



Ministério da Saúde
Secretaria Executiva
Comissão Intergestores Tripartite
Secretaria Técnica

9ª Reunião Ordinária
2001

ATA DA REUNIÃO

18.10.01

1. MEMBROS DA COMISSÃO

MINISTÉRIO DA SAÚDE			
Órgão	Representante	T/S	Frequência Acumulada
SE	Barjas Negri	Titular	09/09
	Otávio Mercadante	Suplente	
SAS	Renilson Rehem de Souza	Titular	08/09
	Maria Helena Brandão	Suplente	
SPS	Cláudio Duarte da Fonseca	Titular	09/09
	Tânia Lago	Suplente	
ANVS	Luís Carlos Wanderley Lima	Titular	
	José Agenor Alvares da Silva	Suplente	
FUNASA	Mauro Ricardo Machado Costa	Titular	08/09
	Jarbas Barbosa da Silva Jr.		06/09

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS			
Região	Representante	T/S	Frequência Acumulada
N	Francisco Deodato Guimarães	Titular	
	Grace Mônica Alvim	Suplente	
NE	Marta Oliveira Barreto	Titular	08/09
	Anastácio de Queiroz e Souza	Suplente	
SE	José da Silva Guedes	Titular	08/09
	João Felício Scárdua	Suplente	
S	João José Cândido da Silva	Titular	
	Armando Martinho B. Raggio	Suplente	
CO	Fernando Passos Cupertino	Titular	08/09
	Izaías Pereira da Costa	Suplente	

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE - CONASEMS			
Região	Representante	T/S	Frequência Acumulada
N	Eliana Pasini	Titular	08/09
	Márcia Helena Veloso	Suplente	
NE	Sílvio Mendes	Titular	
	Jorge Sola	Suplente	07/09
SE	Valter Luís Lavinas	Titular	
	José Ênio Sevilha Duarte	Suplente	
S	Francisco Isaias	Titular	09/09
	Luciano Ducci	Suplente	
CO	Otaliba L. de Moraes Neto	Titular	
	Beatriz Figueiredo Dobkshi	Suplente	04/09

2 - ASSESSORES E CONVIDADOS

1.	DEILDES PRADO	ST/CIT/SE
2.	ELANE ARAÚJO	ST/CIT/SE
3.	LOURDES VIRGÍNIO	ST/CIT/SE
4.	KARDSLEY SOARES GUIMARÃES	ST/CIT/SE
5.	ARNALDO RODRIGUES	ST/CIT/SE
6.	ZENILDA BORGES	ST/CIT/SE
7.	POLIANA SANTOS	FUNASA/VIGISUS
8.	ALVARO NASCIMENTO	ENSP/FIOCRUZ
9.	WAGNER MARTINS	SES/RJ
10.	JOSÉ MACIEL	SESPA/PARÁ
11.	PAULO ROBERTO	DENASUS/MS
12.	FERNANDO	SES/RS
13.	RICARDO SCOTTI	CONASS
14.	IRACEMA FERMON	SAS/DGA/MS
15.	BEATRIZ DOBSHI	SESACGMS-CONASEMS
16.	JOHNSON ARAÚJO	SAS/DGA/MS
17.	JOELLYNGTON SANTOS	CONASEMS
18.	LUIS JÚNIOR	COSEMS/MT
19.	MARIA ESTHER JANSSEN	ST/CONASS
20.	MARIA DE FÁTIMA	
21.	MAGNO SILVA	COSEMS/RJ
22.	NILO BRETAS JÚNIOR	CONASEMS
23.	LOURDES GORETH DE O REIS	COSEMS/SE
24.	REGINA CARVALHO	SMS/ARACAJU
25.	EDSON JOSÉ ADRIANO	COSEMS/SC
26.	HUMBERTO ANTUNES	COSEMS/PE
27.	DANIELA SOUSA PISSINATI	CAMARA TEC. BIPART./ES
28.	MARIA DO CARMO	CATU/BA
29.	SANDRA MOREIRA	SMS-PASSÉ/BA
30.	MARIA ALVES	SMS/NATAL
31.	HELOIZA MACHADO	SPS/DAB
32.	KATIA M ^a BARBALHO DE CARVALHO	COSEMS/RN
33.	ORESTES GUIMARÃES	SES/AM
34.	EDYLENE M ^a DOS SANTOS	SES/AM

3. PAUTA

- 1. NOAS – Processo de Implantação – SAS/MS**
- 2. Plano Nacional de Mobilização e Intensificação das Ações para Eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose – SPS/MS**
- 3. Aplicação dos Recursos das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças – FUNASA/MS**
- 4. Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças-ECD – FUNASA/MS**
 - 5.1 - Certificação de Municípios**

Informes:

- 1. Habilitação dos Municípios Recém Emancipados na Condição de Gestão Plena de Atenção Básica – CONASS**
- 2. Ressarcimento de Recursos do Município de Camaragibe/PE Decorrente de Auditoria – CONASEMS**
- 3. Proposta Normativa para Implementação da Estratégia de Atenção Integrada às Doenças da Infância – SPS/MS**
- 5. Saúde no Sistema Penitenciário Brasileiro – SPS/MS**

4 - DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

O Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite - CIT, **Dr. Barjas Negri**, conduziu a 9ª Reunião Ordinária da CIT do dia 18 de outubro de 2001. **Dr. Barjas** fez a leitura da pauta e em seguida cumprimentou os médicos pelo seu dia. **1 - Informe sobre Paracambi/RJ** - o Secretário Adjunto da SES/RJ, **Dr. Valcley**, falou que o município de Paracambi tem cerca de 40.000 hab. e se encontrava em Plena do Sistema até o ano passado, quando teve a sua habilitação suspensa em função de uma auditoria realizada na Clínica Dr. Eiras, um grande hospital psiquiátrico localizado no município. Esse encaminhamento foi analisado na CIB e julgado correto, e foi feito um trabalho para solução dos problemas existentes na clínica com acompanhamento do MS e Ministério Público, a partir do qual, o problema foi sanado, e hoje há um controle desse prestador pelo município em conjunto com o estado e com o MS. Tendo em vista que a Bipartite aprovou o retorno do município à condição de Gestão Plena, o assunto foi trazido a CIT para apreciação. O Secretário de Assistência à Saúde, **Dr. Renilson Rehem** disse que o município foi desabilitado por uma questão específica, e que havendo entendimento no estado de que a questão foi superada e de que é importante para a organização do sistema que o município retorne a condição de Gestão Plena, não há nada contra. **2 - Informe sobre Boa Vista/RR** - O secretário Municipal de Saúde de Boa Vista, **Dr. Virlande da Luz**, colocou que em função das dificuldades enfrentadas pelo município, foi levada à CIB uma solicitação de aumento do seu teto. A proposta foi apreciada por duas vezes, não sendo acatada. O município de Boa Vista foi habilitado em Gestão Plena em fevereiro de 2000 com um teto de R\$ 346.513,00, e a partir daí foi inaugurado o Hospital da Criança que é um hospital de referência para todo o estado, com 75 leitos incluindo UTI. Boa Vista tem 200 mil habitantes e o estado tem 300 mil, mas toda população é atendida na rede municipal de Boa Vista, incluindo ainda os pacientes que vêm do sul da Venezuela e da Guiana Inglesa. Os recursos repassados pelo Ministério não sofreram alteração durante o ano e houve um aumento da oferta de serviços com a entrada no sistema do Hospital Pediátrico, da UTI Pediátrica, e em novembro, foram municipalizados 04 centros de saúde que apresentam condições precárias. O Estado fez um convênio com o município através da sua cooperativa, a qual se responsabilizou em manter os recursos humanos por um ano, porém esse prazo acaba agora em novembro e o estado se recusa a renová-lo. Dessa forma, o município terá de absorver um total de 180 funcionários, com uma folha de pagamento de R\$ 150.000,00, sem ter condições de arcar com essa despesa. Além disso, no processo de municipalização todos os tratamentos fora do domicílio em crianças abaixo de 12 anos foram absorvidos pelo município, o que representa um atendimento médio de 60 crianças/mês, o que corresponde ao dobro em passagens. Essa situação vai se complicar mais a partir de novembro, porque terá de ser feita a devolução dos 180 funcionários para a cooperativa do governo do estado, de onde eles são oriundos, gerando assim demissões e um problema social enorme. **Dr. Renilson Rehem** sugeriu a ida de um representante da SAS a Boa Vista, para ouvir os dois lados e fazer uma proposta para resolver o problema. **3 - Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças - ECD** - foram certificados 62 municípios com vigência de 1º de novembro, sendo: 08 do Estado da Bahia; 22 do Maranhão; 06 de Goiás; 08 de Minas Gerais, 15 de Pernambuco e 03 de São Paulo. **4 - NOAS - Processo de Implantação** - **Dr.**

Renilson Rehem, colocou que conforme fora acertado na última reunião da CIT, ontem foi realizado um Seminário onde foram discutidos os pontos mais polêmicos do processo de implantação da NOAS, e hoje haverá ainda uma Oficina de Trabalho que vai tratar de uma questão mais específica, que é o processo de contratação de serviços assistenciais. Pediu a Dra. M^a Helena Brandão, chefe do Departamento de Descentralização/SAS/MS que fizesse o relato sobre as conclusões da reunião, dizendo não estar seguro de que o entendimento da SAS sobre essas conclusões seria também o entendimento do CONASS e do CONASEMS. **Dra. M^a Helena Brandão** leu a Síntese do Debate e Encaminhamentos da Reunião do MS, CONASS e CONASEMS, de 17 de outubro.” A partir dos debates efetuados no Seminário Sistema Único de Saúde e a Regionalização, os representantes do MS, CONASS e CONASEMS definiram o seguinte encaminhamento a ser submetido à CIT: 1) quanto aos prazos para implementação da NOAS acordou-se que o cronograma de implementação seria definido no âmbito de cada CIB, de forma a considerar a especificidade naquele estado, e encaminhado à CIT. Mesmo havendo pendências para adequação dos municípios atualmente habilitados em Gestão Plena do Sistema segundo a NOAS, os estados poderão submeter à CIT para apreciação, seus correspondentes PDR, PDI, PPI e Relatórios de Avaliação dos municípios. Nesse caso a CIB deverá encaminhar um cronograma de adequação para cada situação pendente, por exemplo: prazo de transferência da gestão de unidades assistenciais para municípios, estratégias para melhoria de indicação da Atenção Básica, estruturação do setor de controle, avaliação e auditoria, etc. Após avaliação dos produtos enviados, a CIT poderá aprovar o PDR, PDI, PPI e os respectivos cronogramas de adequação dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal. Enquanto o cronograma estiver vigorando, esses municípios em Gestão Plena do Sistema municipal não poderão ser desabilitados pelas pendências identificadas. Além disso, a região ou microrregião em que esse município desempenha papel de sede de módulo assistencial não poderá ser qualificada nos termos da NOAS 01/01. Outras regiões/microrregiões situadas no mesmo estado que não apresentem pendências poderão ser qualificadas. As novas habilitações à Gestão Plena do Sistema Municipal deverão seguir integralmente as condições estabelecidas na NOAS. A situação de implementação da NOAS/SUS nos estados deverá ser ponto de pauta de todas as reuniões da CIT a partir de novembro/2001. As condições desse acordo firmado entre representantes do MS, CONASS e CONASEMS, serão reavaliadas pela CIT no mês de abril. Ficou reafirmado o comando único como estratégia de organização. 2) quanto à gestão dos recursos da referência intermunicipal, o CONASS apresentou a proposta de fortalecimento da gestão dos estados sobre as referências intermunicipais, e o CONASEMS insistiu em manter os mecanismos e instrumentos já previstos na NOAS, alegando que eles são suficientes para que o gestor estadual exerça seu papel. Foi sugerida a formação de um grupo de trabalho para aprofundamento do debate, e como não houve conclusão sobre este ponto, a decisão foi remetida para a reunião da CIT. **Dr. Renilson Rehem** disse que este foi o esforço de entendimento da SAS e passou a palavra ao CONASS e CONASEMS. O representante para a Região Centro-Oeste, **Dr. Fernando Cupertino** colocou que o CONASS tem feito um trabalho no sentido de equalizar as dificuldades de entendimento a respeito desses conceitos, tentando aprimorar sempre a NOAS no que se refere a sua operacionalização. Disse que apesar do seminário de ontem, dois pontos continuam controversos: 1) a questão do comando

único, já que o entendimento do CONASS é de que teria ficado a possibilidade de que ele pudesse ser estadual ou municipal, e hoje nós constatamos que esse entendimento não se confirmou dessa forma. 2) Existe também uma dificuldade com relação a se ter uma leitura mais adequada em relação ao teto da referência. Assim, o CONASS gostaria de encaminhar a seguinte proposta: que da mesma forma que o CONASEMS sentiu necessidade de discutir internamente esse último ponto, o CONASS também quer discutir internamente a questão do comando único e também abordar outros pontos. Disse acreditar que não haveria nenhum prejuízo **incontornável** em se deixar a apreciação desses assuntos para a próxima reunião da CIT e nesse período continuar a discussão, porque o CONASS gostaria de ver isso no conjunto. **Dra. M^a Helena Brandão** informou que a SAS fez a síntese dos aspectos mais ligados à condução geral da NOAS e a SPS fez a síntese dos pontos acordados em relação à Atenção Básica, sugerindo que isto fosse colocado antes do encaminhamento. **Dra. Heloisa Machado** disse que as modificações acordadas estão concentradas no ajuste da PRT 1.158 de 08/8/2001, que estabelece os critérios para avaliação de municípios com vista à habilitação. Houve consenso sobre a necessidade de criação de uma estratégia mais ampla e permanente de acompanhamento e avaliação da Atenção Básica, sendo sugerida a criação de uma comissão tripartite que defina indicadores e elabore propostas para viabilização desse acompanhamento. Foi sugerido que esse trabalho seja associado à definição do pacto da Atenção Básica para 2002 e que deve está inserido também na definição da Agenda Nacional de Prioridades. Por solicitação do CONASS foi acordado que municípios não habilitados em qualquer forma de gestão, incluindo os recém emancipados, poderão habilitar-se em Gestão Plena da Atenção Básica segundo critérios da NOB/96. Quanto aos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal que não tenham cumprido os critérios da portaria de avaliação, ficou acordado que eles não perderão a condição de gestão em que se encontram habilitados, mas o módulo assistencial ao qual pertencem não poderá ser qualificado até que os critérios propostos sejam cumpridos. As mudanças na PRT seriam: o artigo 1º, referente ao pacto da Atenção Básica, passa a ter a seguinte redação: **componente I**, meta proposta em relação ao número de consultas/hab/ano - cumprimento da meta proposta pelo gestor municipal ou estadual, ou no mínimo 1.5 consultas básicas/hab/ano, para o ano anterior, do indicador consulta médica especialidades básicas/hab/ano, incluindo as consultas médicas de urgência básica. Essa é aquela mudança que a portaria previa de cumprimento da meta municipal que foi alterada para meta municipal ou a meta estadual ou pelo menos 1.5 consultas/hab/ano. Em relação à cobertura vacinal de rotina da Tríplice, foi proposto o alcance de no mínimo 90% e não de 100% como era previsto. Fica excluído da avaliação o indicador referente à cobertura do pré-natal em função dos problemas apresentados nas bases de dados. O componente III - Alimentação dos Sistemas Nacionais de Informação, a exigência seria alimentação regular nos últimos 12 meses anteriores ao pleito de habilitação, das informações dos bancos de dados nacionais exigidos: SIA, SINAN, SINASC, SIM, SIAB, para os municípios com pacto do PSF. No quadro 05, aonde se coloca o teste específico para diabetes, deverão ser acrescentados os 02 novos códigos da Tabela do SIA/SUS, que são referentes à Campanha do Diabetes. O representante do CONASEMS para a Região Nordeste, **Dr. Solla** falou que há consenso em relação aos dois documentos e que é necessário amadurecer o que foi discutido na Oficina, mas que, a proposta colocada pelo CONASS vai impossibilitar

a habilitação pela NOAS, até a próxima reunião. Outro ponto importante é viabilizar a proposta de ontem, de formação de uma comissão de assessoria técnica do CONASS e do CONASEMS, que possa discutir e aprofundar o detalhamento da proposta apresentada pelo CONASS. **Dr. Cupertino** disse que na verdade a proposta do CONASS é de reverter tudo para a próxima reunião da CIT, porque não dá para fazer essa coisa picada. Seria interessante então que a comissão técnica discuta ponto a ponto e construa o consenso. **Dr. Solla** ponderou não ter nenhuma posição contrária em relação aos dois pontos que precisam de uma posição do CONASS e CONASEMS, mas que tinha entendido que os demais pontos do acordo de ontem ficariam mantidos, sob pena de se ter 30 dias de imobilização do processo. **Dr. Cupertino** falou que a Diretoria do CONASS tem uma delegação para tomar decisões em cima de determinados acertos e isso é um conjunto de coisas, então a proposta mais conseqüente é a de fazer essa discussão no seu todo, o que não impõe nenhuma dificuldade. Qualquer açodamento nesse processo pode trazer conseqüências desagradáveis e é preferível gastar mais tempo para fazer esse acerto técnico. **Dr. Renilson Rehem** perguntou ao Dr. Cupertino se a situação existente antes da reunião de ontem fica mantida até a próxima CIT, mesmo para as questões acordadas. **Dr. Cupertino** respondeu que sim, porque o acordo deve ser global, não dá para estar destacando esse ou aquele ponto e é perfeitamente possível que se faça isso ponto a ponto, discutindo as nossas dúvidas e também as do CONASEMS para poder acertar as coisas e apresentar na próxima reunião. **Dr. Renilson** falou que essa é uma posição política do CONASS, que ele acata e respeita plenamente, porém resta a questão crucial para a construção do SUS que é a redefinição ou definição clara dos papéis dos gestores públicos, cada um na sua esfera. Essa é a questão fundamental que a NOB/96 não conseguiu equacionar porque continuou fazendo a divisão, não possibilitou a clara definição. Disse estar totalmente convencido de que para se avançar no SUS esta questão tem que ser resolvida, não dá para o gestor estadual nem para o gestor municipal ficar com tudo do sistema. É importante viabilizar o papel do estado na gestão da referência e é fundamental a existência do comando único sobre o sistema localizado no município, para viabilizar o papel do gestor municipal. É preciso entender o que significa essas duas coisas, para que se possa avançar. Em relação ao comando único pode se estar confundindo que a gerência das unidades tenham que passar necessariamente para os municípios, quando o entendimento é de que apenas a rede básica se enquadraria nisso. O hospital estadual continuará sob gerência do estado e a questão da gestão é a inserção desse hospital enquanto parte do sistema de assistência à saúde naquele município e no financiamento. Quanto à gestão da referência, é preciso que os municípios façam uma reavaliação, porque houve um período no SUS em que de forma explícita ou não, se entenderia que o pleno poder a cada município significaria a construção dos sistemas estaduais e conseqüentemente do sistema nacional de saúde e isso criou uma certa marca e espaço de poder, que agora pode estar sendo interpretado pelos gestores municipais como uma eventual perda de poder. A impressão que fica é de que tanto o CONASS quanto o CONASEMS querem ficar com o comando único e a gestão da referência, dessa forma estamos sendo empurrados para o impasse que houve com a NOB/96, cuja solução foi péssima. Fez um apelo de que se pudesse qualificar melhor o debate e tentar entender como é que se vai fazer para avançar com o SUS, com a clara definição do papel de cada nível da gestão pública. Insistir que as diversas

funções sejam simultaneamente exercidas pelos 03 gestores ou por 02 gestores, não vai funcionar. A questão do comando único é importante porque aonde ele não existe quem comanda o sistema é o prestador privado, e é indispensável que se tenha uma gestão pública para a utilização desses recursos. Assim, caso se reconheça que não temos condições de tomar as decisões necessárias para a implantação do SUS, é melhor não fazer do que fazer qualquer acordo, para aparentemente superar essas dificuldades e não avançar em nada. **Dr. Solla** ponderou que do ponto de vista do CONASEMS, existe um acordo em relação aos pontos colocados pelo Dr. Renilson, e que o processo de discussão da NOAS significou uma evolução, já que nela foram levantadas várias modificações que reforçam o papel do estado nas referências intermunicipais, estabelece o termo de compromisso, a definição explícita do teto e uma série de salvaguardas. Ontem se avançou mais ainda no processo de discussão e a compreensão é de que havia consenso em praticamente todos os pontos citados no documento da SAS. Em relação à nova proposta do CONASS, o que deixamos claro é que gostaríamos de um tempo para aprofundar a discussão entre as assessorias técnicas, detalhar melhor as propostas e ver como o processo de operacionalização disso poderia ser viabilizado a contento para ambas as partes. Isso não significa reverter todos os pontos anteriores, e deve ser tentada uma forma de o processo não ficar imobilizado durante 01 mês, de se tentar pelo menos assegurar junto à CIB a discussão do cronograma de implantação da NOAS. **Dr. Renilson** falou que precisa haver uma decisão imediata com relação ao problema da atenção básica, porque isso está no processo de avaliação e a sua não aprovação agora implica na paralização do processo por 30 dias, ou em se fazer com as regras atuais, sem essas modificações, e ter de refazer mais adiante. Propôs que fosse aprovada a parte da atenção básica, e que se aprofundasse a discussão das outras questões durante o mês. **Dra. M^a Helena Brandão** comentou que tem que ser adiada a data da volta da habilitação pela NOB/96, até a próxima reunião da CIT. **Dr. Cupertino** disse que a sugestão era essa mesmo, que houvesse uma prorrogação do prazo em portaria. Indagado sobre se fica aprovada a questão da atenção básica, colocou que não, que o CONASS acha que é mais conseqüente fazer a prorrogação da data em 1 mês e fazer a aprovação de tudo no mesmo bloco. **Dr. Renilson** ponderou que se essa é a posição do CONASS, só lhe restaria acatar, embora não visse lógica nenhuma nisso. **Dr. Solla** colocou que a preocupação é não criar barreiras para atrasar o processo e nesse sentido a proposta do Dr. Renilson dá conta disso. Se for aprovado o que foi acordado em relação à avaliação da atenção básica, o processo estará andando durante esse mês e isso não vai de encontro às preocupações levantadas pelo CONASS. O secretário de Políticas de Saúde, **Dr. Cláudio Duarte** disse achar que esse bloco da atenção básica guarda em tese uma certa independência em relação a alguns pontos que se está tentando acordar em relação ao gerenciamento da PPI, referência, comando único, etc, até porque há a questão dos municípios novos que precisam ter uma decisão de se é possível habilitá-los pela NOB/96, o que é importante, porque esses municípios estarão sendo prejudicados no acesso a uma forma de financiamento que já está posta para todo o país. Com relação à questão da avaliação, é preciso que se tenha um acordo para começar o processo do ponto de vista administrativo, para quando for feito o acordo global daqui a 30 dias, já estar tudo preparado para no dia seguinte se poder começar a habilitação. **Dr. Cupertino** disse que o colegiado do CONASS deliberou que a aprovação fosse feita em bloco. **Dr. Solla** disse ter ficado preocupado porque

ontem foi feito um esforço grande para avançar no processo e quando se chegou no final da discussão, ficou muito clara a posição de que o CONASEMS não é contrário aos mecanismos que estão sendo discutidos em relação ao fortalecimento da gestão estadual da referência, que precisa ser melhor esclarecido e por isso se precisaria de tempo para definir como isso seria operacionalizado, quais as salvaguardas, fluxo da informação e cronograma. Falou que não está conseguindo entender como é que um ponto que já tinha avançado, até do ponto de vista da compreensão e da definição política do processo, termina retroagindo até o processo da avaliação da atenção básica. **Dr. Renilson** colocou que a seu ver essa é uma questão operacional e que não há justificativa para que ela não seja deliberada, então a sua proposta é de que se aprove e encaminhe essa decisão com registro da posição do CONASS, contrária a essa aprovação. **O assessor técnico do CONASS Dr. Ricardo Scoti** indagou, se houver um acordo entre CONASS e CONASEMS e o MS não concordar, está aprovado? **Dr. Renilson** disse que a posição que o CONASS está adotando não tem nenhum fundamento, porque essa é uma questão operacional. **Dr. Cupertino** colocou que CIB e CIT não aprovam nada, são instâncias de pacto, o pacto é possível ou não. Se há duas partes que entendem que há toda uma lógica e a terceira está entendendo de maneira equivocada, tudo bem. Disse que acredita na necessidade de discutir toda questão num único bloco, porque isso facilita o consenso. **Dr. Renilson** ponderou que isso tem lógica quando se trata de pontos estruturais e essa é uma questão pontual, operacional. O que o CONASS está fazendo é intencional e isso é uma estratégia política válida, para emperrar todo o processo que é estrutural, para decidir coisas pontuais. **Dr. Cláudio Duarte** propôs que o MS e o CONASEMS fizessem uma solicitação formal à Diretoria do CONASS, no sentido de que fosse feita uma re-consulta em relação a esse bloco da atenção básica. **Dr. Cupertino** colocou que essa é uma decisão que deve ser tomada pela Diretoria, a qual deve verificar as condições que ela tem de estar deliberando fora de uma posição de plenário. **Dra. Heloísa Machado** disse que se esse encaminhamento for possível, tudo bem, mas que a preocupação é em relação a questão operacional, no sentido de se definir, já que todos os pontos foram discutidos e acordados. e que o outro ponto é que isso não atrase o processo da pactuação dos indicadores para 2002. É preciso que até 15 de dezembro os indicadores de 2002 estejam fechados, para que no máximo em março as agendas estejam fechadas com os municípios. **Dra. Beatriz** disse querer registrar uma posição em nome do CONASEMS, de que há interesse de que essas questões sejam encaminhadas o mais rápido possível, porém que haja sempre a garantia de que as decisões tiradas aqui sejam pactuadas. **5 - Aplicação dos Recursos das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças - ECD - O representante da FUNASA, Dr. Mauro Machado** colocou que ao longo dos últimos 2 anos já foram certificados 4.124 municípios, recebendo os recursos fundo a fundo, o que representa aproximadamente 74% dos municípios do país. Logicamente a pactuação feita na CIB deveria levar em consideração as atividades a serem desenvolvidas pelo estado e pelos municípios, pactuando não só as metas e atividades, mas também os recursos a serem repassados. Foi iniciado esse mês um processo de avaliação dos saldos financeiros existentes nos fundos estaduais e a partir do próximo mês isso será feito também nos fundos municipais de saúde, no que se refere ao Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças. Foram observados saldos significativos em alguns fundos estaduais e que serão apresentados para que se

discuta qual a estratégia que se poderá estabelecer. **Dr. Jarbas** explicou que essa avaliação vem sendo provocada porque no processo de gerenciamento dos vários programas de controle muitas vezes há questionamento sobre se os recursos são suficientes ou não. Disse que a realidade que será apresentada reflete causalidades distintas, talvez uma pactuação que reflita um exagero do tamanho do repasse para determinado gestor ou mesmo a capacidade de execução lenta, porém o que se quer trazer para reflexão é de que isso precisa ser corrigido com relativa velocidade. Disse que antigamente a preocupação da epidemiologia era o inverno e que agora é o verão, e o próximo verão, por algumas questões que serão especificadas com relação ao Rio de Janeiro, pode ser um verão pavoroso do ponto de vista de impacto epidemiológico se tivermos epidemia de Dengue Hemorrágica, ou seja, se precisarmos fazer algum ajuste no sentido de dar mais capacidade de operação e de resposta a uma possível situação de emergência diante de uma epidemia de dengue e de febre hemorrágica, isso deve ser feito agora, daí a importância dessa avaliação. Por região temos: na Região Norte foram repassados em 2000 e 2001 R\$ 44.926.000,00 e foram aplicados um total de R\$ 32.900.000,00, porém o preocupante é que temos um saldo de praticamente R\$ 12.000.000,00, e quando se pega por estado é como se nós tivéssemos por Ex: para o Tocantins o correspondente a 10 parcelas mensais do teto retido no saldo, quase a antecipação de 1 ano; para o Amapá é ainda maior, 13,6 e isto preocupa porque ele é o estado que tem o pior desempenho do Plano de Controle da Malária e que passou a ter transmissão autóctone de dengue, com uma capacidade de resposta pequena, frente a esse desafio. Só o estado de Roraima é que teve o menor saldo, correspondente a 1,1/mês e o Pará tem 1,4/mês. Na Região Nordeste a situação é semelhante: Alagoas com o correspondente a 5,3; Ceará 7,7; Maranhão 12,9; Paraíba está com o saldo zerado, ou porque está com execução rápida ou porque fixou uma fatia capaz de ser gasta rapidamente pelo estado; Pernambuco 7,4; Piauí 1,1; Rio Grande do Norte 10,7; Sergipe 23,6. No total, temos na conta para a região nordeste quase 1 ano do correspondente ao total de repasse federal para as SES daquela região. O quadro da Região Centro-Oeste também não varia e o DF tem de ter uma análise diferenciada porque ele recebe a parcela total, e como ele está tendo 06 meses de saldo, isso indica que ou está tendo menos atividade do que deveria e/ou que a capacidade de gasto é relativamente lenta. O DF, para este tipo de ação é como se fosse um município, ele é responsável por ação finalística: contrata gente, paga combustível, etc, então ele faz ações continuadas que não deveriam está permitindo um represamento tão grande de dinheiro. Nos demais estados temos: Goiás 25,8; Mato Grosso do Sul 18,2; Mato Grosso, zerado. Na Região Sudeste: Espírito Santo, 12; Minas Gerais, com 22 é o maior volume, o estado tem mais de R\$ 20.000.000,00 parados; Rio de Janeiro, 19,4 ou R\$ 10.715.000,00, ele tem mais recursos do que foi repassado, o dinheiro já rendeu dividendos. São Paulo tem o menor saldo na região, 3,4 meses. Na Região Sul, Paraná 10,8; Rio Grande do Sul, 11,3; Santa Catarina está zerado. Em síntese, das regiões, a Norte é a que está com o menor saldo, porque nós acreditamos que o plano de intensificação da malária forçou a utilização do teto, e nas outras regiões a variação é muito pequena, correspondente a 10/12 meses de repasse federal. **Dr. Mauro Machado** explicou o quadro de valores apresentados e concluiu que já foram pactuados na CIT 42,8 milhões de reais para um teto de 43,8 milhões, faltando em torno de 1 milhão a ser pactuado, e que corresponde à habilitação de municípios e ao incentivo de 48 centavos por cada

município. O saldo total acumulado de 2000/2001 é de 139 milhões de reais. Essa apresentação demonstra que deve ser feito algum ajuste quando da pactuação na CIB, ou o governo federal está repassando recursos a mais para estados e municípios. Será feita apresentação desses dados todo mês na CIT, para que se possa fazer uma avaliação permanente da aplicação dos recursos. Existem problemas sérios na área de epidemiologia e controle de doenças, mas não é por falta de recursos que as ações não estão sendo empreendidas na forma devida. **Dr. Jarbas** informou que a avaliação de cada estado será enviada formalmente para a SES, para que esta faça uma avaliação ou uma justificativa. A intenção é que se veja conjuntamente como fazer o ajuste. **Dra. Beatriz** solicitou que a avaliação fosse também encaminhada aos COSEMS. **Dr. Jarbas** disse que a questão do RJ foi trazida à CIT porque não é um problema local, é uma situação epidemiológica complexa e não se deve ser fatalista pensando que vai ocorrer epidemia de dengue e não há o que fazer. Não é verdade, nós temos o que fazer, e a história da nossa saúde pública, tanto a antiga quanto a recente mostra que temos capacidade de impedir danos e de evitar epidemias. Vai ocorrer transmissão no verão, agora, se isso vai se dar criando um clima de caos, depende da nossa ação. Há uma situação epidemiológica que nos pressiona. Já tivemos a entrada da Dengue 3 no Rio de Janeiro, e por enquanto ele não foi responsável pela intensificação da epidemia esse ano quando passamos dos 300 mil casos, o que mostra no entanto uma tendência de crescimento esse ano. Não foi um crescimento igual ao de 1998, quando passamos dos 500 mil casos, mas inegavelmente é uma curva de crescimento lento e persistente com alguns agravantes, como é o caso do dengue 3 detectado no RJ. A nossa história e a de outros países mostram que o tempo que temos entre sua introdução e a epidemia é de 01 ano, porque no primeiro ano que ele circula, como há circulação dos dois outros sorotipos há uma certa proteção. Então é muito provável que ocorra uma intensificação da circulação da dengue 3 no RJ nesse próximo verão, com todas as repercussões que isso pode ter. Temos a Venezuela numa situação de emergência, o seu Presidente indo à televisão para mobilizar exército e população, porque já há perto de 4.000 casos de dengue hemorrágico, isso num país que tem população mais de 10 vezes menor do que a nossa, e uma área de circulação do *Aedes Aegypti*, também menor. Temos um cenário de pressão sobre o próximo verão, e o RJ passa a ter uma importância local e também nacional porque se consolida a transmissão. Aí, vamos ter em seguida a circulação para MG, Salvador, etc., ou seja, a rota que o tipo 1 e 2 já seguiram. A SMS do RJ já procurou a FUNASA, a SES/RJ também, e desde o início do ano vem sendo feita várias reuniões, não se trata de um problema simples. O RJ fez um processo de pactuação do teto diferente do resto do Brasil, exercendo a liberdade que a CIB tem de pactuar, apesar de ter um artigo da PRT 399 que dizia especificamente que o piso para município fora fixado em 60%, e a partir disso este teto deveria ser fixado em correspondência com a maior absorção de atividades. A lógica não é de premiar o fracasso, isso se dava com a lógica anterior, quando eclodia uma epidemia se fazia convênio, quem não tinha epidemia não tinha como ter convênio. Era uma lógica perversa. A lógica do teto financeiro é outra, é de um programa continuado de ações com recursos vinculados a essas ações, quem mais assume ações mais recebe dinheiro, é isso que está disposto na PRT 399. O RJ fez um outro mecanismo que na prática gerou uma situação na qual os municípios grandes recebem perto do piso que é 60% e os municípios pequenos tem até 600% do teto, assim, tem habitante de

município no RJ que recebe um per capita do teto financeiro de mais de R\$ 21,00, enquanto que no município do RJ isso é menor do que R\$ 2,00, a diferença é de quase 13 vezes. Isso fez com que o município do RJ tivesse um problema de sub financiamento. Por um lado ele fez a escolha de um modelo de financiar ações, extremamente caro. Fez um contrato com a companhia de limpeza urbana que pagava 50% a mais do que se paga em SP por exemplo. Assim, havia uma equação perversa, que resultou na situação atual: o RJ só cobre hoje 1/3 dos domicílios com visitas sistemáticas de agentes de controle de endemias. A situação não é simples porque é o mecanismo que foi pensado desde o começo, e aí nós enfrentamos discussões pesadas tanto com o município do Rio como o Estado do Rio, e tem que se dizer que a lógica do sistema não pode ser uma lógica de escolhas irresponsáveis, ou seja, a escolha de modelo significa sustentabilidade do modelo. Não se pode estabelecer que se vai pagar o dobro ou o triplo do que os outros municípios pagam e dizer à FUNASA e ao MS que paguem esse excesso, porque isso geraria uma situação privilegiada para o município, ou um caos dentro do sistema, na medida em que ficaria imprevisível o número de escolhas que cada um iria fazer. Ao longo desse ano foram feitas várias repactuações de teto no CE, PE, RN, etc. e isto se explica porque alguns estados, ao fixar pela primeira vez o teto com base numa expectativa de planejamento, e depois de 1 a 2 anos do processo em andamento a situação se apresenta diferente. A Portaria prevê isso, que o teto possa ser debatido e rediscutido. O que não deve ser feito com o teto é prever ações contingenciais. A situação do RJ exige um aporte de recurso extra e ele está sendo feito dentro do Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue, com a colocação de recursos nos 630 municípios prioritários para a compra de equipamentos, campanha publicitária, capacitação, ou seja, recurso para ações contingenciais. Com esse risco epidemiológico que estamos enfrentando tem que ser alocado, mas não sob a forma de uma recomposição específica do teto para um estado ou município, e aí não é o problema do dinheiro e sim da lógica. Se pensarmos dentro de uma lógica de que piorando a situação epidemiológica muda-se o teto, acaba a lógica do teto. Foram comprados agora mais de 2.00 veículos e só o município do RJ vai receber 242 deles. A SMS/RJ diz que já resolveu o problema do gasto na ponta e que só vai contratar a partir de agora pelo valor mais baixo, mas persiste o problema do sub-financiamento e isso é um debate para ser feito na CIB/RJ, e não será fácil. O Subsecretário de Planejamento e Saúde/RJ, **Dr. Valcler**, disse querer de início se justificar pessoalmente pelo fato de não se considerar a pessoa mais indicada para estar discutindo esta questão. Manifestou a sua estranheza com os dados apresentados, dizendo que eles devem ter sido consolidados ontem, porque houve uma reunião da CIB/RJ na 3ª feira e a FUNASA estava presente. Esses dados poderiam ter sido apresentados e respondidos, já que há um conjunto desses recursos que estão empenhados e em processo de rápida liquidação e portanto, esse saldo deve se reduzir rapidamente. Disse que a apresentação dessa consolidação traz constrangimentos e que não deve fazer parte do processo de pactuação no SUS. A segunda questão é que essa situação foi amplamente discutida do ponto de vista da distribuição dos recursos, ou seja, a PPI é de Epidemiologia e Controle de Doenças e não de dengue. Então nós vimos discutindo que a questão da dengue no RJ é uma questão nacional, até porque a FUNASA manteve por muitos anos 6.000 guardas sanitários lá, que foram ineficazes no combate as endemias e isso gera um passivo que obviamente é muito difícil para

os municípios e o estado resolverem num curto espaço de tempo. Tem sido discutida com o município do RJ a base de cálculo do pagamento de pessoal, que tem de ser reduzida porque senão não se trabalha com equidade nenhuma, e aí a equidade foi a palavra de toque para a distribuição de recursos da epidemiologia e controle de doenças. Portanto, há municípios que não tem transmissão de dengue, no entanto temos Hepatite C e um conjunto de questões ligadas à epidemiologia e controle de doenças que devem estar pensadas dentro dos gastos desse recurso, esta foi a lógica, e o município do RJ concordou com ela quando da discussão na CIB, porque provavelmente fez um cálculo de que era possível cobrir as suas despesas com a sua própria contrapartida. **Dr. Renê** solicitou informações sobre a definição de saldo como colocado no documento de avaliação e sugeriu que isso fosse explicitado para que não haja uma leitura equivocada dos dados. **Dr. Barjas** disse que a colocação é oportuna e como o Fundo tem apenas a contabilidade, tem o dinheiro que entrou e o que saiu, mas não se sabe o que foi feito com esse dinheiro. Então sugeriu que o Dr. Mauro colocasse o que é pago e o dinheiro disponível, e que se avançasse um pouco mais, pedindo aos Secretários Estaduais para fazer um relatório onde conste se de fato os R\$ 20 milhões que estão lá em Minas Gerais, representa um processo licitatório, com pendência jurídica, por exemplo. O dinheiro pinga todo mês, e se for aberta uma licitação no mês de maio e por alguma pendência jurídica ela está travada, há uma previsão de dinheiro, só que em junho, julho, agosto e setembro entrou dinheiro de novo, e é muito provável que uma parcela desse dinheiro esteja alocada e que outra não esteja. Deveríamos entender melhor isso, para verificar se de fato a distribuição de recursos feita no âmbito de cada estado privilegiou ou não os municípios e estados, e verificar o que vai ser feito com o dinheiro. Não dá é para se chegar nos meses de janeiro, fevereiro e março com problemas de dengue, malária e leishmaniose, com a perspectiva de ter em saldo um pouco mais de R\$ 100 milhões e uma expectativa de transferir aos estados nos próximos 04 meses mais R\$ 60 milhões, e ainda ouvir o Secretário do RJ falar em constrangimento. Referiu que ele é que fica constrangido em saber da existência de um saldo de R\$ 10 milhões na conta do estado, que está entrando mais recurso todo mês e que está sendo solicitado dinheiro para a cidade do RJ. Vale a pena também abrir qual o saldo que tem nas contas das capitais e nos principais municípios que tem dengue, malária ou coisa parecida, porque constrangedor é ter um saldo elevado. O Subsecretário Municipal de Saúde de Recife, **Dr. Antônio Mendes** disse que realmente lhe causou estranheza o grande saldo existente nos estados, que a reprogramação feita foi tirada a fórceps, e que só a cobertura dos agentes de endemias cobre a totalidade dos recursos repassados. Indagou o que fazer com esse saldo, depois de visto se ele é real ou não? Depois de mais de 1 ano desse processo já é o momento de fazer ajustes nessa proposta inicial, tem que se estabelecer um teto máximo em que o estado fica. O Secretário Adjunto de MG **Dr. Ismar**, ponderou que Minas Gerais foi um dos primeiros estados auditados e cabe considerar que ele tem 853 municípios e 18 milhões de habitantes já na expectativa de 2002, e que as questões epidemiológicas são graves, tanto é que no passado houve a crise da febre amarela, com a perspectiva de reincidência agora no triângulo mineiro. Disse que o estado está atento à questão do saldo disponível e foi um dos primeiros estados a promover a estratificação em relação aos recursos da PPI da ECD em julho do ano passado, e já foram repassados 80% dos recursos para os municípios, restando apenas 20% com o estado. Solicitou que essa análise não seja apresentada como uma análise

fria, que seja colocado desses R\$ 20 milhões, o que já foi empenhado, o que é que tem de programação de compras. A estrutura do estado, graças a NOAS, volta a ter um papel regulador e a absorção da FUNASA foi um grande problema porque foram recebidos 2.000 servidores e uma frota grande de veículos, sendo 60% dos quais já sem condições de uso, e as programações para substituição da frota sendo feitas, mas os estados não podem promover processo de licitação sem que sejam observados as leis que as regem. Disse que na sua opinião a existência de saldo não significa que não haja necessidade de recursos novos. **Dr. Jarbas** colocou que não houve intenção de trazer constrangimento a ninguém e faz parte da tradição aqui da CIT de discutir questões como essa. O fato de ter 1/3 praticamente do recurso na conta é motivo de preocupação, pode ser que seja uma preocupação efêmera e que após essa apresentação as CIBs discutam e digam onde está colocado esse saldo. **Dr. Barjas** indagou se na 3ª feira ninguém tinha essa informação, ao que respondeu o **Dr. Jarbas** que não, e que na 3ª feira foi feita referência de que o saldo estava alto e a justificativa dada foi que o estado estava comprando seringas, só que no volume informado, daria para vacinar 7 vezes toda população do Rio de Janeiro, então deve ter um problema de quantidade ou de valor. Algumas questões que foram colocados merecem ser enfocadas. Está correto o raciocínio de que a PPI não é só dengue, mas é inegável que dengue existe e quando se discutiu a estratificação do teto procurou-se introduzir alguns diferenciais levando em conta operações de campo mais custosas, é isso que justificou a região norte ter um recurso maior, e o Rio ter um recurso per capita maior do que São Paulo, apesar de estar na mesma região. Disse que embora compartilhe com a intenção da equidade, tem de ser feito alguns ajustes porque tem município do RJ que está recebendo valor maior do que 2 PAB/hab. para ações de Epidemiologia e Controle de Doenças e essas ações não custam, mesmo num nível ótimo, o dobro do conjunto da atenção básica. Num município desse, mesmo que haja uma operação ótima de dengue ele gasta menos da metade do recurso e fica com 52% para outras ações, que são: imunização, que já está no PAB; vigilância epidemiológica; notificações; etc., então não há ações que empatem ou até ultrapasse o custo da dengue no município do RJ, o total do teto recebido só financia 60% do que é a operação ideal do dengue, então tem de ser feito um ajuste. O problema é que há a expectativa de que o MS vai fazer um aporte externo ao teto do RJ, mas isso não será feito porque essa não é a lógica do teto. Então em nenhum momento foi dito que a modalidade pactuada pelo RJ é irresponsável, foi dito que ela é equivocada porque está gerando excesso de dinheiro em municípios pequenos e falta de dinheiro aonde o quadro epidemiológico é mais complexo. Quanto aos recursos aplicados, os números foram trazidos para receber essa explicação. Com relação à frota, já foi informado formalmente para as SES e SMS para ficarem atentos ao que deve ser gasto com base nas atribuições e competências da PRT 399, porque tem município que é pressionado por vendedores de insumos. É obrigação do MS fornecer vacina, então não tem sentido o município comprar. Com relação à compra de inseticidas, alegar que está comprando o Temefoide porque o pessoal está acostumado, mesmo sabendo que agora nós estamos usando o BTI, isso além de se constituir um erro técnico porque a substituição está sendo feita aonde tem resistência, está significando usar um dinheiro indevidamente. Com relação aos equipamentos, foram comprados 2.400 veículos num esforço brutal, então é importante que seja feito o ajuste nesses saldos levando em conta os planos de investimento. **Dr. Solla** - colocou que a discussão é

importante: 1 - em função da iminência de situação mais delicada em relação ao controle da dengue em diversos municípios. 2 - em função de já se ter um processo em curso, e no início dele havia uma situação diferente da que temos hoje. Naquele momento inicial coube aos estados todo o processo de implantação, treinamento e capacitação, então justificava naquele momento inicial um percentual maior do que caberia hoje aos estados. Hoje o esforço é menor, e quem executa o conjunto das ações são os municípios, mesmo que uma parte da responsabilidade fique sob a supervisão e acompanhamento dos estados, o processo de campo e execução inclusive das atividades mais custosas fica com os municípios. Informou que recentemente havia recebido demandas de municípios que estão na lista de municípios prioritários para controle de dengue, onde eles fizeram algumas projeções mostrando que se eles cumprirem o plano estabelecido para controle da dengue, o recurso de ECD que está pactuado não vai dar nem para isso, quanto mais para outras atividades. Sugeriu então que as CIBs revaliem os processos, redimensionem os critérios e repactuem os valores que caberiam aos estados e municípios. É necessário também que seja revisto o valor mínimo para o município. **Dra. Beatriz** - disse que gostaria de registrar que embora tenha sido dito que a apresentação dos dados não visa nenhum constrangimento, isso não é uma questão específica dos estados, e quando for feita a avaliação nos fundos municipais com certeza vai se encontrar saldos aí também. O fato de fazer acompanhamento tardio e depois colocar todos os dados levantados numa cesta só é que dá margem a muitas contrariedades. Assim, antes de tirar qualquer conclusão deve ser feita a análise caso a caso, solicitando relatórios circunstanciados dos estados com as suas CIBs. Essa coisa da pactuação, do que ficou para estado e município é muito variável, têm estados que assumiram ações em nome dos municípios, enquanto outros se afastaram completamente e os municípios assumiram. Então, que sejam trazidos à CIT relatórios mais circunstanciados, mais próximos da realidade de cada um, que passem pela CIB, sejam analisados e depois sejam consolidados aqui. **Dr. Valcley** - disse que diante da colocação da situação específica do RJ, ele assumia de imediato que poderia ser feita uma convocação da CIB no sentido de provocar uma decisão dos critérios em relação à distribuição dos recursos da PPI de epidemiologia. Esclareceu que no caso do RJ, o estado fica com apenas 14% dos recursos, estando bem abaixo da média que é de 33%. A questão então é na distribuição de parcelas de 25% distribuídas igualitariamente para os municípios. Disse que vem sendo feito um trabalho de avaliação da aplicação dos recursos junto com a Coordenação Regional da FUNASA no RJ. **Dr. Cupertino** - disse que a questão colocada não retrata a situação na sua totalidade, e sugeriu que fosse agregado ao quadro apresentado as variáveis que serão levantadas em cada estado: quanto desse saldo já está empenhado, quanto dele está previsto em ação da aquisição já iniciada? Propôs que esses quadros fossem revistos num prazo de 30/60 dias, com as informações complementares detalhadas, e aí sim, estados e municípios vão poder cumprir o seu papel. **Dr. Mauro** - disse que esse é um processo de transparência no acompanhamento do que está ocorrendo nos estados e municípios com relação à aplicação dos recursos. É dever dos gestores fazer o acompanhamento e verificar o que pode ser feito, no sentido de estabelecer estratégias conjuntas para vencer obstáculos, já que o objetivo de todos é prevenir a ocorrência de determinadas doenças no Brasil. Com relação aos insumos, é bom frisar sempre que a maioria dos insumos que são utilizados nas ações de epidemiologia e controle de doenças são

fornecidos pela FUNASA. Se nesse processo de descentralização foram repassados alguns carros velhos, foi porque os novos já haviam sido repassados nos convênios da dengue feitos em 1997/98 para equipar as SES de veículos e outros equipamentos para empreender as atividades de combate ao Aedes Egypti, assim como foram feitos convênios entre o Fundo Nacional de Saúde e as prefeituras, para contratação de pessoal. Com as aquisições de veículos que estão sendo feitos para combate a dengue, essa questão do saldo deve ser avaliada e o melhor local para discutir isso é na CIB e para fazer uma repactuação, caso necessária, porque o recurso tem que corresponder às atividades que estão sendo desenvolvidas. **Dr. Cupertino** - perguntou quando está prevista a entrega dos veículos. **Dr. Mauro** - disse que em novembro já começam a chegar os veículos. **Dr. Guedes** - falou que quando se acena com dinheiro novo para os municípios, quando se fala de uma revisão de planos, quando se diz quem fica com o dinheiro para gastar, espera-se que as pessoas estejam fazendo as coisas a hora e a tempo. Está sendo feita aqui uma cobrança de dinheiro que está estocado e que não foi gasto, e o melhor lugar para discutir isso é nos estados com o pessoal técnico das áreas afins. O que me foi cobrado na última reunião da CIB é a definição de quando vai chegar isso, porque os municípios vão ser responsabilizados pela quantidade de dengue que vamos ter a partir de dezembro. Nós estamos trabalhando a várias mãos e aguardando que cheguem os recursos. Foi mostrada aqui uma questão que acontece não só com relação à dengue, acontece também na Assistência Farmacêutica Básica por exemplo, onde se o estado fez um pacto aberrante: o município vai receber todo mês uma quantidade pequena de recursos com a qual não é possível operacionalizar o sistema. Falou que a preocupação com o Rio em relação ao dengue 3 preocupa também SP por ser vizinho, e disse esperar que o MS dê um tratamento especial para o problema do dengue 3, já que epidemiologicamente há uma situação diferente do resto, e isso não é exatamente matemática e economia, tem um outro componente muito sério que tem de ser visto em cada momento. **Dr. Barjas** - respondeu ao Dr. Guedes que o que fora colocado não tem um caráter de cobrança, foi constatado que há uma distribuição e alocação de recursos e há uma dificuldade no gasto. Disse acreditar que em algum momento no ano passado e também neste ano, os estados ficaram com uma parcela de recursos além do que necessitavam. Como uma parcela dos recursos era para incentivar municípios, os estados que se habilitaram na frente receberam toda a parcela que era devida ao estado e também a dos municípios. Por outro lado, houve demora na certificação de municípios de grande população, esse recurso ficou na conta dos estados e essa pode ser uma explicação para a dificuldade em gastar. Hoje se comprova o contrário, estão sendo passados R\$ 14 milhões/mês para os estados e R\$ 28 milhões para os municípios, porém no início do ano era o contrário, os estados recebiam mais que os municípios. Em função das complicações que envolvem as licitações no setor público, os municípios e estados têm que se habituar a trabalhar à frente do recurso com relação aos investimentos, e o MS está fazendo um esforço para reforçá-los, isso tem de ser feito como uma coisa positiva e não como uma coisa crítica como colocou o Dr. Guedes, insinuando que vem na época do verão. Nós também temos dificuldade para compor, não tínhamos orçamento, fizemos remanejamento, mas podemos dizer com toda tranquilidade a todos os secretários estaduais que no período de 97/98 foram comprados mais de 100 milhões de reais de equipamentos de forma descentralizada com os estados. Hoje estamos gastando 1/3 daquele dinheiro e se

olharmos a vida útil esses veículos, estão velhos, mas estão dentro da faixa de vida útil. **Dr. Guedes** - disse que a colocação do Dr. Jarbas foi de que saímos de 300.000 casos de dengue, vamos ter dengue hemorrágico etc. e como vamos nos haver com essa situação quando vemos que há saldo nos diferentes lugares. Isso quer dizer: vai acontecer isso e vocês estão com o dinheiro em caixa e não gastaram. Numa parte pode ser verdade, outra pode não ser, mas na realidade estamos todos no mesmo barco com furos e água chegando, em matéria de dengue. Precisamos assumir esse problema e dividir essa angústia do dengue hemorrágico do ano que vem. Só o MS tem poder de fogo para contratar mídia, uma nova forma de levar a mensagem aos cidadãos. **Dr. Mauro** - com relação à mídia, ela está no ar desde o dia 5 de outubro e vai permanecer até setembro do ano que vem. O MS está gastando R\$ 20 milhões na campanha da dengue com uma outra visão, ensinando às pessoas como evitar a proliferação do mosquito dentro das unidades residenciais. Em novembro já estarão chegando os carros. Com relação ao RJ, a proposta que estamos trazendo é de se fazer uma repactuação que possibilite um repasse maior para a SMS/RJ, repactuando os outros municípios. Isso tem uma urgência muito grande porque as pessoas precisam ainda ser contratadas e capacitadas para empreender as ações de combate à dengue no município do RJ, e isso não se faz a curto prazo. O que foi pensado a exemplo do que foi feito em outras capitais como Natal, Fortaleza, etc., é de repactuar o município para 90% do teto, o que tem sido razoável nesses municípios e logicamente isso teria de ser retirado de outros municípios. **Dr. Guedes** - disse não achar que isso seja uma questão para ser decidida na CIT, senão ela vai ser transformada num fórum técnico, e não é nada disso. **Dr. Mauro** - informou que o assunto foi trazido à CIT porque na reunião da CIB/RJ da 3ª feira, foi deliberado que não ia se mexer no teto e ia-se solicitar mais recursos ao MS. **Dr. Valcler** - disse concordar com o Dr. Guedes, e que se a CIT resolve intervir no processo do RJ e dizer que 90% dos recursos têm que ir para capital, então municípios da baixada como Nova Iguaçu, São Gonçalo, Caxias, etc, vão perder recurso para um município que tem mais dinheiro do que os outros. Isso é objetivo porque estamos lidando com situações de desigualdade, é preciso ficar claro. Dr. Barjas participou de um evento da Fundação Getúlio Vargas, onde o Secretário Municipal do RJ colocou que o problema do SUS não é de dinheiro e sim de controle, então isso significava que o RJ não precisava de muito mais dinheiro. Discordamos da posição do secretário municipal porque sabemos que não é essa a questão. Sugeriu que se tirasse um indicativo da CIT para se rever os critérios, porém que essa discussão precisa ser feita entendendo-se as particularidades do estado. **Dr. Barjas** - sugeriu que além do indicativo se fizesse uma discussão da aplicação desse saldo porque se de fato tem coisa não lícita que não está comprometida, dá para redistribuir pelo menos nesse período para não dar problema. **Dr. Valcler** - disse estar de acordo, e que realmente não tinha a informação porque não fora informado de que esse assunto seria tratado nessa reunião. **Dr. Mauro** - ponderou que a intenção é de ganhar tempo, se a indicação da CIT é de voltar o processo à discussão da CIB com participação da FUNASA, tudo bem, o assunto veio à CIT por conta da deliberação da última reunião. Agora isso tem de acontecer rapidamente. **Dr. Barjas** - perguntou ao Dr. Valcler se poderia ser feita uma reunião na 6ª ou na 2ª, ou no máximo na 3ª feira. **Dr. Valcler** respondeu que sim, que poderia ser convocada uma reunião extraordinária da CIB para discutir a questão. **Dr. Barjas** falou que nas várias CIBs a discussão do saldo financeiro precisa ser

bem colocado para que se possa continuar fazendo a transferência dos recursos no próximo ano. **6 - Plano Nacional de Mobilização e Intensificação das Ações para Eliminação da Hanseníase e Controle de Tuberculose** - Dr. Cláudio Duarte falou que mesmo antes dessa reunião a SPS tem mantido entendimentos com a diretoria do CONASS e do CONASEMS quanto a necessidade de envidar esforços para o controle da Tuberculose e eliminação da Hanseníase, já que o Brasil é um dos 22 países do mundo aonde existe um esforço da OMS e de um conjunto de fundações para melhorar o seu controle. A cada ano temos a notificação de cerca de 80.000 casos novos, que não representam a verdadeira realidade da doença no país. A taxa de incidência da Tuberculose é alta no Brasil, cerca de 48/100.000 hab, mas em alguns estados ela pode chegar até 90/100.000, como acontece no RJ. A mortalidade é de 3,7/100.000 hab, com um nível de abandono de tratamento alto. Em relação à Hanseníase há um compromisso de sua eliminação no país até 2005, e em alguns estados isso já aconteceu, mas nas regiões norte, nordeste e centro-oeste do país há ainda altos índices da doença. Nos últimos 4/5 anos o número de casos foi reduzido em torno de 73%, há uma ação mais estruturada para o seu controle no país e um nível de municipalização e descentralização maior do que em relação à tuberculose. Referiu-se em seguida à documentação distribuída, o Plano de Controle da Tuberculose e Eliminação da Hanseníase, e disse ser necessária a tomada de decisões no campo técnico e político para intensificar a implementação desses planos. Esses documentos constituem um destaque político e técnico das ações que precisam ser intensificadas. O trabalho está sendo distribuído em 6 eixos e precisa haver uma mobilização técnica, principalmente em torno da tuberculose, e nesse sentido está sendo feita uma reestruturação radical da Coordenação Nacional do Programa de Controle da Tuberculose. A mobilização técnica tem de ser reproduzida em muitos estados e municípios. O plano trabalha com 329 municípios prioritários para tuberculose e para Hansen, os quais reúnem cerca de 80% dos casos desses duas doenças. Outra ação importante é a ampliação do processo de descentralização das ações, e a mudança do modelo de atenção, levando o controle para as unidades básicas de saúde e articulando esse controle com as unidades de referência e para os centros que atendem a forma multidroga resistente e casos de tuberculose extra pulmonar com complicação e/ou associação com HIV. Com relação ao HIV a grande preocupação é a necessidade de que seja promovida uma integração das ações de prevenção e controle do HIV e controle da tuberculose em alguns municípios e estados, principalmente das regiões sul e sudeste. Há um percentual de casos de associação HIV/tuberculose da ordem de 18% em nível nacional, porém em alguns municípios esse percentual é muito alto e tem havido uma expansão da tuberculose no sul e no sudeste, nos municípios onde há alta prevalência de HIV positivo. Um terceiro aspecto é o da melhoria da vigilância epidemiológica dos sistemas de informação, trabalho que está sendo feito em conjunto com a FUNASA e visa o aperfeiçoamento e ampliação da vigilância epidemiológica e do sistema de informação e também a ampliação e qualificação da rede de laboratórios. Essa é uma questão preocupante, porque muitos municípios não aparecem no sistema de informação porque não está informando, ou porque não tem laboratório de baciloscopia e isso compromete o acesso do paciente e o controle do tratamento, já que um dos principais motivos de abandono do tratamento é a incapacidade da rede de acolher e responder à demanda. Será apresentada uma proposta concreta de expansão da rede de laboratórios e de um processo intenso de

capacitação e melhoria da qualidade na realização dos exames dentro da rede já existente. Com relação à assistência farmacêutica, o MS está garantindo os medicamentos para essas duas doenças, sendo que os medicamentos para Hansen estão sendo doados pela OMS. Então o problema reside na incapacidade de fazer uma boa programação e distribuição desses medicamentos: em alguns estados está faltando medicamentos por erro na programação, por descuido da coordenação estadual, e em outros alguns estados há medicamentos sobrando e é possível que se tenha que descartar alguns itens de medicamentos tuberculostáticos porque foram feitas aquisições durante 3 anos baseados em programação "de ofício". Essa questão está resolvida, tendo sido feita uma reprogramação. Finalmente, temos o último componente do plano que é a questão do desenvolvimento de recursos humanos, que envolve duas preocupações, uma em relação à gestão dos programas, considerando que na área da tuberculose em muitos estados será preciso reforçar as Coordenações Estaduais do ponto de vista gerencial e do planejamento, e o outro aspecto é a capacitação para rede básica, para qual está sendo revisto e readequado todo o material a ser usado. A proposta concreta para pactuação tem como destaques a instituição de um grupo nacional para acompanhamento, a mobilização e a intensificação das ações para a eliminação da hanseníase e o controle da tuberculose. Um dos grandes problemas existente, principalmente em relação à Tuberculose, é que houve perda de status social e político no seu controle, há uma baixa mobilização social e baixa mobilização política em torno do controle da doença. Então esse grupo cumpre um papel importante e o Ministro da Saúde vai estar envolvido pessoalmente no seu lançamento. O ponto 9 da proposta é uma questão sobre a qual deve haver um certo acordo, porque nos municípios prioritários de Tuberculose e Hansen independentemente da sua opção em relação ao modelo de organização da atenção básica, ou seja, se faz ou não a conversão da rede para o Saúde da Família, teria de ser discutida a implantação dos ACS como estratégia de vinculação, de detecção precoce e de controle do abandono de tratamento. Em muitos desses municípios prioritários não há cobertura de PACS nem de 20 ou 30%, e no módulo clássico de organização de rede básica nesses municípios, não está sendo controlado nem diminuindo o abandono. Essa é uma decisão política que deve ser tomada porque a implantação de ACS produz um impacto certo num conjunto de ações de vigilância e de promoção da saúde principalmente nos grandes centros urbanos. Existe uma PRT instituindo o dia 17 de novembro como Dia Nacional de Luta Contra a Tuberculose, e está sendo proposto que ao invés de um dia se tenha uma semana nacional de mobilização, durante a qual se faça comunicação social, mobilização comunitária, seminários técnicos de capacitação, lançamento de campanhas políticas no sentido de envolver empresariado e ONGs. A proposta é de que se mude a PRT e se institua a semana nacional da tuberculose na segunda semana de novembro. **Dr. Guedes** - lembrou que em março tem o Dia Mundial de Combate à Tuberculose e que o fim de ano é sobrecarregado. **Dr. Cláudio** - disse que essa questão terá de ser trabalhada no pacto. **Dr. Néilton** - colocou que o fato de estar pensando em novembro é para se fazer uma homenagem à luta histórica das Ligas Brasileiras contra a Tuberculose, a primeira delas criada em 1900 e esse mês de novembro foi sempre um mês de grandes mobilizações. **Dr. Renê** - solicitou esclarecimentos sobre o item 2 que trata da contratação e capacitação de gerentes e também sobre o cronograma e a composição do grupo técnico. **Dr. Cláudio** - disse que a equipe nacional está sendo

reestruturada e há uma cooperação em curso negociada com a USAID, na forma de um aporte de recursos de 4 milhões de dólares nos próximos 4 anos para dar um suporte no controle da Tuberculose. Esses recursos contemplam a execução de um projeto piloto na cidade do RJ, mas parte deles vai ser usada para capacitação, avaliação, melhoria do sistema de informação e apoio gerencial. Está sendo montado o Grupo Nacional de Mobilização com uma composição de personalidades representativas de entidades nacionais: Presidente do CONASS, Ministro da Saúde, representante da OPAS no Brasil, Pastoral, etc., e que contará com uma Câmara Técnica que vai dar o suporte. Está sendo montado um grupo técnico dentro da Coordenação Nacional de Hansen e de Tuberculose para fazer o acompanhamento nos mesmos moldes em que estão sendo trabalhadas as questões da hipertensão e do diabetes. Quanto ao cronograma, ele vai mudar a depender do pacto que se faça em torno do esforço nacional. O grupo técnico deverá incluir o CONASS/CONASEMS, alguns especialistas e centros de referência.

7 - Habilitação dos Municípios Recém Emancipados - Dr. Scoti - trata-se do fato de que esses municípios não tinham ainda estrutura administrativa para cumprir em 2 meses o que estava na PRT e se habilitarem na Gestão Plena da Atenção Básica pela NOB/96 dentro do prazo estabelecido, e propôs que esse prazo fosse reconsiderado.

Dr. Cláudio - falou que foi acordado no seminário de que seria aceita a habilitação desses municípios na plena da atenção básica pela NOB/96.

8 - Recurso do Município de Camaragibe/PE - a Secretária Municipal de Camaragibe, Dra. Reneide - informou que em 1998 foi realizada uma auditoria no município pelo Escritório Regional do MS/PE referente aos anos de 1996, 97 e 98, cujo relatório final considerou ilegítimas todas as despesas que não estavam ligadas as atividades ambulatoriais e hospitalares, quais sejam, aquelas despesas realizadas com atividades administrativas, como pagamento de cooperativas, contas de água e luz, gratificação SUS, etc. Foi feita a defesa do município, e posteriormente o Tribunal de Contas comunicou que estava encaminhando para o Fundo Nacional de Saúde - FNS a decisão por não ter em princípio competência de julgar se todas aquelas despesas eram legítimas ou ilegítimas, devendo o FNS fazer as glosas no teto financeiro do município, segundo seu critério. Há duas semanas o FNS informou que seria descontado do teto financeiro do município quantia superior a R\$ 2 milhões e trezentos mil, o que equivale a 2 tetos/mês do município. Foi dado entrada então em um requerimento administrativo no FNS e no Sistema Nacional de Auditoria, pedindo para rever e resgatando todo esse processo e sua análise. O assunto foi discutido na CIB e foi decidido trazer o assunto à CIT.

Dr. Barjas - disse que o FNS reviu os pareceres e concorda com várias argumentações da Prefeitura mas, como isso se baseou num relatório feito pela auditoria, o processo foi encaminhado ao DENASUS para que seja feita uma revisão do que foi apurado.

Dra. Reneide - disse estar de acordo com o encaminhamento.

9 - Proposta Normativa para Implementação da Estratégia da Atenção Integrada às Doenças da Infância - Dr. Cláudio - informou ter distribuído para o CONASS e CONASEMS a proposta de um processo de normatização da estruturação da estratégia AIDIPI, que visa reorganizar os serviços e as ações para a saúde da criança no âmbito da atenção básica, e capacitar equipes do PSF para uma ação mais efetiva. O modelo adotado no processo de capacitação das equipes médicas e de enfermagem deu problemas, tendo havido demanda de Conselhos Regionais de Medicina e de Enfermagem, de que era necessário precisar melhor as atribuições comuns a todos os profissionais da equipe

básica e aquelas atribuições específicas de médicos e enfermeiros dentro dessa estratégia AIDIPI. Foram feitas reuniões técnicas com especialistas e a proposta é de que se normatize nacionalmente esses protocolos de organização de serviços, atribuições de médicos e enfermeiros, transformando isso em portaria. **Dr. Solla** - disse que a iniciativa de elaborar uma proposta normativa em relação a AIDIPI é fundamental, principalmente levando em conta que ela estabelece um protocolo que não tinha ainda sido oficializado pelo MS apesar de todo o esforço feito em capacitação de recursos humanos. **Dr. Cláudio** - disse que a questão deve ser analisada e discutida para ser posteriormente pactuada, mas é urgente. A Representante do CONASEMS pela Região Norte, **Dra. Márcia Helena** - informou que o Documento da Amazônia, elaborado com base nas discussões realizadas durante reunião ocorrida em Manaus nos dias 30/31 de agosto, e que propõe medidas destinadas ao fortalecimento do SUS na Região Norte, estará sendo encaminhado oficialmente às diversas secretarias. **Dr. Guedes** - informou que a OMS escolheu como tema para o Dia Mundial da Saúde no próximo ano, Atividade Física e Saúde, e o nome do dia será Agita Mundo em homenagem a um programa que começou em São Paulo e que o MS estendeu para o Brasil. Então o próximo dia 7 de abril vai se chamar Agita Mundo, e esse Agita é escrito pela OMS em português. **10 - Saúde no Sistema Penitenciário Brasileiro** - **Dr. Cláudio** - ponderou que em função do tempo não daria para fazer a apresentação e convidou o CONASS e o CONASEMS para junto com o MS e o Ministério da Justiça participarem de um fórum nacional que será realizado nos dias 8 e 9 de novembro, para discutir a questão da saúde da população penitenciária. Falou ainda que havia uma outra proposta de formar um grupo de trabalho para avaliar a questão, que é importante em função da situação epidemiológica dessa população, que é difícil e precisa ser discutida. **Dr. Cupertino** - disse que alguns Hospitais Amigos da Criança do seu estado levantaram uma preocupação de que estão sendo deixados de lado na orçamentação das consultas de pré-natal de baixo risco, já que o entendimento dos gestores municipais é de que essas ações devam se dar unicamente na rede pública e muitos desses hospitais são filantrópicos. Ponderou que a SPS deve refletir sobre a inconveniência dessa interpretação sob pena de matar todo o espírito do hospital amigo da criança, é preciso fazer uma boa inter-relação com os gestores municipais para a perfeita compreensão da questão. Perguntou ao Dr. Barjas se havia novidades sobre o PAB-A. **Dr. Barjas** - respondeu que no Orçamento 2002 está previsto R\$ 1,00 a mais para o PAB e medicamento e o recurso para NOAS. **Dr. Cupertino** - informou que havia discutido com a direção do CONASS e que não havia problema para a aprovação formal das mudanças na PRT da atenção básica. **Dr. Barjas** - agradeceu a presença de todos e encerrou a reunião.

Visto:

Ministério da Saúde

CONASS

CONASEMS



Ministério da Saúde
Secretaria Executiva
Comissão Intergestores Tripartite
Secretaria Técnica

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT

REUNIÃO ORDINÁRIA DE 18.10.2001

RESUMO EXECUTIVO

O Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite, conduziu a 9ª Reunião Ordinária, realizada no dia 18.10.2001.

Pontos de Pauta:

1 - NOAS - Processo de Implantação - no dia 17 de outubro de 2001 foi realizado o Seminário Sistema Único de Saúde – Regionalização, a partir do qual foram definidos, quanto aos prazos de implantação da NOAS, os seguintes encaminhamentos:

- a) **Cronograma de Implementação** - a ser definido no âmbito de cada CIB considerando a especificidade do Estado e encaminhado posteriormente a CIT's, destacando:
 - ▶ Mesmo havendo pendências para a adequação dos municípios atualmente habilitados em Gestão Plena do Sistema às condições da NOAS, os estados poderão submeter seus PDR, PDI, PPI e Relatórios de Avaliação dos Municípios à apreciação da CIT, acompanhados por cronograma elaborado pela CIB com vista a adequação de cada situação pendente;
 - ▶ A CIT poderá aprovar os planos e os cronogramas de adequação dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal e, enquanto o cronograma estiver vigorando, esses municípios não poderão ser desabilitados pelas pendências identificadas e a microrregião ou a região em que esses municípios desempenham papel de sede de módulo assistencial, não poderá ser qualificada nos termos da NOAS 01/01;
- b) As novas habilitações à condição de Gestão Plena do Sistema Municipal deverão seguir integralmente as condições estabelecidas na NOAS.
- c) A situação de implementação da NOAS deverá ser ponto de pauta de todas as reuniões da CIT a partir de novembro/2001.

- d) Atenção Básica - foram acordadas modificações da PRT nº 1.158, de 08/08/01, que estabeleceu os critérios para avaliação de municípios com vista à habilitação, com a seguinte redação:

Componente I – Pacto da Atenção Básica:

- ▶ Art. 1º - Cumprimento da meta proposta pelo gestor municipal ou estadual ou, no mínimo 1,5 consultas básicas/hab/ano para o ano anterior, do indicador “consultas médicas em especialidades básicas/hab/ano”, incluindo as consultas médicas de urgência básica, códigos 02.011.02-6 e 02.011.03-4 do SIA/SUS;
- ▶ Alcance de no mínimo 90% de cobertura vacinal de rotina da Tríplice;
- ▶ O indicador referente à cobertura do pré-natal fica excluído da avaliação.

Componente III – Alimentação dos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde

- ▶ Alimentação regular dos Sistemas Nacionais de Informação nos últimos 12 meses anteriores ao pleito de habilitação;
- ▶ Deverão ser adicionados 2 novos códigos na Tabela do SIA/SUS, referentes à campanha de Diabetes;
- ▶ Sugerida a criação de uma Comissão Tripartite que defina indicadores e elabore propostas para viabilização da avaliação e acompanhamento permanente da Atenção Básica, e que esse trabalho seja associado à definição do Pacto da Atenção Básica para 2002, devendo estar inscrito também na definição da Agenda Nacional de Prioridades.

- e) Foi acordado que os municípios que ainda não haviam se habilitado e os recém emancipados poderão habilitar-se em Gestão Plena de Atenção Básica, segundo critérios da NOB/96.
- f) Os municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal que não tenham cumprido os critérios estabelecidos na portaria de avaliação, não perderão a condição de gestão, mas o módulo assistencial ao qual pertencem não poderá ser qualificado, até que os critérios propostos sejam cumpridos.
- g) A CIT deliberou pela aprovação das mudanças na Portaria da Atenção Básica, e foi acordada a formação de uma comissão dos Assessores Técnicos do CONASS e do CONASEMS, para discutir as questões relativas ao comando único e ao teto da referência.

2 - Plano Nacional de Mobilização e Intensificação das Ações para Eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose - o Plano de Trabalho com 323 municípios, que segundo os relatórios concentram 80% dos casos dessas duas doenças, está distribuído em 6 eixos:

- ▶ Mobilização técnica e política em torno das metas de controle da Tuberculose e eliminação da Hanseníase;
- ▶ Descentralização das ações e mudança de atenção com reorganização dos serviços;
- ▶ Melhoria da Vigilância Epidemiológica e dos Sistemas de Informações;

- ▶ Ampliação e qualificação da rede de laboratórios e diagnósticos;
- ▶ Garantia da assistência farmacêutica, com distribuição descentralizada e acompanhamento dos estoques;
- ▶ Capacitação e desenvolvimento de recursos humanos.

3 - Aplicação dos Recursos das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças - ECD - foi informado que a partir de uma avaliação dos saldos financeiros existentes nos Fundos Estaduais, constatou-se a existência de valores significativos no que se refere ao Teto Financeiro de ECD. Esses saldos foram detalhados por estado e foi enfocada a situação particular do Estado do Rio de Janeiro, ante à ameaça de disseminação da Dengue 3. A CIT deliberou que os dados dessa avaliação serão apresentados mensalmente nesse fórum e encaminhados aos estados e aos COSEMS. A SES/RJ se comprometeu de convocar uma reunião da CIB para discutir a repactuação dos recursos do seu Teto Financeiro. Foi sugerido ainda que as CIB's reavaliem os processos, redimensionem os critérios da distribuição de recursos, considerando o quadro epidemiológico e as necessidades atuais dos estados e municípios, para repactuação.

4 - Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças - foram certificados 62 municípios, com vigência a partir de 1º de novembro, sendo:

- 08 do Estado da Bahia
- 22 do Maranhão
- 06 de Goiás
- 08 de Minas Gerais
- 15 de Pernambuco
- 03 de São Paulo

5 - Informes:

5.1 - Habilitação de Municípios Recém Emancipados em Condição de Gestão Básica - foi deliberado que esses municípios, juntamente com aqueles que ainda não se encontravam habilitados em nenhuma forma de gestão, poderiam se habilitar na condição de Gestão Plena da Atenção Básica, segundo os critérios estabelecidos na NOB/96.

5.2 - Ressarcimento de Recursos do Município de Camaragibe/PE - o município foi objeto de uma auditoria realizada pelo então Escritório Regional do Ministério de Saúde/PE, referente aos anos de 1996, 1997 e 1998, considerando ilegítimas as despesas realizadas com atividades administrativas. O município faz a defesa, porém o Tribunal de Contas remeteu o processo de Tomada de Conta Especial ao Fundo Nacional de Saúde, para que procedesse a glosa no Teto Financeiro do Município, segundo seu critério. O Fundo informou ao município que seria descontado do seu teto uma quantia que equivale a 02 Tetos/mês. O assunto foi discutido na CIB que deliberou pela apresentação da CIT. O Coordenador da CIT informou que a FNS reviu os pareceres e que concorda com várias argumentações da Prefeitura, e ainda que o processo foi

remetido ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS, para que seja feita uma revisão do que foi apurado.

5.3 - Proposta Normativa para Implementação da Estratégia de Atenção Integrada às Doenças da Infância - AIDIPI - trata-se de uma proposta de normatização da estratégia desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde - OMS e pelo Fundo das Nações Unidas, na versão adaptada às características epidemiológicas do País e às normas nacionais. Foram distribuídas cópias do documento ao CONASS e CONASEMS para análise, e posterior discussão e pactuação.

5.4 - Saúde no Sistema Penitenciário Brasileiro - foi informada a realização de um Fórum Nacional sobre o assunto nos dias 8 e 9 de novembro, com a participação do Ministério da Saúde, Ministério da Justiça e CONASEMS.

Extra Pauta:

1 - Paracambi/RJ - o município teve a sua habilitação na condição de Gestão Plena do Sistema suspensa em função de irregularidades levantadas por uma auditoria. Os problemas foram sanados, a CIB aprova o retorno do município à sua condição de gestão, e o assunto foi trazido à CIT para apreciação. Foi deliberado que não há impedimento para que o município retorne à condição de Gestão Plena do Sistema.

2 - Boa Vista/RR - o município encontra-se habilitado em Gestão Plena do Sistema desde fevereiro/2000, e em virtude das dificuldades que vem enfrentando encaminhou uma solicitação de aumento do seu Teto Financeiro à CIB/RR, que foi apreciada por 02 vezes, mas não foi acatada. Face ao impasse a CIT deliberou pelo envio de um representante da SAS a Boa Vista, para ouvir o Estado e o Município, e elaborar uma proposta com vista à solução do problema.