



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

---

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT  
PRINCIPAIS DISCUSSÕES E CONSENSOS DA 1ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE DE 2013  
28 DE FEVEREIRO DE 2013

**Em 28 de Fevereiro de 2013, participaram do Plenário da Tripartite:**

**MS:** Luiz Odorico Monteiro de Andrade; Márcia Aparecida do Amaral; Helvécio Miranda Magalhães Júnior; Jarbas Barbosa da Silva Júnior; Carlos Augusto Grabois Gadelha; Mozart Julio Tabosa Sales.

**CONASS:** Hélio Franco de Macedo Júnior; Jorge José Pereira Solla; Beatriz Figueiredo Dobashi; Michele Caputo Neto.

**CONASEMS:** Antônio Carlos Figueiredo Nardi; Murilo Porto Andrade; Aparecida Linhares Pimenta; Valdemar Ferreira Fonseca.

Conforme lista de presença anexa a este resumo.

**1. Abertura dos Trabalhos**

Divulgação dos Extratos dos Contratos Organizativos de Ação Pública – COAP de mais 16 Regiões de Saúde do CE, publicados no DOU em 19, 21 e 31 de dezembro de 2012, quais sejam: Baturité; Cascavel; Acaraú; Tianguá; Caucaia; Canindé; Itapipoca; Aracati; Quixadá; Russas; Camocim; Icó; Crato; Juazeiro do Norte; Limoeiro do Norte e Crateús ([www.saude.gov.br/dai](http://www.saude.gov.br/dai))

Informou sobre as publicações dos Extratos dos Contratos Organizativos de Ação Pública e referiu seguir o rito de comunicar a Tripartite à publicação dos COAP. São 24 Contratos no Brasil: sendo 4 Regiões de Saúde no Mato Grosso do Sul e 20 no Ceará. As duas regiões de saúde do Ceará que faltam assinar o COAP estão em processo de discussão e possivelmente ainda neste semestre haverá o Contrato em todo o Estado. Ressaltou o esforço dos Estados em fortalecer o Contrato como instrumento de gestão e no acolhimento aos novos gestores (Secretários de Saúde e Prefeitos) à luz do Decreto nº

7.508/11. Apontou que este ano, de 2013, pela estabilidade da gestão, nas 3 esferas, será um ano favorável a execução dos COAP. Por fim, enfatizou que a disponibilização por meio eletrônico é importante e eficiente para propiciar o conhecimento aos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, assim também, como o envolvimento dos técnicos das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Na oportunidade, agradeceu ao Conasems, Conass e em especial aos Cosems, pelo relevante papel no processo de desenho das regiões.

## 2. Apresentações e Discussões

a) Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos – CONASS.

**Conass:** Propôs agenda para discussão desta pauta no intuito de prevenir os problemas e fazer valer o que foi pactuado; que o repasse do recurso seja direcionado a quem gerencia a Unidade, independente de ser Estado ou Município.

**Conasems:** Reiterou a fala do Conass.

**MS:** Corroborou a fala de Conass de que este é um tema que deve ser discutido. Reforçando isto, parafraseou José René (Conass): “devemos garantir as salvaguardas regulatórias e de gestão para a operação cotidiana”.

**ENCAMINHAMENTO:** Agendar reunião desta pauta no GT de Gestão.

b) Avaliação do PROVAB 2012 e 2013. SGTES/MS

**MS:** Agradeceu a colaboração de Conass e Conasems desde a primeira edição deste Programa, no ano de 2012. Neste programa foram ofertadas vagas para os profissionais Cirurgiões-dentistas e Enfermeiros que encerrarão suas atividades no mês de Junho/2013. Como o Edital do Provab 2013 se restringiu aos profissionais médicos informou que a SGTES, juntamente com a SAS discutirá com Estados e Municípios o formato de uma nova proposta para estes profissionais. Em seguida, informou que no Provab 2012, 70 instituições aderiram ao Programa, sendo que apenas 37 destas foram utilizadas. Estas 70 instituições supervisoras já estão pré-aderidas ao Provab 2 com a previsão de que este quantitativo seja aumentado. O Provab 2 trouxe uma mudança na Portaria Interministerial com o objetivo de adotar a Bolsa Federal de Educação pelo Trabalho (Portaria nº 754/GM/MS de 18/04/2012). Esta possui previsão legal por meio das Leis do Pronatec e do Pró-Jovem. Esta condição de trabalhador - estudante remete à necessidade da Especialização como um instrumento que vincula o processo

Assistencial ao Formativo. Entende que a condução do programa deve se dar pelos Estados e, neste intuito, há uma discussão sobre a possibilidade de se repassar os recursos diretamente às SES e não mais para as Universidades. Neste sentido, está sendo montada uma estrutura própria de coordenação deste programa com uma média de 50 pessoas em todo país: 30 em Brasília e mais 27 nos Estados vinculados às Coordenações Estaduais da Atenção Básica na SES. Informou que os médicos que não foram aceitos pelos municípios ou que não conseguiram nenhuma das 6 opções terão a possibilidade de entrar com recurso ou remanejamento (publicado no Diário Oficial da União - DOU) a partir de 4 de Março. Afirmou veementemente que este programa, além de prover profissionais, entra em um enfrentamento do *status quo* histórico da formação Médica do Brasil e reiterou a necessidade de um maior controle do cumprimento da carga horária dos profissionais inscritos. Para finalizar, ressaltou que o MS deverá se debruçar também sobre as outras profissões de saúde.

Informou que o Edital do PET-REDES será publicado na próxima semana com uma ampliação de 50%. A perspectiva é de que se tenha de 30 a 35 estudantes dentro de cada Hospital.

**Conass:** Afirmou que a estratégia de fixação destes profissionais na Atenção Básica não é a única para se resolver a falta de profissionais. Uma possibilidade seria a rotatividade de alguns postos de trabalho. Mostrou preocupação com o acompanhamento do programa, nos seguintes aspectos: corrupção da carga horária por parte dos profissionais médicos, pagamento extra e substituição dos profissionais já contratados pelos do Provab. Afirmou ser importante discutir a atuação de médicos estrangeiros na Atenção Básica, tendo em vista que entidades de Prefeitos, a Mídia e o Congresso vem demonstrando concordância com esta proposta. Colocou-se a favor de apoiar a Presidenta Dilma nesta proposta e, neste intuito, indicou a confecção de um documento Tripartite.

**Conasems:** Parabenizou o MS pela proposta e, em seguida, disse que a falta de profissionais médicos não se deve apenas à questão salarial. Propôs que devem ser pensadas outras estratégias, além do

c) Portal do Cidadão e E-SUS AB. SGEP/MS

PROVAB, para tentar minimizar tal situação. Como exemplo disto, o Serviço Civil obrigatório para aqueles profissionais formados em Universidades Públicas e financiados pelo FIES e a proposta do Revalida, que diz respeito aos Médicos formados no exterior. Relatou ainda a importância de se atuar mais firmemente junto aos Estados, como São Paulo, que possuem grande número de bolsas de Residência e não aderiram ao Provab, da forma como se esperava.

**ENCAMINHAMENTO:** Consenso Tripartite acerca da pauta do chamamento Internacional de Médicos para o Brasil, inserindo-a no documento Tripartite que será enviado a Presidência da República, com a formulação pelo GT GTES.

**MS:** Apresentou o Portal de Saúde do cidadão que permitirá que o usuário do SUS passe a ter acesso ao seu histórico de registros das ações e serviços de saúde no SUS, como conferir as informações de suas internações hospitalares, com dados sobre atendimento ambulatorial de média e alta complexidade e aquisição de medicamentos no programa Farmácia Popular. Destacou a forma de acesso público ao portal, que atualmente encontra-se dividido em 02 áreas, a primeira com acesso livre e a segunda com acesso restrito àqueles que já possuem o Cartão e a senha de acesso. Exemplificou como se dará os processos de consulta à base de dados do cartão e de pré-cadastro do Cartão Nacional de Saúde. Explicou sobre como obter a senha para o primeiro acesso ao portal e como esta será enviada ao usuário. Demonstrou a forma de acesso do cidadão ao portal e também sobre como realizar a impressão da via do Cartão Nacional de Saúde em papel. Informou sobre o aplicativo desenvolvido para acesso por dispositivos móveis (smartphones, tablets e etc.) e a respeito dos registros de ações e serviços de saúde no portal. Teceu esclarecimentos sobre o módulo de consulta ao histórico dos Registros das Ações e Serviços de Saúde – RASS. Apresentou também a forma como será realizada a pesquisa por Estabelecimentos de Saúde, que utiliza a base de informações do

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, e de estabelecimentos credenciados pelo programa Farmácia Popular. Detalhou ainda o módulo destinado ao acesso restrito profissional (acesso médico) e, por fim, ressaltou que já existe um serviço de atendimento (*Service Desk*) de demandas relacionadas ao portal do cidadão, por meio da Ouvidoria do SUS (136), e que não existe nexo de qualidade entre o Sistema do Cartão Nacional de Saúde e o Portal do cidadão.

Sobre o E-SUS, iniciou a apresentação informando que este irá substituir, a partir de março, o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), com uma redução das atuais 16 fichas para apenas 6. O E-SUS facilita o atendimento, mantém o compartilhamento das informações de saúde dos pacientes, integra e reduz o retrabalho de coleta dos dados, além de permitir qualificar melhor as informações; de forma a tornar o fluxo do registro e envio dos dados mais eficientes, além de contribuir com a gestão local. Informou ainda que o E-SUS adota a Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP 2) e dialoga com a Classificação Internacional de Doenças (CID). Considerou que sua estrutura comporta dois módulos: a) Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC off line); 2) Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC on line); em dois estágios 1) Coleta de Dados Simplificada (CDS off line Versão instalável e *stand alone*) e b) Coleta de Dados Simplificada (CDS on line), salientou que a construção desta proposta levou em conta o diagnóstico da Atenção Básica, segundo os resultados do questionário do Requalificas UBS (Nov/2011); quanto a conectividade nos municípios tem-se que 98% das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) possuem conectividade, entretanto em relação as Unidades Básicas de Saúde (UBS) 70% não possuem conectividade, o que significa que 88% dos consultórios das UBS não são informatizados, e destes 30% das UBS que possuem conectividade, apenas 12% de seus consultórios possuem algum tipo de conectividade. Continuou discorrendo sobre a meta de implantação até 2014 em 2 cenários 1) Real – 70% - Sistema com Coleta de Dados Simplificada - E-SUS Atenção Básica – CDS; 2) Ideal – 30% - Sistema com Prontuário Eletrônico - E-SUS Atenção Básica – PEP, integrado nas redes

de atenção a saúde (RAS). Apresentou entre as funcionalidades do E-SUS o acompanhamento da atenção domiciliar e informou que implementações estão sendo desenvolvidas numa nova versão que deverá estar pronta até julho de 2013 para prontuário eletrônico e nela está prevista a atenção odontológica, com mecanismo de alerta para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), prevendo desenvolver uma funcionalidade de interface com o sistema Hórus da assistência farmacêutica. Informou também que há interface com o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) e Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), o mesmo permite carregar o sumário do Registro Eletrônico em Saúde (RES). Identificou dois cenários para implantação do E-SUS: 1) servidor na própria UBS, conectado a todos os consultórios e demais serviços, de forma que se houver queda na rede de transmissão não haja nenhuma dificuldade no processo de trabalho interno, e assim que a conexão voltar se restabelece o fluxo de envio de informação para a central de armazenamento, considerou que este é um cenário mais caro; 2) custo menos oneroso onde todos os serviços e consultórios estão ligados a um servidor municipal ou regional, a exemplo do cenário 1, a partir daí o dado seguiria normalmente, mas tendo como desvantagem a dependência da conexão, qualquer queda atrapalharia a rotina de trabalho do serviço. Avaliou os dois cenários considerando o custo de implantação e a resolutividade e efetividade ponderando se os municípios terão condições de arcar com estas despesas, e os mecanismos e desenhos de rede mais adequados ao porte e condições de infraestrutura, onde os municípios pequenos vão precisar do apoio das SES para implantação do E-SUS. Ressaltou que as funcionalidades do E-SUS permite gerenciar o Prontuário Essencial (versão 1.0) o cadastro individual cruzando com o número do cartão SUS e, portanto, consegue identificar o núcleo familiar, a territorialização, a agenda, o acolhimento e a escuta qualificada, com o atendimento individual, além das atividades coletivas. O Prontuário Estendido, (versão 2.0), está previsto o cuidado continuado, a saúde bucal, a gestão do cuidado, a gestão da agenda, a gestão por resultado e a

imunização. Informou também que a partir da semana de 04/03/2013 o sistema E-SUS estará disponível no site do MS, para ser baixado com todos os aplicativos, e no site do Departamento de Atenção Básica (DAB) já estão disponíveis todas as orientações necessárias para banco de dados, datacenter, entre outros, e que o momento atual é de construir o Termo de Cooperação Técnica (TCT) com os Cosems e Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Apesar de ter havido um acordo de assinatura de um Termo Genérico, optou-se por um específico para cada Estado, por entender sua importância, considerando os atores envolvidos localmente, e por tratar das responsabilidades de cada ente federado, o MS vai ofertar o software, a conectividade, por meio da licitação que estará concluída até abril com a aquisição de 13 mil conexões, e dará o suporte técnico e capacitação a uma equipe estadual preparando-a para a implantação, portanto não haverá investimento na aquisição de equipamento além daquele dos programas já existentes a exemplo Telessaúde e de vigilância em saúde para informatização das salas de vacina. Enfatizou que o investimento de estruturação da rede, aquisição de equipamentos e treinamento de equipe para utilização do E-SUS é de responsabilidade municipal e estadual. Ponderou que o software é público de domínio federal e foi assinado protocolo junto ao Ministério do Planejamento, porém o código é do MS, e que está sendo constituída uma comunidade de desenvolvimento da ferramenta, para assim alguns estados e municípios por meio de Termo de Cooperação possam participar no desenvolvimento de implementações, customizações, novas funcionalidades que em sendo aprovadas passam a fazer parte da ferramenta e incorporada ao sistema. Em resposta ao Conasems e Conass informou que estados e municípios tem autonomia para continuarem a trabalhar com os sistemas de informação que possuem ou o SIGA, mas que o MS está investindo em mais de 30 milhões de licenças para barramento e de 20 milhões para aquisição de equipamentos para armazenamento e processamento de informações com velocidade. O SIGA possui uma comunidade, e é uma meta colocar no portal público também, ele não possui prontuário eletrônico.



Hoje o País possui aproximadamente 4 mil municípios com menos de 20 mil habitantes e para estes, o E-SUS AB é ideal pois estes não tem condições de adquirirem ou desenvolverem software próprio. Chamou atenção para a conectividade e ressaltou que os equipamentos estão sendo adquiridos por meio de um grande projeto de inclusão digital das cidades, vinculado ao Ministério das Comunicações, que contempla escolas e o MS e, portanto, não faltaram recursos de investimentos. Quanto aos critérios de seleção é o PMAQ, onde as UBS já estão georeferenciadas no território, o pagamento as operadoras de telefonia responsável pela conectividade só se dará após o atesto do gestor local, está sendo montado um service desk cujo número é 136 para comunicação e verificação do cumprimento dos serviços, caso estes não estejam sendo cumprido, o contrato com a operadora será cancelado. Informou que a gestão será feita em parceria com o MS, Estados e Municípios, e já foram iniciadas conversas com os estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina no sentido de traçar estratégias, porém, não existe nexo causal entre Cartão SUS e Portal do Cidadão. O Cartão vai funcionar a partir da UBS e o Portal é ferramenta para o cidadão conhecer eletronicamente o seu registro de saúde, a exemplo de outras ferramentas. Ressaltou a importância de agregar a informação sobre regulação, considerando todas as discussões e experiências processada quanto ao domínio público, repositórios e compartilhamento de informações que tem encontrado eco no SISREG. Após o esforço de descentralização, com liberação dos **fontes**, constituiu-se uma comunidade, e a exemplo da experiência do Rio de Janeiro, a regulação tem início na Atenção Básica, passando por toda atenção especializada, incluindo aí o ambulatório dos hospitais federais.

**Conass:** Sobre o tema conectividade, informou sobre a ordem de recursos do Banco Nacional de Desenvolvimento – BNDES (aproximadamente R\$ 16 bilhões), destinado à aquisição de equipamentos de informática para os municípios brasileiros, sendo que deste montante apenas 200 milhões serão

destinados à área da saúde.

**Conasems:** Identificou o projeto do E-SUS como sendo uma das grandes propostas e que este sempre foi o sonho, que várias foram as iniciativas exemplificando Maringá/PR. Perguntou o procedimento a ser adotado sobre o município de São Paulo e outros trinta municípios que têm o SIGA e agora estão pensando em implantar o E-SUS. Pontuou sobre a necessidade de compatibilizar com a Regulação e avançar e ampliar para a média e alta complexidade. Informou que muitos municípios por conta do Sistema de Regulação do SUS (SISREG) estão aderindo ao projeto Cidades Digitais, devido ao auto custo da conectividade, que poderia se verificar para ajudar no financiamento de implantação da rede para o E-SUS. Chamou atenção para as informações contidas no Portal do Cidadão, identificando-as no SUS como uma questão de consumo da gestão, da regulação, de economicidade, de transferir resolutividade de muitos problemas de saúde a todos os pacientes do Brasil. Considerou importante uma avaliação da realidade e da capacidade de implantação do Portal do cidadão e do E-SUS, com todas as possibilidades postas para a versão 1.0 e a partir de julho, não se pode desconsiderar os seguintes aspectos: 1) as experiências negativas de conectividade; 2) as dificuldades de muitos cidadãos em lidar com senhas e login de acesso ao chegar ao consultório médico; 3) sistema não travar, devido aos relatos de alimentação do SIOPS e SARGSUS, que possuem baixo índice de alimentação por parte dos gestores, mas travam sempre que recebem uma nova informação. Portanto, uma das preocupações do Conasems tanto para o Portal como para o E-SUS é não serem capazes de responder adequadamente, considerando o volume de acessos e o tamanho da expectativa, e gerar na população uma insatisfação dirigida aos secretários municipais de saúde e as unidades. Sendo um software público, de uso livre, com licitação para conectividade, questionou se o recurso disponível é suficiente para conectar todas as unidades ao sistema, prevendo que seja mais uma tentativa frustrada, exemplo da implantação das Redes de Atenção Saúde (RAS). A preocupação é que o entendimento da

d) Campanha Nacional de Mobilização para adesão ao Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde – SIACS e Campanha de fortalecimento e consolidação dos Conselhos de Saúde em todo o país. SGEP/MS

população cabe aos municípios operacionalizar, e se isto não acontece, é de responsabilidade da gestão local. Chamou atenção para o início de divulgação e implantação do E-SUS em substituição ao SIAB, pois, pode-se não conseguir fazer a partir de março. Considerando que esta ação do ponto de vista da informação, é um novo marco histórico para o SUS, um avanço que nunca existiu. Ponderou sobre as possibilidades de parametrização da atenção especializada de forma a criar uma interface entre o E-SUS e o SISREG, com vistas ao acompanhamento pelas redes com unificação das informações clínicas.

**ENCAMINHAMENTO:** MS propôs discutir e pactuar na próxima CIT o prazo para substituição do SIAB pelo E-SUS, considerando um prazo razoável até o final de 2014. Enfatizou que até o prazo final a ser pactuado, valerão os dois sistemas.

**CNS:** Cumprimentou a todos, a mesa e em especial ao Ministro Padilha, a Secretária Executiva Márcia Amaral, felicitando a presença de várias mulheres nos espaços de decisão. Manifestou também o agradecimento ao apoio recebido pelo CONASS, CONASEMS e o MS para eleger uma mulher, no segmento de usuária, na presidência do Conselho Nacional de Saúde (CNS) conduzindo este triênio, até 2015.

Disse ser também assessora da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG) e representante do subsegmento dos Rurais. Referiu uma agenda em comum, que não deve ser desprezada neste momento político, por isso espera maturidade para discutir as divergências e mais ainda, para avançar nos desafios colocados para o setor saúde.

Com relação ao Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde – SIACS, por conta da expressiva renovação dos Secretários Municipais de Saúde, solicitou o apoio do Plenário para o

cumprimento até julho deste ano, do Acórdão TCU nº 1660/11, no que se refere à paridade nos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Advertiu para a determinação dos Estados e Municípios que não observarem a paridade, poderá haver uma abstenção de transferência de valores. Reconheceu o esforço feito pelo MS, CONASS e CONASEMS, na instituição de uma força tarefa que mobilizou os gestores e conselheiros para criação ou a revisão da efetiva paridade. Dessa forma, apresentou a situação do cadastro dos Conselhos no SIACS de maio de 2012 a janeiro de 2013, destacando que o maior desafio são os municípios de menor porte e sem condições de conectividade. Ressaltou a necessidade de fortalecer as ações nos Estados das regiões: Norte (RO, TO), Nordeste (BA, MA), do Sudeste (MG) e do Centro Oeste (MT) cuja adesão e preenchimento no Sistema foi inferior a 65%. Reforçou que o objetivo desta apresentação é socializar a agenda 2013 do CNS, cuja proposição é a Campanha Nacional de Fortalecimento do Controle Social, pois embora se discuta muito no espaço da CIT o avanço da gestão, esta não é uma equação comum: avanço da gestão, respostas à necessidade de saúde da população, com o fortalecimento do Controle Social. Por isso, referenciou uma agenda mais propositiva e mobilizadora com a gestão, aonde prevaleça uma agenda política, de interesse comum e da coletividade. Solicitou o apoio da CIT, no compromisso desta gestão do CNS, para supracitada Campanha e para realizar o Encontro Nacional, com o Conselho Nacional, Conselhos Estaduais e Conselhos Municipais de Saúde com vistas a discussão da LC 141/12, Regiões de Saúde e COAP e romper assim com a cultura política mais conservadora.

Relacionada à Saúde + 10, informou que em 06 de março, ocorrerá uma grande marcha das Centrais Sindicais. Todas as Centrais Sindicais farão uma agenda com a Presidenta Dilma, cujas pautas, são de extrema relevância, de caráter social e civilizatório, como: Reforma Agrária, Fator Previdenciário e o Financiamento da Saúde. A meta é reunir 30 mil trabalhadores do Campo e da Cidade. Neste dia, acontecerá também uma plenária, cuja representação de CONASS e CONASEMS se faz necessária

para programar o dia 10 de abril. A pretensão neste dia é entregar ao Congresso Nacional e a Presidenta Dilma, um milhão de assinaturas que referenda um projeto de iniciativa popular, cujo apelo é que a saúde ganhe peso do ponto de vista da distribuição das riquezas produzidas neste país. A tarefa é que cada Estado, envie 6 ônibus, com a expectativa de um público de aproximadamente 10 mil pessoas.

Pediu a presença do Ministro ou da Secretaria Executiva no dia 14/04, no Conselho Nacional de Saúde para discutir uma decisão de governo, tendo em vista o que a imprensa veiculou no dia 27/02, de isentar mais as seguradoras de Planos de Saúde.

Citou como uma importante agenda, a realização da V Conferência de Saúde Indígena e explicou sua preocupação que esta Conferência não apresente o mesmo contexto da IV Conferência Nacional de Saúde.

Parabenizou a iniciativa do governo Dilma e dessa gestão de apoiar mais recursos para o saneamento básico neste país e também para Saúde do Trabalhador, embora, muitos municípios não estejam assumindo essa pauta com prioridade, bem como a pauta da Saúde Ambiental, a população expostas a agrotóxicos.

Concluiu constatando o enfretamento do governo relacionado à questão médica, buscando a valorização da equipe multiprofissional e atendendo ao apelo das necessidades de saúde da população no campo. Trazer a questão do debate do Serviço Social, inclusive com o movimento estudantil, aonde muitos estudantes querem fazer carreira no SUS.

**Conass:** Parabenizou a nova presidenta, citou a experiência exitosa do Paraná e disse ser relevante a presença do Conselho Nacional nos Estados.

**MS:** Informou o compromisso feito com a CONTAG de ampliar 10 Centros de Referência de Saúde do Trabalhador - CEREST nas áreas novas de expansão agrícola que não tinham a cobertura adequada.

e) Diretrizes Nacionais para o Projeto-Piloto de Categorização dos Serviços de Alimentação. ANVISA/MS

Sobre o agrotóxico, a SVS fez um repasse de um milhão de reais as Secretarias Estaduais de Saúde, como uma forma de estruturar e articular a vigilância, assistência e agricultura, para que o dado melhore a notificação e esta, sirva para intervenção.

Sugeri, além do financiamento, incluir na agenda das Centrais Sindicais, o provimento de profissionais da saúde, baseados na necessidade de médico no Brasil, que este posicionamento constasse também no documento que será entregue a Presidenta.

**Anvisa:** Iniciou apresentação fazendo um relato sobre o processo de discussão e construção das diretrizes nacionais para o **Projeto Piloto de Categorização dos Serviços de Alimentação**, a cerca dos objetivos, abrangência, metodologia, etapas, cronograma de trabalho e estratégias de divulgação. Em resposta ao Conass a Anvisa informou que já tem sido feitas tratativas no âmbito do GTVisa quanto à discussão do financiamento, é complexa e demanda tempo para concluir, não havendo impeditivo para construção de um calendário específico.

**Conass:** Ponderou a necessidade de ampliar a discussão tripartite das receitas da Anvisa considerando que estados e municípios é que realizam a maiorias das atividades de Vigilância Sanitária - VISA, e não arrecadam por estas, sugeriu a construção de cronograma de discussão.

**Conasems:** Corroborou com a fala do Conass reforçando a importância de agilizar a discussão sobre o financiamento das ações de VISA.

**ENCAMINHAMENTO:**

- Elaboração de Cronograma de discussão sobre alocação de recursos das ações de Visa, a partir das Diretrizes que serão estabelecidas na CIT.
- Obter o calendário das reuniões do Conselho Consultivo da ANVISA e enviar para Conass e Conasems.

f) Avaliação do PMAQ a partir dos resultados da avaliação externa feita pelas Universidades, na perspectiva da gestão. SAS/MS

**MS:** Pontuou quanto ao atraso no fechamento do 1º ciclo de avaliação e informou que a portaria que prevê o pagamento de incentivo deverá ser publicada em 01/03/2013. Na oportunidade informou ainda que foram recenseadas 43.424 UBS com registro no SCNES, deste conjunto 35.942 estão em registro ativo. Entretanto, foram identificadas 6.459 UBS com registros inativos que irão orientar futuras políticas. Para o 2º ciclo de avaliação do PMAQ, o site foi aberto no dia 18/02/2013 e permanecerá aberto até dia 31/03/2013. Informou que até o dia 25/02/2013 231 municípios já haviam aderido ao 2º ciclo de avaliação do PMAQ e que no momento estão fazendo os ajustes nos termos de cooperação técnica com as universidades participantes.

**Conass:** Posicionou-se favorável.

**Conasems:** Posicionou-se favorável.

g) Balanço da atual situação do Câncer no Brasil. SAS/MS

**MS:** Ponderou a proposta de aprimoramento sobre a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer – PNPCC. Apresentou os dados de produção e a Regulamentação da Lei nº 12.732/2012. Na oportunidade solicitou a colaboração do Conass e Conasems no consenso de uma agenda ágil para elaboração de uma matriz de avaliação, definição das responsabilidades dos pontos de atenção, confirmação diagnóstica e o novo papel para os CACONS. Mencionou a proposta de criação de unidades satélites ligadas aos Centros de Alta Complexidade em Oncologia - CACON para ampliação do acesso geográfico e a preocupação da atenção básica com o diagnóstico precoce. Quanto à PNPCC destacou os aprimoramentos das diretrizes e bases conceituais de acordo com seus eixos fundamentais. Em relação aos dados de produção falou sobre a Prevenção e Controle do Câncer de Colo Uterino apresentando os parâmetros do programa de rastreamento: Faixa etária alvo, Mulheres de 25 a 64 anos, um total de 50.597.322, sendo a meta 80% do público alvo o que corresponde em torno

de 13 milhões de exames. Ponderou que a produção total de citopatologia em 2012 foi de aproximadamente 8,5 milhões, demonstrando gráficos comparativos de produção por região de saúde, no período de 2010 a 2012. Com base nos resultados, demonstrou preocupação com o decréscimo da produção em 2012 comparado aos anos anteriores, a exemplo do Pará, Amapá, Bahia, Goiás. Além disso, preocupa-se também com o percentual de exames fora da faixa etária estabelecida. Apresentou também, tabela de quantitativo de exames citopatológicos por faixa de produção por laboratório e UF - 2010 a 2012, usando como fonte dados do SAI/SUS e acrescentou que apesar da expansão, continuamos com os mesmos desafios: melhorar a qualidade dos laboratórios, o acesso geográfico e o esforço para que os exames sejam feitos na faixa etária, para otimização dos serviços. Citou a proposta de estruturação dos serviços por meio de convênios e/ou contratos com a Caixa Econômica Federal que vem sendo elaborada desde 2011. Destacou a ênfase dada na confirmação diagnóstica nas regiões da Amazônia Legal e Nordeste.

Da mesma maneira, apresentou os parâmetros do programa de rastreamento para a prevenção e controle do câncer de Mama: Mulheres de 50 a 69 anos, sendo que a cada dois anos a população alvo corresponderá cerca de 30 milhões. Disse que a meta é de 65 % do público alvo, gerando uma produção de aproximadamente 4 milhões de mamografias. Em dezembro de 2012, na faixa etária supracitada foram realizados o total de 2,3 milhões de mamografias. Na mesma metodologia adotada para explicitar a produção de citopatologia, projetou também, gráficos comparativos de produção de Mamografia realizadas em mulheres na Faixa etária de 50 a 69 anos, por região de saúde, no período de 2010 à 2012. Deu destaque ao percentual fora da faixa etária e também ao avanço alcançado na produção pelo estado da Bahia, em virtude da mamografia móvel, bem como os estados de Goiás e Mato Grosso do Sul. Como desafio, citou a realização dos exames fora da faixa etária, necessidade de expansão do acesso e a qualidade da imagem. Destacou que com o programa nacional de qualidade



de mamografia obtivemos um diagnóstico muito ruim, pois apesar do projeto de qualificação com a Anvisa, com o Colégio Brasileiro de radiologia e todas as vigilâncias sanitárias estaduais, a média nacional de exames com leitura possível de laudo é de apenas 50%, o que gera uma gravidade enorme tanto de falso positivo quanto de falso negativo. Como estratégia para melhora desta média, citou a utilização de mamógrafos móveis com laudo a distância e o programa de qualidade que ficará cada vez mais compulsório do ponto de vista do pagamento. Ponderou a cerca de um cronograma até o final do ano para, junto à Anvisa e a ANS, estender ao setor privado, usando a capacidade regulatória sanitária da Anvisa e não apenas portarias do MS.

No tocante a regulamentação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012 que dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início, sancionada sem veto pela presidência da república, destacou que o prazo fixado é de 60 dias para o primeiro tratamento de neoplasias malignas citando que no Brasil 60% dos casos tiveram o início do tratamento no período descrito. Agradeceu a colaboração de todos os estados e apresentou o cronograma de treinamento do Sistema de informação: SISCAN, no período de janeiro à abril de 2013, considerando que em maio será publicado a regulamentação da lei. Destacou ainda, o Art. 4º da referida Lei, que define que os Estados que apresentarem grandes espaços territoriais sem serviços especializados em oncologia deverão produzir planos regionais de instalação deles, para superar essa situação. Mencionou a minuta de portaria, em elaboração, que prevê necessidade de organização do cuidado, destacando para isso: o mapeamento nas Regiões de Saúde; o diagnóstico dos serviços de saúde em oncologia e de diagnóstico existentes; a oferta de serviço: número de procedimentos em oncologia realizados; a necessidade de atendimento: população a ser atendida, e a importância de se relacionar oferta e necessidade, a fim de identificar gargalos. Por fim, projetou um quadro de Distribuição dos Serviços de Oncologia por Região (CACON, UNACON, UNACON com radioterapia,

hospital geral e expansão radioterápica). Em resposta às ponderações do Conass informou que o Conselho Federal de Enfermagem - Cofen passa por um complicado processo político e que devido ao tensionamento em prol da disputa eleitoral do pleno do Cofen, não houve a renovação da suspensão da citada resolução. Destacou o grupo de trabalho permanente com as 3 entidades da enfermagem na articulação junto ao Cofen, pois entende que para alavancarmos na produção da coleta não podemos depender unicamente de médicos e enfermeiros, até porque não se trata de procedimento invasivo. Citou o projeto de pesquisa no âmbito nacional a exemplo da realizada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, cujos resultados apontam para uma maior qualidade nos exames coletados por técnicos de enfermagem, além de um conjunto de capacitação com a UNASUS e várias universidades. Corroborou com o posicionamento afeto às mamografias dizendo que já está colocado para o orçamento de 2013 a possibilidade de rever o financiamento destas e que em março será apresentado a melhoria do financiamento e outras alternativas.

**Conass:** ponderou a cerca da revogação da resolução do Conselho Federal de Enfermagem que proíbe a coleta de citopatológico por técnicos de enfermagem, que até o presente momento não ocorreu. Relatou ainda sobre as mamografias móveis, cujo custo é superior às mamografias fixas, sendo necessário um incremento por parte do estado. Entende ser justo que o valor de tabela seja diferenciada para a mamografia fixa e a móvel. Ponderou que não basta a mamografia, faz-se necessário também a execução de toda uma linha de cuidado.

**Conasems:** Acordou com o posicionamento do Conass.

h) Programa Nacional de Triagem Neonatal Integrado: meta para 2013. SAS/MS

**MS:** Informou que vem trabalhando com o objetivo de que até o final de 2014 todas as crianças no país tenham direito igualitário de serem testadas. Afirmou que a maior rede de Prevenção de Deficiências é uma Rede Cegonha que funcione com qualidade. Em seguida, esclareceu que esta apresentação é uma redefinição da Política Nacional de Triagem Neonatal - já pactuada em Plenária Tripartite. Esta Política é composta por 3 componentes: triagem sanguínea, auditiva e ocular. Reiterou que o “Teste do Pezinho” se divide em 3 fases e foi pactuada neste Plenária a formalização da Fase IV que diz respeito ao diagnóstico de Hipotireoidismo Congênito, Fenilcetonúria, Hemoglobinopatias, Fibrose Cística, Hiperplasia Adrenal Congênita e Deficiência da Biotinidase no país, no entanto, apenas os Estados do PR e SP estão realizando esta fase. A Fase I diz respeito ao diagnóstico de Hipotireoidismo Congênito e Fenilcetonúria e os Estados do AM, AP, PB, PI, RN, RR, SE e TO estão realizando apenas esta fase. A fase II diz respeito ao Hipotireoidismo Congênito, Fenilcetonúria e Hemoglobinopatias e os Estados do AC e AL realizam apenas esta fase. A fase III diz respeito ao Hipotireoidismo Congênito, Fenilcetonúria, Hemoglobinopatias e Fibrose Cística e 17 estados estão nesta fase: CE, MA, MS, MT, PA, PE, DF, BA, ES, GO, MG, PR, RJ, RO, RS, SC e SP. As metas no âmbito do “Viver sem Limite” são: migração de 9 estados para a fase IV e migração de 4 estados para a fase III. Enfatizou a fala do Conass e informou que já foi realizado um mapeamento dos serviços neste sentido. Por fim, salientou que, estão sendo credenciados muitos serviços na lógica de Centros Integrados de Reabilitação.

**Conass:** Relatou que o tratamento da fibrose cística necessita de maior número de profissionais e serviços e como exemplo disto, citou a situação do Estado da Bahia que possui apenas um serviço para diagnóstico e tratamento da Fase III - Fibrose Cística, lotado na capital Salvador. Pediu a colaboração do MS no sentido de resolver a questão.

**Conasems:** sentiu- se contemplado.

### 3. Discussões e Pactuações

a) Minuta de portaria que atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. SAS/MS

**MS:** contextualizou que o processo se deu no bojo da discussão da rede de cuidados às doenças crônicas e destacou a importância do programa antitabagista. Ressaltou o objetivo da proposta que é de reformular e simplificar os procedimentos com vista à universalização da oferta e da possibilidade de se ter esse cuidado assistencial diferenciado em todas as Unidades básicas de Saúde - UBS.

**Conass:** manifestou-se favorável a pactuação e na oportunidade informando que algumas alterações de redação já foram acordadas e ponderou sobre a necessidade de treinamento das equipes de Atenção Básica – AB, considerando a migração dos procedimentos da média complexidade para a AB. Questionou também, se mantém a restrição apenas às UBS que aderiram ao PMAQ ou se será ampliado para todas às UBS.

**Conasems:** Corroborou com a fala do Conass e enfatizou a necessidade de garantia de continuidade das equipes que já estão trabalhando com o programa antitabagismo mesmo sem aderirem ao PMAQ. Entende que as capacitações deverão ser feitas pelas Secretarias de Estado da Saúde – SES.

**ENCAMINHAMENTO:** Pactuada a Minuta de portaria que atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no SUS e dá outras providências.

b) Premissas para a Pactuação de Indicadores com vistas ao Fortalecimento do Planejamento em Saúde – 2013. SGEP/MS

**MS:** Contextualizou o histórico de construção das Premissas e ressaltou que foram amplamente discutidas em acordo com Conass, Conasems, e apreciadas também nos Comitê Gestor do Decreto e Colegiado do Ministro.

Informou que os aspectos centrais dizem respeito à harmonização e que a elaboração teve como base o fortalecimento do planejamento em saúde, o Decreto 7.508/11 e a Lei Complementar nº 141/12,

mantendo a vinculação com as Diretrizes do Plano Nacional de Saúde, aprovadas e cuja aplicabilidade, requer transparência nesse processo de planejamento, em função do início do Ciclo novo, de mais 4 anos, com a entrada dos novos gestores municipais, e o terceiro ano da gestão estadual e federal.

Advertiu ainda que foi considerado o § 4 do Artigo 30 da LC 141/12, que estabelece que este processo tenha que guardar relação em uma discussão com o Conselho Nacional e com os respectivos Conselhos Estaduais e Municipais. Um rol único de indicadores, com características claras, cuja classificação é de indicadores universais e específicos, abolindo assim os indicadores complementares. O intuito é facilitar o processo, tornando a pactuação unificada, tendo em vista que em 2012 houve uma pactuação de Transição com 31 indicadores, uma pactuação para o COAP com 101 indicadores e ainda a leitura do ID SUS, com vistas ao fortalecimento do planejamento e do COAP, visando acesso e qualidade na organização das Redes de Atenção a Saúde, considerando os indicadores epidemiológicos e de desempenho (IDSUS).

Disse que a expressão da composição dos indicadores não poderá fugir dessas Premissas e que deve se respeitar a autonomia de cada ente federado, na perspectiva da necessidade de inclusão de indicadores, quando for necessário.

Por fim, comunicou que a intenção do MS é trazer em Março a conclusão desse processo de indicadores, que serão utilizados para pactuação, fortalecimento do planejamento e feitura dos COAP em 2013.

Corroborou com o CONASS e referiu que será estudada a possibilidade de reduzir mais ainda os indicadores, com relação ao acesso, qualidade e desempenho.

Em resposta a publicação do IDSUS, o Ministro respondeu que a previsão é no final deste ano, como encaminhado na Resolução Tripartite, todavia, este prazo poderá ser rediscutido na CIT.

**Conass:** Reforçou a premissa de redução dos números de indicadores. Questionou quando sairá à

<p>c) Minuta de Portaria que dispõe sobre as normas de execução e de financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica – SCTIE/MS.</p> <p>d) Minuta de Portaria que dispõe sobre o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – SCTIE/MS.</p>	<p>publicação do novo IDSUS.</p> <p><b>ENCAMINHAMENTO:</b> Pactuadas.</p> <p><b>MS:</b> Contextualizou aspectos gerais da Assistência Farmacêutica, demonstrando a evolução da lógica de distribuição de medicamentos para a Atenção à Saúde por meio das políticas e programas implementados, como: Qualifar SUS, sistema Hórus envolvendo o projeto QualiSus rede, projeto de incorporação tecnológica, Farmácia Popular, dentre outros. Ressaltou a ênfase atribuída à incorporação tecnológica, por meio da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC, destacando que no ano de 2012 foram incorporados 30 novos produtos ao Sistema Único de Saúde – SUS. Informou sobre a publicação da portaria nº 271, de 27 de fevereiro de 2013, que Institui a Base Nacional de Dados de ações e serviços da Assistência Farmacêutica e regulamenta o conjunto de dados, fluxo e cronograma de envio referente ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Informou sobre a articulação do Ministério da Saúde com o Banco Nacional de Desenvolvimento – BNDES visando ampliar o limite de endividamento dos estados para equipar e utilizar os recursos nas Unidades Básicas de Saúde – UBS e no SUS como um todo. Informou que o art. 53 (que inclui o medicamento Filgrastim 300 mcg) da minuta de portaria que dispõe sobre o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, será ajustado. Ressaltou ainda que para o caso do medicamento Palivizumabe, está sendo formulada uma estratégia junto com a Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde – Conjur, para que os devidos esclarecimentos sejam realizados na instância judicial. Ressaltou ainda que este medicamento será incorporado como procedimento devido as recorrentes ações judiciais impetradas, e que a portaria que irá incorporar este</p>
--	---

medicamento como procedimento encontra-se em vias de publicação.

**Conass:** Também se manifestou pela pactuação da proposta, assumindo o compromisso de identificar junto aos Estados, problemas ocorridos com o repasse de recursos do componente básico da Assistência Farmacêutica aos Municípios. Destacou a necessidade de maiores avanços com a Assistência Farmacêutica Básica, o que exige maior capacitação e investimento no setor. Solicitou esclarecimentos sobre a redação no parágrafo 3º do art. 53 da minuta de portaria que dispõe sobre o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, que inclui o medicamento Filgrastim 300 mcg. Expôs a situação do medicamento Palivizumabe, que foi incorporado por meio da Portaria SCTIE/MS nº 53 de 30/11/2012, e que deverá ser oferecido no SUS a partir de Maio/2013, no entanto até o momento nenhum regramento foi estabelecido sobre o modelo de aquisição. Se esta aquisição ocorrer mediante ressarcimento de valores, deverá ser definido o valor por Unidade da Federação (UF) até que o Ministério da Saúde passe a realizar a compra centralizada, utilizando preferencialmente uma média histórica para definição destes valores, uma vez que esta média ainda não existe, por se tratar de um medicamento adquirido mediante decisão judicial. Solicitou também que seja definido um prazo máximo para que o Ministério da Saúde inicie o processo de compra centralizada do Palivizumabe. Apontou necessidade de redução do tempo para incorporação de produtos e medicamentos no SUS. Entende ser necessária uma discussão tripartite antes da publicação da portaria que incorporará o Palivizumabe como procedimento.

**Conasems:** Manifestou-se pela pactuação das propostas, no entanto ressaltou no componente básico, a necessidade de atualização per capita da base de cálculo dos recursos, bem como o atendimento das demais demandas dos municípios considerando aqueles que obtiveram acréscimo populacional e também a atualização do elenco da Rename 2012, visando à redução das atuais demandas judiciais.

Em relação ao componente especializado, destacou a necessidade de atualização do elenco da Rename com as novas incorporações, e também de ampliação dos recursos para aquisição dos medicamentos previstos no componente. Solicitou que os Estados assumam o compromisso tripartite de não atrasar o repasse dos recursos previstos para o componente básico da Assistência Farmacêutica aos municípios. Sugeriu a formação de um Grupo de Trabalho tripartite que vise discutir o caso dos recursos nos fundos para o repasse financeiro de incentivos aos componentes da Assistência Farmacêutica, e que seja realizado um estudo qualificado, com parâmetro nacional, para a definição de valores dos incentivos tripartite per capita. Ponderou que o Conasems pactuou a proposta assumindo um número maior de medicamentos descentralizados aos municípios sem nenhum aumento equivalente de recursos.

**ENCAMINHAMENTO:** Minutas pactuadas com as seguintes ressalvas:

- Conass irá realizar uma força-tarefa para identificação dos Estados com problemas de atrasos para o repasse de recursos do componente básico da Assistência Farmacêutica aos Municípios;
- SCTIE irá ajustar o art. 53 da minuta de portaria que dispõe sobre o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (inclui o medicamento Filgrastim 300 mcg).
- SCTIE definirá Grupo de Trabalho responsável pela discussão dos recursos alocados nos fundos de saúde referentes ao repasse dos incentivos aos componentes da Assistência Farmacêutica e também para definição dos valores de incentivos tripartite per capita;
- Será discutida a incorporação do medicamento Palivizumabe como procedimento e também o modelo de aquisição até que o MS passe a adquirir de forma centralizada;



#### 4 Informes:

a) Abertura dos Sistemas de Investimento do MS. SE/MS	MS informou sobre a abertura dos sistemas de investimento no último dia 15/04 para as emendas parlamentares, atualmente com mais de mil indicações realizadas representando R\$ 600 milhões. Informou ainda que no dia 06/05 será aberto o sistema para cadastramento de propostas, tanto para a modalidade fundo a fundo de novas políticas, quanto para convênios, contratos de repasse e termos de cooperação para órgãos federais. Destacou que está disponibilizada no site do Fundo Nacional de Saúde – FNS, cartilha com demais orientações.
b) Portaria GM/MS nº 528, de 1º de abril de 2013, que define regras para habilitação e funcionamento dos serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). SAS/MS	MS informou que no dia 13/03 foi publicado o decreto nº 7.958 que regulamentava as diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual no âmbito do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça, destacando o desafio do MS em organizar a rede das vítimas de violência sexual. Explicou o conteúdo da portaria, destacando a republicação desta face às contribuições acatadas na reunião do GT de Atenção. Ressaltou ainda outro grande avanço com a publicação da portaria, o da coleta de vestígios periciais pelos médicos do SUS durante o atendimento à pessoa em situação de violência sexual, aonde estes profissionais deverão ser capacitados pelo Ministério da Justiça para esta coleta.
c) Minuta de Portaria que autoriza o repasse de recursos, em parcela única, para Municípios, referente ao incentivo de qualificação do Componente Pré-Natal, por gestante inscrita e captada precocemente no SISPRENATALWEB. SAS/MS	MS informou sobre o aumento do valor de incentivo para mulheres inscritas no sistema SISPRENATAL, aonde foi elaborada a proposta de aumento do incentivo de R\$ 10 para R\$ 20/mulher inscrita precocemente no sistema. Solicitou apoio do Conasems para conscientização da importância da notificação precoce das gestantes no SISPRENATAL.
d) Programa Nacional de Qualidade em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (PNQC). SAS/MS	MS informou sobre o início da discussão no GT de Atenção, destacando a intenção de atrelar o financiamento do procedimento de leitura da lâmina do Citopatológico a alguns parâmetros mínimos de qualidade, incluindo o tempo de entrega do exame, produção mínima de 15 mil e alguns critérios de

	qualidade na realização do exame.
--	-----------------------------------

<b>DESTAQUES</b>	Foi entregue ao Ministro de Estado da Saúde, Alexandre Padilha, o Ofício conjunto Conass e Conasems nº 001, de 27/02/2013, solicitando a não publicação da Minuta de Portaria que regulamenta a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde na forma de blocos de financiamento, na modalidade fundo a fundo, uma vez que esta ainda não atende as expectativas de ambas as representações. Neste Ofício foi sugerido ainda o início da discussão sobre o critério de rateio dos recursos da União, conforme previsto no artigo 17 da LC 141/2012 e a forma de transferência dos recursos do Fundo Nacional de Saúde, com prazo de 90 (noventa) dias para sua conclusão.
------------------	---