí estão os debates que poderão ser feitos em estados e municípios. O Ministro Agenor encaminhou a minuta de portaria de criação da Comissão Corregedora Tripartite, prevista no decreto de 95, todo ato do Ministro passa pela CONJUR que deu um parecer baseado num outro decreto que o Presidente Lula baixou em 2005 criando a Corregedoria da União sob a

coordenação da CGU e determinando aos Ministérios que criassem as Corregedorias Flexionais, em função disso a CGU cobrou ao Ministério e encaminhou ao Presidente da República a minuta do decreto criando a corregedoria do Ministério da Saúde que ela é mais ampla do que uma comissão, em função disso a CONJUR concluiu o parecer dizendo que, assim não pode ser designada sob pena de afrontar a lei, a Comissão Corregedora Tripartite, não só diante da solução apresentada em razão do conflito de normas, que o decreto mais novo tem prioridade sobre o outro, mas também pelo fato de já existir âmbito interno a proposta avançada de criação de órgão de corregedoria similar, que prestará as mesmas funções. A nossa proposta é que o Ministério, Conass, Conasems, SGPE e Denasus pudessemos estar criando um GT para juntos revisarmos o decreto que fala da questão da organização do SNA e definir alguns fluxos que pudessem normatizar a nossa atuação enquanto Denasus, enquanto componente estadual e municipal. Então essa é a proposta que queríamos submeter para rapidamente estarmos colocando um ponto final nessa questão que é importante para todos nós.

Wilson Alecrim – como é um tema que se arrasta algum tempo e tem causado uma certa dificuldade de impedimento em várias instâncias, o Conass aprova perfeitamente o que está colocado.

Helvécio Magalhães – nós temos levantado, também o Conass, na última Tripartite o Dr. Noronha estava aqui e nós fizemos uma solicitação enfática, até usando o exemplo de um ex-secretário e atual prefeito de Teresina, esse tema para nós é de maior relevância e voltando a imagem do “isso é colher na Tripartite” que o Ministro colocou, é muito difícil para uma área que cuida do geral do governo federal, conseguir entender a especificidade da gestão do SUS, não da gestão interna do Ministério da Saúde, certamente esse decreto que pega todos os Ministérios, ele trata, no nosso caso de um componente da gestão que é o componente federal, então certamente ele não nos atenderia, mas é claro que tem que ser discutido, a primeira observação é essa. Nós temos através da Dra. Lenir Santos uma análise detalhada disso, a nossa posição embasada nesse parecer da Dra. Lenir é diferente disso, mas de qualquer forma como tem que se encaminhar conjuntamente, nós também concordamos com o encaminhamento, pedimos agilidade e prioridade absoluta nisso, porque esse é um tema que será um divisor de águas na relação do conjunto do Sistema Nacional de Auditorias com os gestores estaduais e municipais, e por decorrência como nós temos dito, quem abre a trilha da CGU é o Denasus, depois que o Denasus vai é que a CGU vai pegando, é claro que o que estiver errado tem que ser penalizado e corrigido, mas é o processo, o fluxo, é a possibilidade do contraditório e da defesa que nós não estamos tendo, inclusive, afrontando a essência do direito positivo brasileiro, então nós queremos que seja rápido e concordando como encaminhamento que o Secretário Antônio Alves está colocando.

Márcia Bassit – então eu entendo que vamos criar um grupo de trabalho para poder na próxima Tripartite algum posicionamento em termos de entendimento, eu acho essa situação absolutamente prioritária, porque eu como Secretária Executiva do Ministério, o que eu encontro é assustador em termos de ações civis públicas, em termos de cobranças do Ministério da Saúde, as vezes divergentes do Ministério Público, do Tribunal de Contas da União, da CGU, enfim, toda essa questão do controle tem que ser vista de uma forma integrada e que os atores nesses processos se entendam, esse é um assunto que me interessa muito particularmente, até porque tive uma passagem pelo Tribunal de Contas da União e acho que é absolutamente prioritário para o Ministério dar um ordenamento para que o SUS seja visto também de uma forma diferenciada, que eu tenho dito que a partir da própria estrutura do Ministério da Saúde, nós temos um modelo diferenciado na Esplanada, a nossa estrutura é diferente porque a nossa política é a do SUS e de consolidação do SUS, é exatamente por isso que a nossa estrutura organizacional tem o Fundo Nacional de Saúde, que não existe em nenhum outro Ministério e outras peculiaridades que não cabe aqui nesse momento expor, mas o que nós temos que fazer em termos de esfera federal é fazer com que a Secretaria Executiva do Ministério seja em nível de esfera federal, a Secretaria de Gestão do Sus, não existe um outro foco para nós nesse momento, a não ser o que foi pactuado em termos de Pacto pela Saúde, tem sido esse o foco do Ministro, da secretaria Executiva e de todo o Ministério também. Então vamos criar, eu entendo que é absolutamente prioritário o grupo de trabalho e ver se na próxima Tripartite a gente traga algo mais concreto em termos de fluxo, para uma atuação mais conjunta.

Helvécio Magalhães – primeiro agradecendo esse entendimento, como já era do Secretário Antonio Alves, que na verdade a instância Tripartite, a gestão Tripartite do SUS é criada por Lei, nós estamos amparado na Lei, mas para não perder a oportunidade, nós recebemos sempre muitas cobranças, tem um tema que vai envolver a SAS que é a questão da Saúde do Trabalhador, essa é uma agenda incompleta e complicada, nós estamos sempre fechados, porque é impossível gastar o dinheiro da forma como está colocado, isso já foi discutido, então esse no conjunto de agendas incompletas é um tema importantíssimo, hoje na Bahia está sendo fechado um Centro em Vitória da Conquista porque é impossível da forma que está, então é só um lembrete, então é fundamental Secretária que a Secretaria Executiva pela questão que envolve a SPO e mais especificamente o Fundo Nacional de Saúde que é a irregularidade dos pagamentos dos incentivos, isso tem causado, porque quando não se transfere o Saúde da Família na data prevista isso tem um impacto direto em médicos, prefeitos, enfermeiros, secretários e agentes comunitários, então nós temos tido ao longo do tempo, claro que a virada do ano isso piora muito, uma irregularidade enorme, não é só na SPO e não especificamente do Fundo, envolve o DAB porque tem credenciamento de equipes, tem um fluxo razoavelmente complexo, nós

gostaríamos que isso fosse tratado também, é uma questão muito interna, mas que tem nos afetado muito. Nós já conseguimos com o DERAC com a media e alta complexidade um equacionamento muito razoável, é muito raro durante o ano ter problema com os tetos das Plenas, mas na questão do incentivo do Saúde da Família, os vários incentivos, na Atenção Básica temos tido muita irregularidade, nós temos a competência março não pago a vários municípios ainda, estamos já no final de abril e isso tem causado muito transtorno, então nós gostaríamos de solicitar um empenho especial da senhora nesse sentido. A ultima questão, o Dr. Dirceu Barbano, primeiro o registro que nós do Conasems estamos perdendo um grande Secretário Municipal de São Carlos, mas acho que o país, na verdade estou dizendo que a sua cidade e o Conasems estão perdendo um grande Secretário, mas que o país ganha um extraordinário Diretor de Assistência Farmacêutica, mas lembrando para ao ficar só nos elogios, falar da Política Integral da Saúde da Criança e do Adolescente, tem um ano que estamos discutindo a questão dos medicamentos e outros itens da saúde reprodutiva, vai março, outubro, entra 2007, e não chega, por isso que nós dizemos que quando aparece a política pactuada pelo Conass e Conasems o Ministério Publico, Conselho Tutelar, Juíza da Infância e da Adolescência, qualquer um vai lá e pergunta, então tem muita irregularidade no que foi pactuado de entrega do Ministério, acho que exige uma reformulação, como já foi aqui colocado várias vezes, completa da Assistência Farmacêutica, sem perda da importância dos Excepcionais, mas também nos outros componentes, mas é um registro e uma saudação ao novo Diretor, obrigado!

Márcia Bassit – que bom, eu não contava com o seu retorno, se quiser aproveitar para complementar, então boa tarde a todos!