



Ministério da Saúde  
Secretaria Executiva  
Comissão Intergestores Tripartite  
Secretaria Técnica

**02ª**  
Reunião  
Ordinária  
2001

# ATA DA REUNIÃO

15.03.01

## 1. MEMBROS DA COMISSÃO

MINISTÉRIO DA SAÚDE			
Órgão	Representante	T/S	Frequência Acumulada
<b>SE</b>	Barjas Negri	Titular	02/02
	Otávio Mercadante	Suplente	02/02
<b>SAS</b>	Renilson Rehem de Souza	Titular	02/02
	Maria Helena Brandão	Suplente	01/02
<b>SPS</b>	Cláudio Duarte da Fonseca	Titular	02/02
	Tânia Lago	Suplente	01/02
<b>ANVS</b>	Luís Carlos Wanderley Lima	Titular	00/02
	José Agenor Alvares da Silva	Suplente	00/02
<b>FUNASA</b>	Mauro Ricardo Machado Costa	Titular	02/02
	Jarbas Barbosa da Silva Jr.		02/02

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS			
Região	Representante	T/S	Frequência Acumulada
<b>N</b>	Francisco Deodato Guimarães	Titular	00/02
	Grace Mônica Alvim	Suplente	01/02
<b>NE</b>	Marta Oliveira Barreto	Titular	01/02
	Anastácio de Queiroz e Souza	Suplente	00/02
<b>SE</b>	José da Silva Guedes	Titular	02/02
	João Felício Scárdua	Suplente	
<b>S</b>	João José Cândido da Silva	Titular	01/02
	Armando Martinho B. Raggio	Suplente	
<b>CO</b>	Fernando Passos Cupertino	Titular	02/02
	Izaías Pereira da Costa	Suplente	

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE - CONASEMS			
Região	Representante	T/S	Frequência Acumulada
<b>N</b>	Neílton Araújo de Oliveira	Titular	02/02
	Eliana Pasini	Suplente	02/02
<b>NE</b>	Lúcia de Fátima Maia Derks	Titular	02/02
		Suplente	
<b>SE</b>	Valter Luís Lavinas	Titular	01/02
		Suplente	
<b>S</b>	Francisco Isaias	Titular	02/02
		Suplente	
<b>CO</b>	Dejair José Pereira	Titular	01/02
		Suplente	

## 2 - ASSESSORES E CONVIDADOS

1.	DEILDES PRADO	ST/CIT/SE
2.	ELANE ARAÚJO	ST/CIT/SE
3.	LOURDES VIRGÍNIO	ST/CIT/SE
4.	VIRGÍLIO SILVA	ST/CIT/SE
5.	ARNALDO RODRIGUES	ST/CIT/SE
6.	ZENILDA BORGES DOS SANTOS	ST/CIT/SE
7.	FERNANDO FALCÃO	SAS/MS
8.	SILVANA PEREIRA	DGA/SAS
9.	IRECEMA FERMON	DGAS/SAS
10.	ANTONIO CLARET CAMPOS Fº	DGAS/SAS
11.	MARTA COELHO	SPS/MS
12.	GILVÂNIA COSENZA	SAS/MS
13.	ALEXANDRE GRANGEIRO	DST/AIDS/SPS/MS
14.	ADNEI P. MORAES	SPS/MS
15.	PATRÍCIA LUCHESE	ENSP/FIOCRUZ
16.	ROSANI CUNHA	SIS/MS
17.	LEILA ALMEIDA	ASSEDISA/RS
18.	MARIA JOSÉ R. LINGUANOTO	SES/SP
19.	CERES ALBUQUERQUE	SES/RJ
20.	MARIA ESTHER JANSSEN	ST/CONASS
21.	DASMO BARROS SILVA	SIOPS/MS
22.	JOHNSON ARAÚJO	SAS/DGA
23.	ANANIAS MOREIRA JR.	SESAU/RR
24.	FABIANO PIMENTA	FUNASA
25.	MIGUEL SCHMITT PRYM	PREFEITURA PANAMBI/RS
26.	VINICUIS P. QUEIRÓZ	SPS/MS
27.	HELOIZA MACHADO	SPS/MS
28.	ANA LUIZA V.	SPS/MS
29.	JULIO S. MÜLLER NETO	SES/MT
30.	JOELLYNGTON MEDEIROS	CONASEMS

### **3 - Pauta**

- 1. Expansão do Cartão SUS – SIS/MS**
- 2. INTEGRASUS- Incentivo aos Hospitais Filantrópicos de Âmbito Regional - SAS/MS**
- 3. Descentralização da Carga Viral-CD4 - CDST/AIDS/MS**
- 4. Programação de Medicamentos: Hanseníase e Tuberculose – SPS/MS**
- 5. Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças – ECD – FUNASA/MS**
  - 5.1 - Certificação de Municípios
- 6. Vigilância Sanitária–Habilitação dos Estados –ANVISA**
- 7. Habilitação de Estados**
  - 7.1 – Gestão Avançada do Sistema Estadual
  - 7.2 – Gestão Plena do Sistema Estadual
- 8. Habilitação de Municípios**
  - 8.1 – Plena de Atenção Básica
  - 8.2 - Plena do Sistema Municipal

**BARJAS NEGRI**  
Coordenador da CIT

#### 4 – DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

O Coordenador Substituto da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, Dr. Otávio Mercadante abriu os trabalhos da 2ª Reunião Ordinária da CIT, do dia 15 de março de 2001.

**1 – Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças - ECD** – foram certificados com vigência a partir de 1º de abril: 06 municípios do Amapá, 19 municípios da Bahia, 06 do Ceará, 22 de Goiás, 62 da Paraíba, 22 de Rondônia, 12 do Rio Grande do Norte e 03 de São Paulo. **2) Habilitação de Municípios** – foram habilitados em **Gestão Plena de Atenção Básica** com vigência a partir de 1º de abril, os municípios: **Rio Grande do Norte** - Lagoa Salgada e Jundiá; **Rio Grande do Sul** - Aceguá, Almirante Tamandaré do Sul, Boa Vista do Cadeado, Boa Vista do Incra, Bozano, Canudos do Vale, Capão Bonito do Sul, Capão do Cipó, Coqueiro Baixo, Coronel Pilar, Cruzaltense, Forquetinha, Itati, Jacuizinho, Lagoa Bonita do Sul, Mato Castiliano, Mato Queimado, Nova Pádua, Novo Xingu, Paulo Bento, Pedras Altas, Pinhal da Serra, Pinto Bandeira, Quatro Irmãos, Rolador, Santa Cecília do Sul, São José do Sul, São Pedro das Missões, Tio Hugo, Vale Verde, Wetsfália; **Minas Gerais** – Belmiro Braga, Bolelhos, Casa Grande, Queluzito e Santana dos Montes; **Maranhão** - Alto Alegre do Maranhão; **Pará** - São João de Pirabas, e **Piauí** - Pau D'Arco do Piauí. Foram habilitados em **Gestão Plena do Sistema** os municípios de Alagoínhas/BA e Almas, Barrolândia, Itacajá, Nazaré e Paranã, em Tocantins. O Secretário de Assistência à Saúde Dr. Renilson Rehem – informou que foram encaminhados outros pleitos de habilitação que não foram colocados em apreciação por apresentarem pendências. **3) Informes:** O representante do CONASEMS para a Região Norte Dr. Néilton Oliveira informou sobre a realização do Encontro de Secretários de Saúde de Capitais nos dias 13 e 14, onde foi discutido o processo atual de construção do SUS e a necessidade de criar uma rede técnica do CONASEMS para trabalhar essas questões junto aos municípios. O Secretário de Políticas de Saúde Dr. Cláudio Duarte informou que começaram as inscrições para médicos e enfermeiros do Programa de Interiorização do Trabalho em

Saúde, e que foi enviada aos Secretários Estaduais a relação dos 151 municípios que preencheram os critérios para inclusão do programa. Foram realizadas reuniões com as coordenações estaduais do PACS e do PSF e com escolas de Medicina e Enfermagem para discutir o curso introdutório que essas equipes terão nos estados, e o curso de especialista que será ofertado aos médicos e enfermeiros do programa. Sugeriu que fosse discutida a proposta do MS sobre a complementação da aquisição de medicamentos para Diabetes que visa dar suporte ao plano nacional ora em curso e que o MS já está adquirindo uma parte desses medicamentos numa quantidade estimada, para o caso da glibenclamida, com a qual se possa trabalhar até dezembro, e foi feita a proposta de repartir a aquisição de metiformina entre os estados e municípios. Agradeceu o empenho dos estados e municípios no desenvolvimento desta primeira etapa da campanha e solicitou que os estados enviem seus planos de capacitação de multiplicadores, para que se possa fechar isso e dar continuidade ao processo. Dr. Mercandante propôs que o assunto fosse discutido após as apresentações previstas na pauta.

**4) Expansão do Cartão SUS** – O Secretário de Investimentos em Saúde Dr. Biazoto falou sobre o envolvimento e a integração da SAS, SPS, DATASUS e do IBGE no projeto do Cartão SUS, e da contribuição que isso vem dando no seu desenvolvimento. Em seguida fez um retrospecto sobre o desenvolvimento do projeto, cujo piloto começou em 1998 com a identificação dos de 44 municípios e a aquisição de um sistema, via licitação, que identifica e dá condições de trabalho para o nível federal, os estados e os municípios que compõe o piloto. Foi comprado todo o treinamento, equipamentos, software de funcionamento, e foram disponibilizados os equipamentos para trabalho na própria unidade de saúde e no servidor municipal, instrumento que permite ao Gestor controlar o seu sistema. Isto abarca 13.000.000 de habitantes desses 44 municípios e 2.000 unidades de saúde que serão inseridas nesse processo de informatização. O projeto piloto ocupou-se desse conjunto de municípios, e agora o projeto de expansão envolve a entrada dos recursos do FUST (Fundo de Universalização das Telecomunicações) o que vai proporcionar recursos ao MS para a disponibilização de linha telefônica e do seu custeio, e a colocação de equipamentos de conexão em 60.000 unidades de saúde. A grande preocupação no momento é a de trazer o gestor para

execução efetiva desse projeto e o profissional de saúde para encampar, entendendo como um processo que representa uma grande melhoria. Está em desenvolvimento junto com as empresas que foram contratadas para a execução do projeto piloto, um conjunto de funcionalidades dentro do sistema que vai ser especialmente interessante do ponto de vista da ação do sistema e da ação do gestor - uma forma de dispensação de medicamentos, uma forma de geração de BPA eletrônico, e uma forma de integração do sistema com as centrais de regulação. Com isso passa a se tornar materialmente possível e gerencialmente viável que se tenha um sistema controlado e informatizado para que a gestão do conjunto das ações realizadas pelos gestores municipal e estadual se faça dentro desse ambiente. Isso significa mudança de forma de trabalho, e envolve um grande compromisso do gestor com a implementação do projeto. Além de estar oferecendo todo esse conjunto de elementos de conexão, máquinas e equipamentos para funcionar dentro das unidades de saúde, será também definida a forma como se procederá com relação ao servidor municipal. O projeto já adquiriu o servidor federal e todos os estaduais e agora está em curso a ligação entre a unidade básica, que vai ter o recurso do FUST, e a unidade estadual. Em princípio serão alocados recursos para a aquisição de servidores municipais e de servidores regionais que poderiam dar conta de uma diretoria regional de saúde. A idéia é de disponibilizar algo que seja menos custoso para o gestor, já que se sabe que em alguns municípios e estados não há pessoal em condições de absorver sequer o treinamento que se está proporcionando em nível de banco de dados de gestor de sistema. Assim vai ser oferecida a possibilidade de a ligação se fazer diretamente ao gestor estadual ou mesmo à rede, no caso de estados que não tenham condições de executar esta tarefa. Esse recurso estará sendo disponibilizado, e o FUST vai entrar em operação ainda durante esta ano, provavelmente em agosto/setembro, mas a chave do sistema é a identificação única. A grande ação no momento é a extensão do cadastramento já realizado nos 44 municípios do piloto, onde já existe cerca de 8 milhões de números de pessoas identificadas, e para o qual se tem uma enorme demanda por parte de municípios que estão em processo de montagem de seus sistemas. A Portaria do cadastramento já foi publicada, e hoje ou amanhã estará sendo encaminhada ao

Diário Oficial uma outra que dispõe sobre o disciplinamento do recurso financeiro que será colocado dentro desse sistema, e dos termos de adesão dos estados e municípios. O representante do CONASS para a Região Sul Dr. José da Silva Guedes indagou se o equipamento “TASS” seria adquirido com o recurso do FUST, ao que foi respondido pelo Dr. Biazotto que o equipamento será adquirido pelas concessionárias, sem licitação, e que as mesmas farão a manutenção. Dr. Biazotto falou ainda que o cadastramento se inicia agora, que o cartão será disponibilizado em agosto quando deve entrar em funcionamento o FUST, por isso é importante que se inicie agora o cadastramento e que se tenha o “time” correto para que esse cadastro não envelheça. Dra. Rosane informou que há novas funcionalidades do sistema que não estavam no edital anterior, agora colocadas, tais como: sistema de informação de medicamentos - prescrição, dispensação, inclusive boletos, extrato para usuário, etc., e que está sendo desenvolvida a integração com a Central de Regulação-CISREG, já articulada ao cartão. A discussão das funcionalidades já está em desenvolvimento, e o município de Aracaju já está trabalhando com esse tipo de desenho do sistema. Em relação aos prazos, o sistema estará sendo implantado em agosto e já foi publicada a Portaria do Ministério das Comunicações que abre o FUST para a saúde. Em sendo aprovada a Portaria, entra-se no momento de elaboração junto com a ANATEL do edital para a aquisição de serviços, com prazo até abril. Com relação ao cadastramento foi realizada uma oficina com o CONASEMS onde se fez a sua discussão, casada com a da regionalização. O cadastramento é o insumo básico do cartão, e visa: 1) atribuir uma identificação única das pessoas via CEF, que se dará por um processo de identificação para quem tem PIS/PASEP, e pela geração de número para quem não tem; 2) a discussão e a organização dos serviços, via trabalho com base territorial e adscrição de clientela, por isso se optou pelo cadastramento de base domiciliar. Isso foi trabalhado primeiro com tentativa de fazer uma integração SIAB/Cartão Nacional de Saúde, e em função disso o SIAB deixa de ter o módulo de cadastramento e passa a existir o Sistema Único de Cadastramento, que está sendo chamado provisoriamente de CADSUS. É um sistema com banco de dados livre que pode ser utilizado por municípios de pequeno porte, e outro banco de dados ORACLE em princípio, embora haja uma

demanda de alguns municípios de que se tente trabalhar com outros padrões de banco de dados de grande porte, que não seja só o ORACLE devido ao seu custo, porque mesmo o MS disponibilizando um contrato cooperativo do DATASUS com desconto, para alguns municípios isso representa um impacto financeiro importante. Está sendo estudada uma maneira de trabalhar com banco de dados livre mesmo para cidades de 500.000/1.000.000 de habitantes. Isso não está ainda no sistema que está sendo disponibilizado, em teste, que dispõe de banco de dados ORACLE para cidade de grande porte. A idéia é que esse sistema de cadastramento permita que se trabalhe com um processo de atualização constante. O cadastro portanto, é de base domiciliar, e será organizado em lotes com objetivo de facilitar a devolução dos cartões posteriormente, facilitar o processo de correção de eventuais problemas e facilitar a alocação de pessoas que vão estar fazendo o cadastramento à partir desses lotes. A lógica é de que se tenha uma coincidência entre mapas censitários do IBGE e essa numeração por lotes. Foram desenvolvidos mecanismos de crítica em todos os níveis do sistema, desde a coleta de informação até o seu processamento pela CEF, para que se tenha um cadastro o mais depurado possível. Em seguida foram apresentados os aplicativos do sistema: a identificação do cadastrador, cadastro do domicílio, identificação do indivíduo e os números dos documentos das pessoas. No momento falta apenas o Termo de Adesão cuja minuta estamos disponibilizando, e que deverá ser trabalhado com algumas informações do processo de monitoramento do cadastramento tais como cronograma e população coberta ou não pelo PACS/PSF, para se ter uma previsão para pagamento. Há também uma cláusula de responsabilidade em que os gestores vão assumir a guarda dessa base de dados, inclusive para que ela não tenha fins comerciais que atentem contra a ética e a privacidade das pessoas, e identificar as pessoas responsáveis pelo cadastramento naquele município, com a assinatura do gestor Estadual, para que se possa ter um processo de interação estadual. Está sendo discutida com a SAS a inclusão do processo de cadastramento de usuários na regulamentação do processo de regionalização, até para vincular o cartão com a regionalização. Nos dias 22 e 23 do corrente, na sede da OPAS, será feita a discussão do desenho da tecnologia mais geral do Cartão Nacional de Saúde e do processo de expansão,



para que se possa definir se vai se trabalhar ou não com TASS, PC aberto, etc. Informou ainda que, o Ministério está abrindo a licitação para aquisição de cartões, e para que se mantenha o padrão único de âmbito nacional, é necessário que se faça agora o processo de cadastramento, a aquisição dos cartões e já se comece a pensar num mecanismo de relação com os estados para a distribuição, bem como na elaboração dos editais para viabilizar a compra de serviços pela ANATEL. A representante do CONASEMS para a Região Nordeste Dra. Lúcia Derks perguntou se haveria algum adiantamento do repasse de recursos para ajudar nas despesas do cadastramento. Dr. Biazotto respondeu que não há previsão no momento. Dr. Barjas Negri colocou que havia remetido a Portaria para que a SPS, SAS e Fundo Nacional de Saúde façam uma análise, após o que será tomada uma decisão. O assessor técnico do CONASEMS Dr. Nilo Brêtas disse que a questão da vinculação do cadastramento ao processo de regionalização havia sido discutido pelo CONASEMS, que embora seja coerente, deve-se ter o cuidado de não amarrar o processo de cadastramento como um todo, porque isso pode demorar algum tempo, e que não é simples realizar 100% do cadastramento. Assim tem de ser pensada uma forma de promover a adesão com acompanhamento e avaliação, inclusive pelos estados, do processo de cadastramento e do grau de comprometimento do município, para não correr o risco de complicar o próprio processo de regionalização e da configuração das redes funcionais. Dr. Biazotto concordou com o Dr. Nilo, e ponderou que poucos municípios atingirão um percentual de 85% ou mais de cadastramento, porque tem uma parte da clientela que não deseja ser cadastrada, e o que se quer fazer é especificar o compromisso que o gestor está tendo e não o percentual em si. **5)**

**INTEGRASSUS** – Dr. Renilson Rehem falou inicialmente sobre uma minuta de portaria que versa sobre a questão dos prazos de habilitação, dispondo que os pleitos de habilitação de municípios que deram entrada nas CIB's até 28/02/2001 e que foram protocolados junto à Secretaria Técnica da CIT até 30/03/2001, terão como prazo final de apreciação a reunião da CIT de abril de 2001. Dr. Néilton Oliveira colocou que o CONASEMS recebeu demandas de vários municípios nos quais os pleitos não estão sendo referendados pelas CIB's, e que havia solicitado informações oficiais sobre como e onde isso está ocorrendo para adoção de

providências no sentido de garantir o encaminhamento dos pleitos que não tenham pendências documentais e que tenham sido encaminhados no prazo correto. Dr. Renilson Rehem disse estar de acordo e que como não dá para incluir isso na Portaria, pode-se ter um compromisso de que havendo algum tipo de denúncia sobre o não encaminhamento pela CIB de processos corretos, a CIT aprecie a questão e faça uma apuração conjunta. A Secretária Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul Dra. Maria Luíza Jaeger colocou que o Secretário Estadual de Saúde de Mato Grosso Dr. Júlio Müller havia levantado a questão dos novos municípios na reunião do CONASS, dizendo que no Mato Grosso eles fizeram contrato por 6 meses para ajudar os municípios a se organizarem para executar a Atenção Básica e até organizar a regionalização, e que a preocupação é de que os municípios não percam dinheiro nesse espaço de tempo. Dr. Renilson Rehem lembrou que com relação à Atenção Básica não há prazo, então não se aplica nesse caso. Em seguida apresentou duas Instruções Normativas Conjuntas SPS/SAS: uma que regulamenta o Processo de Habilitação e a outra o Plano Diretor de Regionalização, propondo sua aprovação. Dr. Cláudio Duarte colocou que o processo de habilitação dos municípios em Plena da Atenção Básica Ampliada corre em paralelo com o processo de construção dos Planos Diretores e da PPI, que a discussão da Plena de Atenção Básica Ampliada representa um processo de avaliação da própria construção e organização da Atenção Básica, e que no formato em que está colocada na NOAS, vai exigir a definição clara de pactos em relação às retaguardas necessárias para que o município possa cumprir as responsabilidades previstas para esta nova forma de habilitação. Assim, o pedido de habilitação será do município para a CIB, porém terá que ter um processo de planejamento mínimo para que sua habilitação possa estar expressa no contexto microrregional, que dará suporte de retaguarda para as responsabilidades que o município está assumindo. Isto está sendo discutido com a SAS, com o objetivo de que o município não seja habilitado caso essa habilitação não represente uma nova capacidade para a execução daquelas ações previstas como responsabilidades mínimas na Atenção Básica Ampliada. O entendimento é de que se possa aceitar os pedidos de habilitação dos municípios, aprová-los nas CIB's, mas que na construção dos planos diretores do processo de

definição de microrregiões, se tenha claro na microrregião, no território daquele município, o pacto de referência para essas novas responsabilidades. O representante do CONASS para a Região Centro-Oeste Dr. Fernando Cupertino colocou que não há divergências de fundo no que se refere às Instruções Normativas apresentadas, havendo apenas algumas sugestões de melhoria na questão de redação, mas com relação à PPI ainda persistem alguns aspectos que precisam ser consensuados. Dr. Renilson Rehem disse que por isso falou das duas primeiras sobre as quais já há consenso, propondo fossem aprovadas. Com relação à Portaria que regulamenta a PPI tem havido grande polêmica desde o começo, e que pensava que após as muitas discussões havidas tinha-se chegado a um acordo sobre a minuta agora apresentada. Dr. Cupertino informou que seria encaminhado à SAS um documento com sugestões sobre alguns pontos polêmicos, e que havia sido muito ressaltada ontem na reunião do CONASS, a questão da factibilidade de cumprir a Portaria com relação por ex. à questão de se detalhar recursos alocados para assistência em municípios. A preocupação é de que não se consiga cumprir a Portaria tal como ela está colocada, assim o CONASS oferece algumas sugestões de redação para o alcance do objetivo. O assessor técnico do CONASS Dr. Ricardo Scotti falou que a partir das discussões feitas na reunião da diretoria do CONASS e equipe técnica, foi elaborado um documento com propostas de melhor entendimento de alguns artigos e também uma proposta de que na PPI, além do que consta na NOAS que é o quadro definido por município, população residente e referenciada, conste claramente em capítulo específico, que os gestores estaduais deverão apresentar uma síntese da programação de recursos financeiros estaduais destinados ao Sistema Único de Saúde, detalhando: a) o sumário do orçamento estadual destinado ao SUS segundo abertura programática definida no artigo 3º ( Portaria 42 e SIOPS), artigo esse com consenso da redação da SAS e do CONASS; b) descrição sucinta dos objetivos e prioridades adotados na programação e na respectiva alocação desses recursos por área programática, inclusive para as ações e serviços de assistência à saúde. A posição da Diretoria do CONASS é de abrir totalmente a possibilidade de demonstrar em que os estados estão gastando seu dinheiro. O que não é possível, por total incompatibilidade, é distinguir por atividade em atividade, grupo

a grupo, o que gasta o estado, união e município, porque a forma de apropriar estes gastos é diferente. O ponto principal da discussão é o art. 4º, item 2, onde se lê "quadro contendo a programação dos recursos financeiros estaduais e municipais do SUS destinados as ações e serviços de assistência à saúde em cada município aprovados na CIB" o que CONASS acha inexecutável. Dr. Renilson - colocou que não se falou em estado programar recursos, que o que se está tentando fazer com a proposta é se colocar efetivamente o modelo SUS e não algo que vai continuar sendo uma forma do SUDS - fazer uma programação dos recursos federais transferidos para os estados e municípios. Várias sugestões do CONASS já foram incorporadas, porém a violar esse princípio a tal ponto que descaracterize minimamente a demonstração da aplicação dos recursos estaduais e federais, não leva adiante nenhuma proposta de Portaria em relação às PPI, a não ser que outra pessoa o faça. Acrescentou que se sente até envergonhado de estar batalhando para a construção do SUS e chegar a esse momento em que para meramente se definir a explicitação dos recursos alocados ao SUS, isso se torne impossível. Acrescentou ainda que não se comprometerá colocando sua assinatura em nenhuma proposta que não seja minimamente coerente com o que está na Lei Orgânica da Saúde, que já tem 10 anos, e na PEC aprovada no ano passado. Dr. Néilton Oliveira disse reconhecer os avanços que ocorreram com as discussões e que o CONASEMS está de acordo com a Portaria no que concerne à explicitação dos recursos pelo MS, estados e municípios. Com relação à argumentação do Ricardo Scotti há uma diferença em relação ao conteúdo da Portaria e a manifestação do CONASS, que nesse momento é uma novidade em cima do que vinha sendo analisado. Dessa forma poderia se dar condições ao grupo para trabalhar as questões tanto de redação como de conclusão, e tentar agilizar a conclusão do documento para não emperrar o processo. Dr. Cupertino disse que todos estão num esforço conjunto para construir a proposta e que o que está em discussão é a forma de fazer. Assim, se a proposta do CONASS não atende a equipe técnica poderia propor as modificações necessárias. A seu ver o que o CONASS propõe é mais abrangente do que a proposta original. Dra. Mª Luíza colocou que é difícil separar o que foi gasto em cada município, e que a posição do CONASS não é a de que não tenha de ficar claro quanto de dinheiro

do MS, estado e município está indo e sendo gasto em cada município, porém a programação inicial é complicada, e que dá para colocar os dados por município, mas ainda há problemas sérios de agregação. Dr. Júlio Müller fez a distribuição de cópias do Diário Oficial do Estado de Mato Grosso contendo o Decreto nº 2312 de 12/02/2001 que institui o Sistema de Transferência Voluntária de Recursos Financeiros Fundo a Fundo, e a Portaria nº 036/2001/GAB/SES-MT que versa sobre o Programa de Apoio à Saúde Comunitária de Assentados Rurais, como exemplo para argumentar que: 1) com aprovação da Emenda 29 e a obrigatoriedade de Estados, Municípios e União colocarem determinado percentual da receita, acabou aquela história que só o Ministério financia; 2) os estados cumprem as leis orçamentárias (legislação federal e estadual), mas que tem que ser feita a ressalva de que os orçamentos dos estados tem grande diferença quanto a forma de apresentar e discutir que devem ser respeitadas, e que para o MS conseguir que os estados e municípios façam um orçamento igual ao dele precisaria haver uma legislação federal. Dr. Renilson Rehem colocou que em nenhum momento isso havia sido proposto e que deveria ser discutido o que está na proposta. Dr. Júlio colocou a questão da missão e objetivos de cada instância de governo, dizendo que o que está sendo proposto é: transparência absoluta, todo mundo é obrigado a botar o dinheiro porque quem vai cobrar é o Tribunal de Contas, o SIOPS é um grande instrumento e deve ser feito um mutirão para que ele seja implantado e funcione ainda neste semestre, porque ele atende perfeitamente às necessidades que se tem de dar garantias de transparência nos orçamentos públicos: federal, estadual, e municipal. Dr. Renilson Rehem ponderou que está se falando de dois documentos diferentes, já que primeiro em nenhuma proposta foi dito que o estado deveria alterar o seu orçamento, nós estamos falando de programação, não falamos de orçamento; segundo, igualmente não se falou que o estado deveria gastar dessa ou daquela forma e terceiro não se disse também que o estado deveria gastar tanto ou quanto com a saúde, assim não sabe de que documento se está falando. Adiantou ainda que MS não quer definir um padrão de orçamentação para que os estados cumpram, nem cobrar um percentual ou volume de recursos a ser gasto na saúde, assim como não quer definir aonde esses recursos vão ser aplicados. O que o MS está propondo nesta

minuta de Portaria de PPI é que o estado diga onde está gastando os recursos da saúde, somente isso, não sabendo, portanto onde está a divergência. Dr. Júlio Müller disse que talvez seja porque a PPI da forma que está sendo proposta foca o orçamento e nenhuma programação pode estar centrada no orçamento, dado que a especificação dos gastos já está no orçamento. Dr. Renilson Rehem ponderou que o que se pretende é deixar assentado, por exemplo: se tem R\$ 0,10 para gastar com tal coisa, é dizer que tem os R\$ 0,10 e vai ser aplicado da forma tal. O orçamento é que define, e o que está no orçamento será definido na programação. São portanto três coisas distintas: orçamento, programação e execução orçamentária. Dr. Guedes colocou que o documento atual tem modificação em relação ao documento anterior, ao que colocou o Dr. Renilson Rehem que essas alterações foram propostas e formalmente acatadas pela SAS em reunião na última 3ª feira, algumas das quais a seu ver não fazem sentido, mas que mesmo assim foram incorporadas para viabilizar o acordo e a conseqüente aprovação hoje na CIT. Dr. Néilton Oliveira colocou que o CONASEMS não tem restrição ao documento, porém o CONASS trouxe uma posição que é uma novidade, em função até da nova redação da minuta de hoje. Propôs que se aprovasse hoje a Portaria, condicionada a esse acerto de redação feita pelo grupo tripartite, assim haveria uma aprovação em cima de um acordo e não de uma contestação. Dr. Cupertino considerou a proposta coerente e disse que a diferença entre as 2 versões da minuta de Portaria foi acordada após a reunião de ontem, e consiste na retirada da expressão "em cada município". O que o CONASS está propondo é uma alternativa que acha ser melhor - a redação explicitando que não é em cada município, atende. É nessa perspectiva que está sendo encaminhado um ofício à SAS sugerindo uma redação que no entendimento do CONASS é mais abrangente do que a que está colocada aqui, e não deixar para a próxima CIT essa questão. Dr. Barjas colocou em apreciação o encaminhamento proposto pelo Dr. Néilton, o que foi acatado. Dr. Renilson informou que de acordo com o que está na NOAS, hoje deveria ser apresentada a questão da regulamentação e do financiamento da alta complexidade, porém não se conseguiu fechar isso. Existe uma minuta, e a proposta é de se fazer um trabalho na câmara técnica com o CONASS e o CONASEMS para que se possa

aprovar a proposta na CIT de abril. Colocou, por último, em relação à minuta de Portaria do INTEGRASUS, que apenas a SES/PR enviou proposta com sugestões que foram acatadas, e situando-se a favor da aprovação da Portaria. Frisou que está detalhado no anexo da Portaria a idéia de que o MS aloque, para este fim, recursos novos, e que a princípio esses recursos fiquem no FAEC e à medida que o estado vá definindo sobre o assunto, homologa-se na CIB o valor definido, informa ao MS e este será incorporado ao teto do estado. Está colocado também na Portaria que esses recursos novos tem um limite no valor do incentivo e no número de universidades, mas o estado pode ultrapassar esse valor, sabendo que com isso o seu teto vai ser onerado. O aporte de recursos novos é um grande facilitador e a expectativa é de que isso possa contribuir de forma significativa, inclusive para esse trabalho de regionalização. Dr. Néilton Oliveira colocou que a nova versão da Portaria já contempla algumas questões levantadas anteriormente, porém restam ainda algumas, ao que indagou o Dr. Renilson Rehem se isso havia sido encaminhado por escrito para a SAS. Respondendo que não o Dr. Néilton Oliveira falou que a discussão foi aberta, mas em função da reunião com os secretários de capitais deixou-se para fechar na oficina algumas questões como: o fato da gestão, definição e acompanhamento ser feita pelo estado, e a situação de que há em municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal alguns hospitais filantrópicos que estão subordinados e submetidos à gestão e parceria, e integrados com o gestor municipal, o que modificaria um pouco essa relação que foi estabelecida ultimamente. Assim, ao invés do estado acha que precisaria estar o município em Gestão Plena, desde que este hospital esteja sob gestão do município, para não tirar o incentivo que já faz parte do processo de gestão do município e integrá-lo ao FAEC e via avaliação do gestor estadual. Esse é um argumento de reconhecimento unânime na oficina. Uma outra questão é que não há consenso com relação à criação de um incentivo para hospitais filantrópicos, visto que alguns serviços públicos estaduais ou municipais não recebem o mesmo tratamento. Em razão das novidades que considerou ter a portaria, apelou no sentido de que o gestor municipal em Plena pudesse também ser o gestor desse incentivo, e com relação à segunda questão, melhor discuti-la para se chegar a um consenso. Dr. Renilson Rehem colocou que o entendimento é de que esse

hospital deva ter uma função regional, por isso defende de maneira intransigente que o comando único de todos os prestadores do município em Plena deva ser do município. Ao mesmo tempo defende que a ação que extrapola o limite do município, a constituição de redes e a ação regional, é uma função de coordenação do estado. O que está colocado no documento é que esse acordo feito pelo estado com o hospital que está no município, seja ele Plena ou não, mas principalmente do município em Plena, tem dois componente fundamentais: 1) tem que ser homologado na CIB; 2) assina como interveniente nesse acordo o município aonde está localizado o hospital. Esse incentivo não é para uma ação local e sim para uma ação regional, por isso deve se retirar o município onde está localizado o hospital e os municípios que serão em tese beneficiados, inclusive, para ficar claro, que o estado está criando um compromisso com aquele hospital para o atendimento da população. Daí o entendimento é de que essa relação com o hospital para esse caráter regional é uma função estadual, contudo o município em Plena está incluído nesse acordo. Dr. Néilton Oliveira colocou que quando foi discutida a questão do comando único dos hospitais, que é um processo a ser negociado na regionalização, foram colocadas 2 hipóteses: o hospital que vai ter abrangência regional pode estar sob a gestão do estado ou do município, ao que disse o Dr. Renilson Rehem que o que está disposto na NOAS é que se o município é Pleno, esse hospital vai estar sob gestão do município. Dr. Néilton Oliveira disse que se o hospital está sob gestão do município e vai haver comando único, apesar dele ter abrangência regional, o comando será desse município, então nesse caso o incentivo deveria estar também estar subordinado a essa gestão do município. Dr. Renilson Rehem discordou da colocação reafirmando que esta é uma função estadual que não pode excluir a participação do município como interveniente, mas não que pode ser transferida para o município. Dr. Néilton Oliveira disse que da forma como está, coloca que o estado é que vai fazer, e assim o incentivo estará sendo fracionado. Dr. Fernando Cupertino colocou que todos acharam na reunião do CONASS que a proposta tem um grande mérito por acenar com uma nova possibilidade que foge da questão de simplesmente fazer o pagamento por prestação de serviços. Citou algumas preocupações com relação a algumas questões, como por exemplo: no art. 3º,



parágrafo 2º diz-se que o valor do incentivo que vai ser definido calculando-se a média dos 12 últimos pagamentos, vigorará por um período de 6 meses, o que foi considerado um período curto, e que poderia ser de 1 ano, talvez até com previsão de uma verificação com 6 meses. Dr. Renilson Rehem comentou que houve propostas com períodos diversos, e esta não é uma questão fechada. Dr. Fernando Cupertino acrescentou que uma outra questão é com relação ao disposto na letra i – ter sido submetido à avaliação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH e obtido no mínimo 60% de aproveitamento, o que não sabe se isso vai facilitar ou dificultar a operacionalização. Uma outra questão diz respeito aos 30% de clientela referenciada, que em algumas regiões pode até ser mais do que isso e em outras bem menos, e nem por isso diminua a importância daquela unidade estrategicamente colocada no atendimento daquela clientela referenciada e talvez se pudesse remeter isso à avaliação do Gestor. Dr. Renilson Rehem perguntou porque essas sugestões não haviam sido encaminhadas nesses 30 dias, ao que respondeu o Dr. Fernando Cupertino que isso ocorreu em função de que a reunião da Diretoria do CONASS deu-se no dia anterior, mas que as sugestões poderiam ser enviadas por escrito. Dr. Barjas Negri disse que isso seria conveniente para que se possa formatar o texto definitivo e tentar fazer uma rodada de aprovação, independentemente da Tripartite. Dr. Júlio Müller perguntou ao Dr. Renilson Rehem quanto tempo o pessoal levou internamente para a elaboração da proposta, supondo um tempo de 3 a 4 meses, considerando que a proposta está bem fundamentada com estudos técnicos e avaliação e disse não ter tido tempo de fazer essa avaliação dentro do seu estado. Dr. Renilson Rehem ponderou que teve 30 dias e colocou que ou se tem efetivamente representação ou se faz assembléia. Como CONASS estava representado na última Tripartite, entende que a SES/MT teve 30 dias para apreciar essa proposta. Se esse tempo foi insuficiente vamos ver qual é o tempo necessário. Dr. Júlio Müller disse que teve informação oficial dessa Portaria e que somente ontem teve o documento em mãos. Na primeira avaliação feita considerou que as exigências estão um pouco aumentadas e de que poderíamos discutir isso para melhorar. Se já foi pactuada internamente, não tem problema. Dra. M<sup>a</sup> Luíza Jaeger disse que o documento é

uma avanço, e que é uma reivindicação antiga das universidades filantrópicas, e que foi criado um projeto parecido no Rio Grande do Sul - o Saúde Solidária que estabelece critérios e repasses também nessa forma. Acha que é um avanço dos hospitais estaduais e sobretudo municipais, cuja manutenção tem sido um grande peso financeiro para as prefeituras, e que muitos deles são hospitais de referência regional. Gostaria de entender o anexo 1 que apresenta uma divisão com base populacional, o que a seu ver teria que ser feita em cima da representatividade dos leitos das filantrópicas em cada um dos estados. Por exemplo: na divisão populacional comportaria 4 hospitais no DF, mas não existem estes hospitais filantrópicos no DF, integrantes da rede SUS. Em outros estados com São Paulo, Paraná e Rio Grande do Sul as entidades filantrópicas representam a maior parte dos leitos do Sistema. Assim, deveria ser feito um estudo com o objetivo de trazer mais estas filantrópicas que faltam para o SUS? Dr. José da Silva Guedes colocou que foi sugerido que o gestor estadual poderia definir esse mínimo de clientela referenciada, para contemplar o hospital que faz emergência, por exemplo. Um fator complicador é com relação à implantação de um sistema de avaliação de custos, que nós não temos.

**6) Descentralização da Carga Viral - CD4 -** Dr. Alexandre Grandeiro fez a apresentação da proposta que consta das seguintes estratégias: 1) aquisição pelo Ministério da Saúde de um estoque estratégico de 100.000 testes CD4 e 100.000 testes Anti-Carga Viral, suficiente para garantir o funcionamento da rede durante o primeiro semestre de 2001; 2) incluir os procedimentos relativos a CD4 e Carga Viral no âmbito do FAEC garantindo um repasse extra-teto. A proposta de inclusão dos valores relativos aos insumos no FAEC prevê o repasse desses recursos aos estados, e esses conduziram os processos de aquisição e repasses para os laboratórios da rede CD4 e Carga Viral, enquanto que os valores de procedimentos seriam repassados ao prestador. Como o repasse de recursos para os insumos estará sendo repassado pelo FAEC para os estados, houve revisão dos valores da tabela de procedimentos reduzindo de R\$45,00 para R\$13,00 para o CD4 e de R\$65,00 para R\$16,00 para Carga Viral; 3) conduzir em âmbito nacional, um processo de ata de registro de preço possibilitando que os estados possam utilizá-la e que possa ser mantido um padrão único do volume de recursos, evitando compras individuais pelos estados

e o aumento dos insumos. Será alocado um valor total de recursos de R\$24.200.000,00 do FAEC para a aquisição dos insumos para o atendimento de 100% da demanda estimada que é de 300.000 exames de CD4 e 300.000 de Carga Viral. Estará sendo repassado aos prestadores pelos procedimentos CD4 e Carga Viral um volume de recursos estimados em R\$11.300.000,00. O Ministério da Saúde fica responsável pelo financiamento através do FAEC e do SIA/SUS, e também pelo processo de credenciamento dos laboratórios em CD4 e Carga Viral, definindo especialmente a questão da regionalização, e ainda o controle de qualidade dos procedimentos laboratoriais. Aos estados caberia efetivamente a gestão, a aquisição de insumos e a questão das conciliações para a prestação de contas. O procedimento relativo a diagnóstico de HIV passaria a ser de competência exclusiva dos estados e municípios como processo de contrapartida e aqui há uma questão importante: o diagnóstico do HIV hoje é um dos grandes pontos do estrangulamento com relação ao programa. A proposta então é: 1) que os estados e municípios assumam a responsabilidade de gestão e financiamento do diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV; 2) a competência entre estado e municípios deveria ser decidida na CIB local; 3) os estados e municípios ficariam responsáveis por elaborar um plano para ampliação do acesso ao diagnóstico, o que vai prever a estrutura de serviço para dar acesso aos pacientes, estrutura de laboratório e a definição de metas para 12 a 18 meses. O atingimento das metas seria vinculado aos valores repassados aos estados e municípios por meio de convênios de DST/AIDS, ficando estes sujeitos à interrupção desses recursos caso as metas não sejam atingidas. Os parâmetros mínimos para a definição das metas são: o diagnóstico em 100% das gestantes atendidas nos serviços de pré-natal do SUS, 60% dos pacientes com exposição sexual de alto risco, 80% de usuários de drogas injetáveis e 85% dos pacientes com tuberculose, e essas seriam também as metas mínimas previstas para serem atingidas por estados e municípios num prazo de 18 meses. A expectativa é de que com essas metas se consiga ampliar o total de exames que hoje é de 2.900.000 no SIA/SUS, para 5.200.000 no prazo de 18 meses. Dr. Ricardo Scotti colocou que tinha algumas dúvidas e indagou: 1) se os R\$24.200.000,00 destinados à aquisição dos insumos serão apropriados somente com recursos novos? 2) esses recursos são

suficientes para o provimento dos insumos? 3) quanto o MS gasta hoje com esses mesmos insumos? 4) o porque da redução tão drástica do valor do procedimento: é porque eles estão subestimados? 5) o que está sendo pago hoje além do procedimento? 6) esse valor é suficiente para a compra de serviços de terceiros? Com relação ao aumento de cobertura com o anti-HIV proposto como contrapartida, a pergunta é: se esses procedimentos não pagos mediante o SIA só se pode pagar um procedimento caso se tenha o respectivo teto? Se vai ser contrapartida do estado, dinheiro do estado, e ele não tem como pagar o SIA com recurso próprio o único mecanismo possível seria alocar recurso no SIA. Dr. Guedes ponderou que está se falando de um programa pelo qual temos uma condecoração nacional e acrescentou que houve um momento em que os laboratórios queriam fazer Carga Viral porque com isso eles equilibravam os custos, e os universitários é que faziam na maioria dos casos. Agora se muda isso dando o insumo e oferecendo R\$16,00 para a Carga Viral. A avaliação do Laboratório Adolfo Lutz, que foi chamado para assessorar a equipe do MS nessa discussão, é de que não se faz Carga Viral com menos de R\$28,00. A epidemia atualmente tem uma velocidade menor, mas é de tendência crescente. Por outro lado, os estados tem que investir para ampliar diagnóstico e neste caso tem-se que investir também para ampliar a captação de doentes e o seu tratamento, o que é um processo de risco, muito pesado, que preocupa muito. Dr. Néilton Oliveira disse que apesar da carga sobre o município não ser tão grande, é necessário examinar a proposta no conjunto no sentido de manter as garantias para que o sistema seja continuado, e analisar o que se pode ir implementando para ampliar o programa tendo a compreensão de que muitas coisas só poderão ser possíveis para o ano seguinte. Dr. Cláudio Duarte disse que a discussão está sendo feita com muito cuidado para que não haja nenhuma interrupção de acesso do cidadão a essa política que já está posta, durante esse processo em que será fechado o pacto. A discussão não diz respeito somente à manutenção da qualidade e a estratégia de gestão dessa política nacional em relação a Carga Viral, a intenção é ampliar uma ação que hoje não é nacional por não ter uma política bem definida, que é a questão do teste HIV e que vai ser um grande avanço na construção desse pacto. Nos próximos 18 meses teremos de discutir o

processo de sustentabilidade da descentralização das ações de prevenção, controle e tratamento das DST/AIDS, porque está em curso um processo de conclusão de financiamento internacional, o que vai representar um pacto de financiamento, de estratégias, atribuições e competências entre níveis federal estadual e municipal. É importante observar que todos os laboratórios que fazem Carga Viral são públicos. Dr. Alexandre Granjeiro colocou, respondendo às indagações do Dr. Scotti, que os R\$24.000.000,00 é recurso novo e que o recurso para o pagamento dos procedimentos será sacado do teto dos estados e municípios. Na realidade há uma política de co-financiamento. Está sendo retirado do teto do estado o valor que ele faturou em 2000, ressaltando-se que havia um acordo tácito de que como o MS repassava os recursos, os procedimentos não deveriam ser faturados para não caracterizar duplo pagamento, o que não era observado por todos os estados. Os R\$11.000.000,00 é o valor estimado para cobrir 100% dos 390.000 exames previstos para 2001, e os R\$24.000.000,00 são suficientes para garantir os insumos. Existe hoje no país 95.000 pacientes em tratamento por anti-retroviral e a estimativa do MS é de que se chegue ao final do ano com cerca de 110.000 a 112.000 pacientes, porém, para o cálculo, foi adotado o número de 100.000 pacientes, que representa uma média. Com relação a porque descentralizar: porque hoje, do jeito que está, a rede de CD4 e Carga Viral entra em estrangulamento em pouquíssimo tempo. Há uma demanda reprimida importante, o sistema de racionalização precisa ser aprimorado e os estados precisam assumir a gestão. Então descentralizar hoje a rede significa exatamente garantir uma maior gestão dos estados e o seu aprimoramento. Além disso hoje já está sendo discutida no âmbito do Ministério a implantação dos exames de genotipagem, que são mais complexos e, até para resposta tecnológica, para continuar o acompanhamento da epidemia é necessário que o MS possa compartilhar o processo de gestão com estados e municípios para assimilar novas tecnologias. Quanto ao valor do procedimento, o valor atual prevê tanto a parte operacional quanto os insumos. Assim, se vai ser garantido o repasse de recursos para a aquisição dos insumos não tem sentido se manter na tabela o custo total do procedimento. Dr. Cláudio Duarte colocou que houve investimento com recursos do programa nacional permitindo que a rede duplicasse, e esse investimento foi de

equipamentos, capacidade instalada tecnológica e de recursos humanos. Essa capacidade instalada inclusive está acima da necessidade executada em 2000. Dr. José da Silva Guedes contestou que a capacidade não está acima da necessidade, que é maior do que aquilo que foi produzido, e certamente não se está produzindo dentro da necessidade. Dr. Cláudio Duarte falou que a política de acesso é universal e que não há problema de acesso como existem em outras áreas tais como cirurgia por exemplo, e que teria que se verificar qual a metodologia usada pelo Adolfo Lutz para o cálculo. Dr. Guedes colocou que a avaliação é de que irão ter problemas, as pessoas estão fazendo os exames por R\$45,00 e com frequência estão recebendo insumos para fazer isso. Por outro lado não se tem a possibilidade de instalar esse tipo de serviço em qualquer lugar, e que quando se fala de serviço público, existe uma série de hospitais filantrópicos e universitários em São Paulo, que estão nesse esquema e que não tem verba pública para compensar seus gastos. Dr. Alexandre Granjeiro colocou à guisa de exemplo que um município do Rio de Janeiro não faturou quase nada porque estava no acordo, recebendo insumo, e tudo que o laboratório apresentava como produção ele glosava. Em São Paulo, especialmente, então criou-se uma situação, onde já havia um financiamento para o faturamento dos prestadores dos serviços de laboratório que já recebiam insumos. Isso é uma questão específica de alguns estados. Não dá para se pensar em manter um valor de procedimento que incluía insumos e operacionalização, e o que poderia ser feito, e isso é uma proposta, seria que o CONASS e as Secretarias nos enviassem a estimativa de custos atual para laboratório, porque essa foi uma dificuldade. O único laboratório que tem um parâmetro um pouco mais bem definido é o Adolfo Lutz, que é um laboratório de pesquisa e portanto de custo elevado. Frisou ainda frisou que há uma certa urgência para aprovação da Portaria, porque foi feita uma aquisição de 100.000 testes para o estoque estratégico e não há outros processos de aquisição e, caso a Portaria não saia, poderá haver estrangulamento da rede. Essa discussão já se arrasta há quase um ano e está chegando ao limite. Sugeriu que os laboratórios enviem seus parâmetros de custos para que se possa discutir qual é o valor do procedimento. Dr. Néilton Oliveira alertou que como a maioria dos estados não está operando, não tem os serviços, existe a preocupação de que

essa mudança venha a comprometer a qualidade do programa. Dr. Fernando Cupertino colocou que o CONASS não tem ainda a convicção de que se possa aprovar e depois fazer ajustes. Temos de continuar trabalhando juntos para clarear as dúvidas, para poder aprovar. Dr. Cláudio Duarte fez o encaminhamento de continuar com o grupo permanente que está analisando esta questão, deixando registrado em ata que o MS está em processo de aquisição de insumos para Carga Viral até junho deste ano, o que exige um limite de tempo para esse acordo. Combinamos de fazer uma nova reunião do grupo técnico, solicitando ao CONASS que traga questionamentos ou estudos diferenciados para que possamos discutir e avançar, e apresentar na próxima CIT. Dr. Fernando Cupertino colocou que deve ser registrado igualmente que a questão da data é função dos entendimentos possíveis, e não uma questão com tempo definido porque há o risco de não se fazer nenhuma discussão consistente dos problemas que temos de enfrentar, e de tentar fazer remendos em algumas situações para simplesmente cumprir um prazo. Dr. Alexandre Granjeiro observou que essa proposta já foi intensamente discutida com as áreas técnicas de DST/AID das secretarias estaduais e municipais, para que ao se chegar até aqui já tivesse uma boa margem de segurança para a solução do problema.

**7) Programação de Medicamentos: Hanseníase e Tuberculose** – A Diretora do Departamento de Atenção Básica Dra. Heloísa Machado apresentou o plano de intervenção elaborado em conjunto com as áreas técnicas das coordenações estaduais, que considera como prioritários 329 municípios que concentram em torno de 80% dos casos em tuberculose e hanseníase. Esses municípios representam mais de 40% da população do país. A ação intensificada nesses municípios prioritários está voltada basicamente para os objetivos de aumentar a identificação de casos e garantir a cura. Já foram iniciadas reuniões nos estados com os municípios prioritários. A intervenção está muito voltada ao fortalecimento da atuação nessas áreas dentro da atenção básica, na capacitação das equipes básicas no sentido de que elas sejam capazes de identificar casos suspeitos, de fazer o diagnóstico e de garantir o tratamento, e ainda a organização da referência para apoio diagnóstico. Nisso tudo um elemento fundamental que é a garantia de medicamento. Não há restrição por parte da União na aquisição de medicamento

para a tuberculose e para hanseníase . A Secretaria Executiva é responsável pela aquisição e distribuição dos medicamentos. A aquisição é feita com base numa programação da Secretaria de Política de Saúde-SPS através do Departamento de Atenção Básica, que por sua vez se baseia na programação apresentada pelos estados. A SPS assumiu essa responsabilidade o ano passado, e houve problemas sobretudo na área de tuberculose. Foram feitas articulações com as secretarias estaduais, em trabalho junto às coordenações de assistência farmacêutica, porque havia um grande risco de vencer medicamento em função dos grandes estoques existentes em alguns estados, enquanto que havia risco de faltar medicamentos em alguns municípios. O trabalho foi no sentido de readequar a programação, porém há problemas com relação à: 1) notificação dos casos de tuberculose, já que grande parte dos estados não consegue informar o número exato de casos, para que se possa estimar a necessidade de medicamentos para o ano seguinte; 2) o controle inadequado de estoque e, 3) deficiência no processo de acompanhamento junto aos municípios tanto na questão da notificação, quanto na necessidade de medicamentos. Outros aspectos são os relacionados à descentralização da informação junto aos municípios, para que eles se apropriem disso como instrumento da programação, e no aspecto gerencial, a importância da articulação das áreas técnicas de tuberculose e hanseníase com a área de Assistência Farmacêutica. Nos últimos meses um instrumento de programação foi discutido com a câmara técnica do CONASS e todas as áreas técnicas dos estados já conhecem o instrumento. Foi feito um piloto, entregue às áreas técnicas de Assistência Farmacêutica para realizar um teste, enquanto se faz a fiscalização, para que depois possa ser disponibilizado. A proposta então é que esse instrumento passe a ser condição para o fornecimento de medicamento pelo MS, ou seja, a distribuição do medicamento ou a programação de aquisição por parte da Secretaria Executiva ficaria condicionada ao preenchimento e envio desse instrumento pelas Secretarias Estaduais. É uma planilha, onde a base da programação é o número de casos de tuberculose e o controle de estoque, e ela está embasada nos esquemas terapêuticos padronizados. Assim, uma vez preenchida, mostra automaticamente a necessidade do medicamento quando se entra com o número de casos e o estoque existente. Para tanto, é fundamental



que se faça a alimentação do SINAM. A sugestão de encaminhamento é de que a planilha seja aperfeiçoada e disponibilizada, e de que seja acordado um prazo com as Secretarias Estaduais, a partir do qual a programação já seja feita baseada nesse instrumento. Dra. Maria Lúcia, técnica da SPS, colocou que além da programação precisa ser feito o acompanhamento da distribuição, de como o estado distribui para seus municípios e de como regula as variações que acontecem quando se trabalhava com pequenos números. E isso só pode ser feito se houver um sistema de informação ágil. Dr. Ricardo Scotti disse que alguns estados observaram que a programação que está sendo aprovada não corresponde à programação proposta. Dra. Heloísa Machado respondeu que todos os estados receberam no ano passado a análise da programação apresentada realizada pela área técnica e pela área de assistência financeira, e que está no aguardo das respostas para poder fazer o ajuste da programação, e que grandes discrepâncias foram observadas. Dr. Cláudio Duarte colocou que com relação à campanha do Diabetes, em 08 dias o MS vai dispor de 200.000.000 de comprimidos de glibenclamida que serão enviados aos municípios participantes da campanha. Essa medicação isoladamente não resolve o problema porque algumas pessoas usam metiformin. Foi feita uma proposta concreta de que não se esperasse a próxima CIT para fazer o acordo, e que já pudéssemos ter um entendimento para dar consequência administrativa nesse pacto em relação à assistência farmacêutica específica para o Diabetes, já que esse recurso para a compra da glibenclamida é recurso novo, o que significa um avanço. Solicitou ao Dr. Néilton Oliveira ao Dr. Fernando Cupertino um esforço no sentido de que se viabilize o entendimento. Dr. Fernando Cupertino se colocou de acordo e disse que o CONASS vai enviar um relatório à SPS sobre a questão. Dr. Néilton Oliveira disse ter restrições ao acordo, mas que há um grupo técnico formado por representantes do CONASS, CONASEMS e do MS, que elaborou um documento onde foi levantado que a aquisição de medicamentos não é o maior problema dos municípios e dos estados e faz a indicação de outros pontos. **Dr. Barjas Negri colocou em apreciação o pleito de habilitação do estado do Mato Grosso em Plena do Sistema, sugerindo que o mesmo fosse aprovado sem colocar a vigência, porque ainda há uma pendência de teto, o que já aconteceu**

## **quando da habilitação de Goiás e Rio Grande do Sul. 8) Informe FUNASA – O**

Presidente da FUNASA Dr. Mauro Machado colocou o quadro distribuído sobre a Dengue mostra um comparativo entre os anos de 1998 a 2000, onde se observa que houve crescimento do número de casos 1995 para 2000 em torno de 9,5% no global, e que este aumento ocorreu em 15 Unidades da Federação. Comparando-se os dados de janeiro de 2001 com os de janeiro de 2000, 07 Unidades da Federação apresentaram aumento de casos: AC, AM, RR, RN, RJ, SP e DF. Os estados de RO, TO, PI, PE, BA, SC e MT não informaram os dados no SINAN relativos ao mês de janeiro. Seis Unidades informaram dados provavelmente ainda incompletos, porque a ocorrência se mostra muito baixa em relação ao ano anterior, PA, PB, SE, MG, MS e GO. É extremamente importante que se faça um esforço concentrado para que possamos diminuir a ocorrência de dengue no Brasil. Foram estabelecidas metas para 2001 que são: a redução de 25% da ocorrência de Dengue no Brasil e a redução de 10% dos municípios infestados. A forma de financiamento foi modificada, e a forma descentralizada de pactuação de metas e atividades de transferências de recursos fundo a fundo, facilita a operacionalização das ações. O Diretor do CENEPI Dr. Jarbas Barbosa fez algumas ponderações sobre a preocupação gerada pela ocorrência de um caso de dengue tipo 3 que ocorreu no Rio de Janeiro, e falou que numa reunião sobre doenças emergentes patrocinada pela OPAS que ocorreu em Salvador, foi dito que a Venezuela já tem circulação dos 4 sorotipos do vírus na maioria das províncias, de 3 simultâneos praticamente em todas as províncias e em outros países próximos ao Brasil a situação é semelhante. Aqui no Brasil está ocorrendo apenas o D1 e D2 só por sorte ou acaso, e seguramente vai haver importação de D3 e D4, e temos de estar alertas para identificar rapidamente. Com relação à informação, ela não está chegando e nós estamos dispostos a apoiar a mobilização de pessoal do campo, fazer reuniões para atualização de metas, principalmente dos instrutores de campo, que tem papel importante na mobilização do pessoal. O monitoramento de resistência com a substituição do larvicida tem sido o maior problema - que é o de incorporar mobilização comunitária dentro do Programa. Quando acabar o período sazonal da dengue, em agosto, será feita uma oficina onde se fará uma revisão das bases técnicas

nos vários aspectos. Todos os encontros internacionais estão apontando que mesmo uma ação de combate aos focos com intervalo menor de 60 dias, o que leva a se conseguir realizar 06 ciclos/ano, o que uma minoria consegue fazer, nos locais aonde o foco principal de criadouro é o armazenamento de água, cria-se um espaço de tempo em que aquela água é consumida e repostada, e mesmo que o trabalho de campo seja perfeito, se não envolver a população, nesse espaço de tempo vai se formar criadouro. Com relação ao problema da Febre Amarela, a estratégia de ação foi modificada. A área epizootica de cobertura florestal foi redesenhada, no ano passado, em conjunto com o IBAMA, e na próxima semana estaremos reunindo com os estados, nessa nova área redefinida. Fora dessa área, na área indene, não há justificativa de fazer campanha massiva. A estratégia para a área indene é aumentar a vigilância epidemiológica e garantir vacinação de viajante, sobretudo onde há risco bem evidenciado. Estamos enviando aos estados um ofício solicitando a atualização das informações e gostaríamos que o CONASS e CONASEMS ajudassem no envio desses dados, estamos também com o compromisso de fazer um certo enxugamento na ficha de notificação da dengue e da malária. Dra. M<sup>a</sup> Luíza Jaeger disse que há uma preocupação com relação à fronteira com a Argentina e indagou se havia sido feito um encaminhamento junto à OPAS e governo Argentino para montar uma ação de fronteira. O representante do CONASEMS para a Região Sudeste Dr. Walter Lavinhas, colocou que no estado do Rio de Janeiro existe um alto índice do Aedes Aegypti e várias cidades que fazem divisa com Minas Gerais, e há também uma preocupação com relação à BR-040 Rio/Minas, grande fluxo de caminhoneiros. Dr. Néilton Oliveira colocou que o aparecimento desses casos, principalmente os do último surto de Minas Gerais mostra que a nossa estratégia não está uniformizada entre os níveis federal, estadual e municipal, e que é necessário aliar a vigilância epidemiológica às respostas tanto para o sistema de saúde, quanto para a população, de uma forma ágil. Apelou para o CENEPI, o CONASS e CONASEMS para uniformizar a informação técnica, epidemiológica e também o para a mídia. Dr. Guedes colocou que a forma de se livrar da febre amarela é combatendo o Aedes, daí a necessidade de se fazer um trabalho intenso de mídia. Como mais de 80% dos criadouros são intradomiciliares, deve ser pensada

alguma coisa no sentido de envolver pessoas no combate ao Aedes. Dr. Fernando Cupertino disse que em Goiânia foi tomado o cuidado de colocar nas mãos do cidadão a solução do problema, e que tem que haver uma inversão de marketing, hoje muito centrado em cima da ação do governo. Dr. Jarbas Barbosa colocou que a avaliação do programa, mostra que a concepção precisa ser mudada. Atualmente estamos em pleno período de dengue e o que pode ser feito até junho, é o trabalho de mobilização e intensificação, quando termina esta fase. Em julho e agosto faremos uma avaliação com maior profundidade, apontando muito para como incorporar informação e mobilização comunitária dentro do programa. Atítulo de exemplo: a pessoa que teve a dengue tipo 3 é do PEA de Nova Iguaçu, e a investigação encontrou dois focos de Aedes aegypti na sua casa. O trabalho de campo é mal feito quando não envolve a população. Nós temos um estoque estratégico de quase 30.000.000 de vacina, não há risco de faltar. Com relação ao problema das fronteiras, foi feita uma discussão numa reunião de ministros do Mercosul e foi criado um grupo especial para discutir ações de controle de dengue, porque tem no Uruguai, Brasil, e a Argentina, no paralelo que fica de Buenos Aires para cima, está com muita infestação. Em Buenos Aires parece que está havendo algo parecido com o que está acontecendo com o Amapá, crescendo tanto o número de casos importados que eles deveriam estar investigando. A dificuldade é que a presidência pró -tempore mudou e está agora na mão do Paraguai, envolvido em uma série de dificuldades tal como mudanças de todo o ministério. Por conta disso, foi encaminhada uma consulta à OPAS, para, sem atropelar a decisão dos ministros do Mercosul, realizarmos uma reunião bilateral Brasil/Argentina e fazermos uma abordagem mais pontual. Deveremos ter uma resposta até a próxima semana. Dra. Heloísa Machado informou que foi enviado ofício a todos os secretários estaduais, com cópias para o COSEMS, relatando algumas irregularidades detectadas no sistema de informações das equipes do PSF: problemas com o cadastro de profissionais como duplicidade, o mesmo médico emprestando o nome para vários municípios ou várias equipes. Está sendo introduzida uma crítica, que impedirá que tal situação gere pagamento. Na próxima semana já vai estar disponível no SIAB uma versão com essa crítica, e outra também no estado para facilitar o acompanhamento. Isso é uma coisa

muito série e contamos com a contribuição de todos para corrigir estas distorções, que são graves. Dr. Cláudio Duarte fez um apelo às secretarias estaduais para que façam uma supervisão geral na qualidade da organização do PSF, para não comprometer a estratégia por uma frouxidão no processo de implantação e de organização.

**Visto:**

**Ministério da Saúde**

**CONASS**

**CONASEMS**



**Ministério da Saúde**  
**Secretaria Executiva**  
**Comissão Intergestores Tripartite**  
**Secretaria Técnica**

**COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE - CIT**

**REUNIÃO ORDINÁRIA DE 15/3/2001**

**RESUMO EXECUTIVO**

O Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite, conduziu a 2ª Reunião Ordinária, realizada no dia 15.03.2001.

**Pontos de Pauta:**

**1 – Expansão do Cartão SUS** - o projeto de expansão envolve a entrada de recursos do Fundo de Universalização das Telecomunicações – FUST, para que o Ministério da Saúde possa fazer a colocação de linhas telefônicas e equipamentos de conexão em 60.000 unidades de saúde. Está em desenvolvimento um conjunto de funcionalidades dentro do sistema tais como: geração de BPA eletrônico; sistema de informação de medicamentos - prescrição, dispensação, extrato para o usuário; integração do sistema com a Central de Regulação-CISREG, já articulada com o cartão, o que vai tornar materialmente possível e gerencialmente viável a gestão do conjunto das ações realizadas pelos gestores municipais e estaduais, dentro desse ambiente informatizado. Já foram adquiridos os servidores federal e

os estaduais, estando em curso a ligação entre a unidade básica e a unidade estadual. A grande ação no momento é a extensão do cadastramento, já realizado nos 44 municípios que compõem o projeto piloto, onde já existe cerca de 8 milhões de pessoas com identificação única. As Portarias que dispõem sobre o cadastramento e a do Ministério das Comunicações que abre o FUST para a saúde já foram publicadas, e uma outra que dispõe sobre o disciplinamento dos recursos financeiros alocados para esse sistema e sobre os termos de adesão dos estados e municípios está em vias de publicação. Iniciado o cadastramento, a idéia é que o cartão seja disponibilizado em agosto.

**2 – Incentivo aos Hospitais Filantrópicos de Âmbito Regional-INTEGRASUS** - foi apresentada a minuta da Portaria, destacando-se que para o seu cumprimento o Ministério da Saúde, estará alocando recursos novos que a princípio estarão concentrados no FAEC, porém à medida em que os estados forem definindo suas necessidades, o valor final será homologado nas CIBS e incorporado aos tetos dos estados. Foram discutidos vários aspectos do documento e foi acordado que o CONASS encaminhará sugestões à SAS, por escrito, e será feita uma nova rodada de discussão para a definição do texto definitivo da Portaria.

**3 – Descentralização dos Exames de Carga Viral-CD4** - A proposta consta das seguintes estratégias: 1) aquisição, pelo Ministério da Saúde de estoque estratégico de 100.000 testes CD4 e 100.000 testes Anti-Carga Viral, suficientes para garantir o funcionamento da rede durante o primeiro semestre de 2001; 2) inclusão dos procedimentos relativos a CD4 e Carga Viral no âmbito do FAEC, garantindo um repasse extra-teto. Assim, os valores relativos aos insumos serão repassados aos estados, que conduzirão os processos de aquisição e repasses para os laboratórios da rede que realizam CD4 e Carga Viral, enquanto que os valores dos procedimentos serão repassados ao prestador. Como o repasse de recursos para os insumos estará sendo feito para os estados via FAEC, houve revisão nos valores da Tabela de Procedimentos, reduzindo de R\$45,00 para R\$13,00, o valor para a Carga Viral; 3) condução do processo de ata de registro de preço em âmbito nacional que possa ser utilizadas pelos estados, evitando, por esses, compras individuais e o aumento dos insumos. Será alocado um volume de R\$24.2000.000,00, do FAEC, para a aquisição dos insumos com vista ao atendimento de 100% da demanda estimada que é de 300.000 exames de CD4 e 300.000 de Carga Viral. Aos prestadores, estará sendo repassado pelos procedimentos, um montante de R\$11.300.000,00.

O Ministério da Saúde fica responsável pelo financiamento através do FAEC e do SIA/SUS pelo credenciamento dos laboratórios, definindo especialmente a questão da regionalização, e pelo controle de qualidade dos procedimentos laboratoriais. Aos estados compete a gestão, a aquisição dos insumos e a questão da conciliação para a prestação de contas.

O procedimento relativo ao diagnóstico do AIH, que é um dos grandes pontos de estrangulamento do programa, passa a ser competência dos estados e municípios, como contrapartida, com a proposta de que: 1) os estados e municípios assumam a responsabilidade da gestão e do financiamento do

diagnóstico da infecção pelo HIV; 2) a decisão sobre a competência de estados e municípios deverá ser tomada nas CIB's; 3) os estados e municípios serão responsáveis pela elaboração de um plano para a ampliação do acesso ao diagnóstico, definindo a estrutura de serviços, a estrutura de laboratório e a definição de metas para 12 a 18 meses. Os parâmetros mínimos para a definição das metas são: o diagnóstico em 100% das gestantes atendidas nos serviços de pré-natal do SUS, 60% dos pacientes com exposição sexual de alto risco, 80% de usuários de drogas injetáveis e 85% dos pacientes com tuberculose. Com estas metas a expectativa é a de ampliar o número atual de 2.900.000 exames no SIA/SUS para 5.200.000, em 18 meses.

A proposta foi analisada e discutida, porém como não houve consenso para todos os pontos apresentados foi sugerido que o grupo permanente continue a análise da questão e que a proposta seja reapresentada na próxima reunião da CIT.

**4 – Programa de Medicamentos: Hanseníase e Tuberculose** – o plano de intervenção elaborado pela Secretaria de Políticas de Saúde em conjunto com as áreas técnicas das coordenações estaduais, prioriza a ação em 329 municípios, que concentram 80% dos casos de tuberculose e hanseníase, o que representa cerca de 40% da população do país, e está voltado basicamente aos objetivos de aumentar a identificação dos casos e à garantia da cura. A intervenção está voltada para o fortalecimento da atuação nessa área dentro da Atenção Básica, na capacitação das equipes básicas para a identificação de casos suspeitos, diagnóstico, tratamento, e ainda para a organização da referência para apoio diagnóstico. O elemento fundamental dentro deste programa é a garantia do medicamento, e não há restrição por parte da União para sua aquisição, que é feita pela Secretaria Executiva com base numa programação da Secretaria de Políticas de Saúde, que é por sua vez, baseada na programação dos estados, num processo ascendente. Foi feito um trabalho de readequação da programação, mas existem problemas com relação à: 1) notificação dos casos de tuberculose, o que é necessário para se estimar a necessidade de medicamentos; 2) controle inadequado de estoque; 3) deficiência no processo de acompanhamento junto aos municípios, tanto na questão da notificação quanto na necessidade de medicamentos. Foi elaborado um instrumento que está sendo testado pelas áreas técnicas da Assistência Farmacêutica, e consta de uma planilha onde a base de programação é o número de casos de tuberculose e o controle do estoque de medicamentos, que uma vez preenchida, mostra automaticamente a necessidade do medicamento. A proposta é de que esse instrumento passe a ser condição para a programação de aquisição e a distribuição de medicamentos. Para isso é fundamental que se faça a alimentação do SINAM.

**5 - Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças - ECD** – foram certificados com vigência a partir de 1º de abril:

- ◆ 06 municípios do Amapá
- ◆ 19 municípios da Bahia
- ◆ 06 do Ceará

- ♦ 22 de Goiás
- ♦ 62 da Paraíba
- ♦ 22 de Rondônia
- ♦ 12 do Rio Grande do Norte
- ♦ 03 de São Paulo

**6 - Vigilância Sanitária - Habilitação dos Estados** - não foram apresentados pleitos de habilitação.

**7 - Habilitação de Estados** - o estado de Goiás foi habilitado em Gestão Plena do Sistema Estadual.

## **8 - Habilitação de Municípios**

### **8.1 - Plena da Atenção Básica**

#### **Rio Grande do Norte**

- ♦ Lagoa Salgada
- ♦ Jundiá

#### **Rio Grande do SUL**

- ♦ Aceguá
- ♦ Almirante Tamandaré do Sul
- ♦ Boa Vista do Cadeado
- ♦ Boa Vista do Incra
- ♦ Bozano
- ♦ Canudos do Vale
- ♦ Capão Bonito do Sul
- ♦ Capão do Cipó
- ♦ Coqueiro Baixo
- ♦ Coronel Pilar
- ♦ Cruzaltense
- ♦ Forquetinha
- ♦ Itati
- ♦ Jacuizinho
- ♦ Lagoa Bonita do Sul
- ♦ Mato Castelhano
- ♦ Mato Queimado



- ♦ Nova Pádua
- ♦ Novo Xingu
- ♦ Paulo Bento
- ♦ Pedras Altas
- ♦ Pinhal da Serra
- ♦ Pinto Bandeira
- ♦ Quatro Irmãos
- ♦ Rolador
- ♦ Santa Cecília do Sul
- ♦ São José do Sul
- ♦ São Pedro das Missões
- ♦ Tio Hugo
- ♦ Vale Verde
- ♦ Wetsfália

#### **Minas Gerais**

- ♦ Belmiro Braga
- ♦ Bolelhos
- ♦ Casa Grande
- ♦ Queluzito
- ♦ Santana dos Montes

#### **Maranhão**

- ♦ Alto Alegre do Maranhão

#### **Pará**

- ♦ São João de Pirabas

#### **Piauí**

- ♦ Pau D'arco do Piauí

#### **8.2 - Plena do Sistema Municipal**

- ♦ Alagoínhas/BA
- ♦ Almas/TO
- ♦ Barrolândia/TO
- ♦ Itacajá/TO
- ♦ Nazaré/To

♦ Paranã/TO

## **9 - Informes:**

**9.1 – Encontro de Secretários de Saúde de Capitais** – realizado em Brasília nos dias 13 e 14 de março, onde foi discutido o processo atual de construção do SUS e a necessidade da criação de uma rede técnica do CONASEMS para trabalhar essas questões junto aos municípios.

**9.2 – Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde** – foi informado que estão abertas as inscrições, via Internet, para médicos e enfermeiros, e foi enviada aos Secretários Estaduais de Saúde a relação dos 151 municípios que preencheram os critérios para a inclusão no programa.

### **9.3 – Regulamentação da NOAS**

- Foi apresentada minuta de Portaria dispondo que os pleitos de habilitação de municípios que deram entrada nas CIB's até 28/02/2001 e que foram protocolados junto à Secretaria Técnica da CIT até 30/03/2001, terão como prazo final para apreciação a reunião da CIT de 26 abril de 2001. Ficou acordado que em havendo denúncia sobre o não encaminhamento pelas CIB's de processos que estejam corretos, a CIT fará a apreciação e apuração do problema.

- Foram apresentadas e aprovadas duas Instruções Normativas, que versam sobre a regulamentação do Processo de Habilitação e o Plano Diretor de Regionalização.

- A minuta da Portaria que regulamenta a PPI foi alvo de discussões com relação à questão do detalhamento dos recursos dos estados alocados para os municípios, sendo aceita a proposta de aprovação condicionada a um acerto na redação a ser feito pelo grupo tripartite

**9.4 – Campanha Nacional de Detecção da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus** – foi informado que dentro de 8 dias o Ministério da Saúde vai dispor de 200.000.000 de comprimidos de glibenclamida, que serão enviados aos municípios participantes da campanha.

### **9.5 – FUNASA**

- Os dados sobre a Dengue mostram que a incidência aumentou em torno de 9,5% no período de 1995 para 2000, e foi dada ênfase à necessidade de se fazer um esforço concentrado para diminuir a sua ocorrência no Brasil, reforçando a participação e colaboração efetiva da população.

- As metas estabelecidas para 2001 são: redução de 25% na ocorrência em todo o país, e a redução de 10% no número de municípios infestados.

- Com relação à Febre Amarela, a estratégia de ação foi modificada com o redesenho da área epizootica, e na próxima semana a FUNASA estará discutindo a vacinação com os estados situados nessa área. Nas áreas indenes a estratégia é aumentar a vigilância epidemiológica e garantir vacinação de viajantes, não havendo justificativa para fazer campanha massiva.

**9.6 – Programa de Saúde da Família** – O Departamento de Atenção Básica/SPS enviou Ofício aos Secretários Estaduais de Saúde relatando irregularidades detectadas no sistema de informações das equipes de PSF, informando a introdução no Sistema de uma crítica que impedirá que essas situações gerem pagamento, e que a mesma já vai estar disponível no SIAB, na próxima semana.