



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 EXTRAORDINÁRIA DE 2011

11 DE OUTUBRO DE 2011

**Em 11 de outubro de 2011, participaram do Plenário da Tripartite:**

**MS:** Luiz Odorico Monteiro de Andrade; André Luis Bonifácio de Andrade; Helvécio Miranda Magalhães Junior; Maria do Carmo; Milton de Arruda Martins; Ana Estela Haddad; Carlos Augusto Grabois Gadelha; José Miguel do Nascimento Junior; Jarbas Barbosa da Silva Junior; Márcia Aparecida do Amaral e Adriano Massuda.

**CONASS:** Beatriz Figueiredo Dobashi; Wilson Duarte Alecrim; Antônio Carlos do Santos Figueira; Antonio Jorge de Souza Marques; José Tadeu Marino; Rafael de Aguiar Barbosa; Antonio Faleiros; Micheli Caputo Neto; Ciro Carlos Emerim Simoni.

**CONASEMS:** Antônio Carlos Figueiredo Nardi; Maria Adriana Moreira; José da Silva Monteiro; Lucélia Borges de Abreu Ferreira; Aparecida Linhares Pimenta; Mauro Guimarães Junqueira; Pedro Hermann Madeiro; Celso Luiz Dellagiustina. **Conforme lista de presença anexa a este resumo.**

## 1. Apresentação

A 1ª Reunião Extraordinária da CIT iniciou com o ato de assinatura pelo Senhor Ministro, Alexandre Padilha, de duas portarias pactuadas na CIT de setembro que:

- Institui o componente Ampliação no âmbito do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS)
- Organiza o componente hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Saudou e agradeceu a presença de todos e a iniciativa do Plenário da CIT que concomitante ao processo de pactuação das diretrizes, acordaram uma reunião ampliada com Secretários de Estado da Saúde, Presidentes de COSEMS e do Ministério da Saúde, considerando a importância do conjunto de decisões a serem tomadas, cujo

resultado de negociação e pactuação merece, portanto, um fórum mais amplo que a composição tradicional da CIT. Tal formato oportuniza a discussão dos novos processos a serem instituídos, garantindo o envolvimento dos demais atores, inclusive por meio das videoconferências, transmissão direta via internet, em tempo real, que acelerou a divulgação permanente das decisões.

Parabenizou e agradeceu aos parceiros: CONASS, CONASEMS, COSEMS, secretarias estaduais e municipais de saúde da importância do acompanhamento do processo de discussão tripartite no SUS, que vem ocorrendo nos últimos oito meses, onde a participação de todos tem dado um novo ânimo entre os envolvidos no acompanhamento tripartite, que aliada às inovações tecnológicas tem permitido o aceleração na implantação e implementação das pactuações, de acordo com as realidades locais nos territórios, estados e municípios, levando a discussão inclusive para as conferências de saúde. Ponderou acerca dos diferentes tempos, entre a discussão, negociação, pactuação e publicação das portarias, pois envolve um conjunto de ações e tarefas decorrentes da complexidade que os assuntos requerem, assim como um tempo entre a publicação e a implementação no território. Da mesma forma, avaliou a importância de plenos mais amplos, como esforço de divulgação permanente, aberto (internet) e para a imprensa, estimulando os Cosems e secretários municipais de saúde e técnicos das SES para que o processo seja acelerado. Refletiu sobre a construção do SUS ao longo dos últimos 22 anos, que só foi possível chegar ao atual momento, da publicação do Decreto, a partir da convergência e contribuição de todos, dado o cenário atual, aonde “o espaço tripartite tem sido um espaço importante na construção do SUS”. E ao ser analisado os números do SUS, Sistema esse que pela sua dimensão impressiona a todos, entretanto, ao longo dos anos foram sendo construídos instrumentos e instância para garantia de governança do sistema de saúde, com aporte de 1 milhão de pessoas ao mês de internação, o que nenhuma outra política pública conseguiu construir. Portanto, o estabelecimento de condutas e compartilhamento das responsabilidades que são comuns nos territórios para garantia dos direitos a saúde da população, só é possível pelo acúmulo e pela convergência conceitual acerca da organização da rede de serviços de saúde e da relação entre estados, municípios e união, em que pese à modelagem dos diferentes pontos de atenção na garantia do cuidado integral. Atualmente, é possível pactuar outras políticas que de 2 a 3 anos atrás era inimaginável, para tanto exemplificou com a portaria da atenção básica, da urgência e emergência, do debate da vigilância e da educação em saúde, assim como foi feito também em relação ao bloco de financiamento da assistência farmacêutica. Analisou que o acúmulo de consensos se materializou no decreto, que reflete esse processo fértil, já existente nos estados e nas CIB e, portanto, inaugura um novo estágio na construção de um novo marco institucional do SUS, como também a institucionalização do CONASS e CONASEMS, estimulando mudanças que já vinham sendo processadas nos espaços dos territórios, desde a discussão dos pactos, da regionalização e da construção dos CGR, com envolvimento cada vez maior dos governos estaduais e fortalecimento do sistema de saúde no território, independente dos partidos políticos. Logo, a publicação do decreto e o processo de implementação deste, vêm fortalecer, certamente, as regiões de saúde e a pactuação de todas essas diretrizes, torna-se um grande ganho para o Sistema, que será consolidado pela construção por

estados e municípios e o MS vai estimular e fomentar a revisão e a confirmação dos desenhos das regiões de saúde, e a responsabilização em cada nível de gestão, e como se dá o diálogo da garantia de integralidade da oferta do cuidado na atenção a saúde, e de como se expressa essas responsabilidades.

O mapa concretiza todos os processos que já vinham sendo construídos no território até agora, além de refletir as responsabilidades comuns expressas em metas claras, onde a população pode acompanhar a oferta do cuidado a atenção à saúde. Além de permitir ao gestor acompanhar e avaliar o alcance de metas, comparando realidades homogêneas entre territórios, impactando nos dados de saúde.

Citou que em visita realizada ao hospital da Restauração em Recife, concluiu ser possível processar mudanças positivas e com qualidade na saúde, reafirmando a necessidade de confiança e planejar a construção de instrumentos, que cada vez mais impeçam o desperdício de recursos na saúde e aprimore o que vem sendo construído, com o compartilhamento das responsabilidades pelos entes federados.

Demonstrou preocupação com a imagem do SUS perante a sociedade, que vem sendo bombardeada com propagandas que desqualifica o Sistema, a exemplo da notícia apresentada no jornal 'o Globo', que critica o programa 'academia da saúde' erroneamente ao informar que as destinações dos recursos da saúde estão sendo aplicados incorretamente na construção de pistas de skate. Tal notícia não considera a promoção como uma necessidade atendida pela saúde e o impacto desta na redução dos custos com internações e recuperação dos danos.

Esclareceu que o Ministério da Saúde pretende estimular o que já vem acontecendo nos territórios, fortalecendo os vínculos e as relações de confiança, em um trabalho conjunto, sendo necessária a reconstrução da percepção da sociedade brasileira quanto à dimensão e os avanços do SUS, na garantia da integralidade das ações no sistema, numa perspectiva de sustentabilidade. Reforçou que o trabalho isolado e sem discussão, desencadeia um esforço individual de promover serviços capazes de atender as necessidades da população, cujo custo efetividade vai para além da capacidade individual de um dos entes federados.

Corroborou que o SUS é um sistema denso, construído com coragem e ousadia, juntamente com a responsabilidade que se tem de mudar e organizar os serviços de saúde e que o processo não visa constranger qualquer uma das partes envolvidas, devendo existir sempre, confiança entre os entes.

Informou ainda que ocorre em paralelo a esta reunião um encontro com os coordenadores estaduais de vigilância, para apresentação e debates sobre um conjunto de ações estratégicas para enfrentamento da dengue. Avisou ainda ao Plenário, que a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP, está responsável pela estruturação de uma nova sala para o funcionamento das atividades da Comissão Intergestores Tripartite – CIT.

**CONASS:** A exposição feita foi um apanhado das questões que surgiram na assembleia da CIT de Setembro/ 2011 e mais algumas contribuições feitas com a Diretoria do CONASS. Informou que em nome de todos os secretários, não há por parte do Conselho, nenhuma restrição quanto ao processo em implantação: iniciativas do Contrato de

Ação Pública, padrões de oferta de ações e serviços de saúde, padrões na assistência farmacêutica, qualificar região de saúde, processo de planejamento com a característica territorial e o olhar para a necessidade da população. Referiu-se ainda que o intuito é de esclarecer todas as dúvidas antes da pactuação, para que não haja prejuízo ao todo do processo, reforçando o cuidado para que detalhes operacionais não sejam esquecidos.

**CONASEMS:** Destacou que esta Tripartite extraordinária é histórica, inclusive por contar com a participação do Ministro da Saúde e de seus secretários, secretários estaduais e presidentes de COSEMS. Relembrou a reunião da CIT passada, que deixou clara a necessidade de amadurecer os avanços da gestão do SUS, iniciadas no Governo da presidente Dilma Roussef e do Ministro Alexandre Padilha, a frente do MS, e indicou que apesar da existência de muitos itens novos nessa gestão, estes não podem servir de 'barreira' para os avanços.

Enfatizou a importância de convergir com os Secretários Estaduais, e em cada CIB esclarecer, elucidar o que ainda paira de dúvidas neste processo. Refletiu que não se pode colocar como barreira: o questionamento da assinatura solidária, o debate com prefeitos e suas confederações, e para tanto exemplificou a iniciativa de João Pessoa (PB), cujo Estado já iniciou um debate sobre este assunto, no intuito de convencimento e evolução do processo.

Cogitou sobre o dispositivo que trata do princípio da universalidade e das sanções judiciais não ser tão aberto e genérico.

Pontuou que não deve haver pressa, até mesmo para organizar as nossas redes e regiões, e questionou ao Ministério como ficará a assinatura do COAP caso uma ou outra Região não queira assinar, conjecturando que esse indicativo seja abordado na instrução normativa. Sobre os Indicadores do pacto, pondera rediscutir alguns, e, portanto, sugeriu remeter aos grupos de trabalho da Câmara Técnica da CIT, de forma a reestruturar e formular indicadores passíveis de acompanhamento e não somente de penalidades. Disse também que esse é um avanço e por isso, Conasems e os Cosems têm disposição em pactuar, para fortalecer as regiões de saúde para que as Comissões Intergestores Regionais - CIR possam discutir, evoluir e ampliar o acesso, que é o grande objetivo de todos os presentes na reunião.

2. Discussões e Pactuações	
a) Processo de implementação dos Dispositivos do Decreto 7.508/2011:	<b>CONASS:</b> Pontuou quatro grupos principais de dúvidas, sendo o primeiro deles referente à natureza jurídica do Contrato de Ação Pública. Informou que há dúvidas a respeito da figura jurídica, principalmente

<p>I. Normas Gerais e Fluxos do Contrato Organizativo de Ação Pública no âmbito do SUS</p>	<p>por que existe a previsão de assinatura por parte dos governadores e dos prefeitos. O contrato não ficou caracterizado nem como um contrato administrativo, nem como um contrato no setor privado, alegando a necessidade de maior transparência, uma vez que é preciso ter o aval jurídico dos setores específicos, como: Procuradorias Gerais do Estado, dos Municípios e pelas assessorias jurídicas, tornando claro aos governadores e prefeitos que não participaram desse processo de pactuação. Quanto à vigência do contrato, prevista para quatro anos, sugeriu rediscussão em virtude dos tempos eleitorais que solicitam uma vigência menor.</p> <p>Em relação ao segundo grupo, do financiamento, foi sugerida a exclusão, inclusive por aconselhamento da área jurídica, do item “Sustentabilidade Financeira”, para não dar a ideia de reserva do possível e não ficar trabalhando com as limitações apenas por conta da ordem financeira. Além disso, é necessário que seja discutido às questões de insuficiência e alocação de recursos e as formas de desembolso a todos os pactos firmados anteriormente a essas decisões. Destacou ainda que a PPI trabalha com a escassez do recurso, limitando-se ao que é possível fazer e que todas as tentativas de incluir as linhas de cuidado sempre extrapolaram os tetos, e mesmo a soma de recurso próprio estadual, mais recurso federal e mais o recurso que o município aloca, nunca foi suficiente para atender as necessidades de saúde da população. A partir de agora será feita uma programação voltada para as necessidades, cujos entes pactuarão o financiamento compartilhado. Sendo assim, questionou a transição desse processo, inclusive tendo em vista a indefinição da EC 29 e os problemas no orçamento do MS, dos estados e dos municípios. Os recursos, atualmente, estão sempre vinculados às redes, contudo essas novas possibilidades não esgotam todas as ações e serviços prestados. Sugeriu reflexão em como abordar este contexto no COAP, para que não se torne um instrumento, no processo de judicialização, que exige mais do que pode ser feito com os recursos disponíveis dos estados e municípios. Relativo à prestação de serviços, lembrou que muitos contratos ainda estão sob a gestão do estado, e por isso questionou a inserção ou não no COAP. E como</p>
--	---

será inserido no lócus regional? Como serão trabalhadas as contratações de prestação de serviço, uma vez que não são mais vistas como tabela?

Reforçou outra questão levantada na CIT de setembro, como a possibilidade de elaborar o COAP por macro ou micro região, como se dará o diálogo da qualificação das regiões já pactuadas com o processo de regionalização vigente nos estados?

Ainda sobre a programação, indicou a inserção não só da assistência, mas principalmente da vigilância, uma vez que há discussão da identificação e do enfrentamento dos riscos das redes específicas de doenças infecto-contagiosas. Ressaltou a importância de uma discussão do financiamento global da vigilância, embora tenha sido pactuado na CIT de Setembro, os financiamentos pontuais da *hanseníase*, *geohelmintíases*, *dengue e influenza*. Refletiu como será a transição do financiamento fragmentado de hoje para um financiamento global que seja condizente com a programação geral de ações e serviços de saúde, conforme proposto no COAP.

Solicitou a atenção de todos ao movimento que está acontecendo na Câmara dos Deputados, especificamente por um projeto do deputado sergipano Rogério Carvalho, a respeito da Lei de responsabilidade sanitária, que coincide muito com as questões pontuadas no decreto 7.508 e seus dispositivos. E que trata ainda de punições, bloqueios de recursos, do não cumprimento das questões colocadas no COAP e que implicará em retirada de aval para financiamento, bloqueio de empréstimo e de ações no próprio fundo nacional, quando este descumprimento partir do MS.

Por fim, é relevante a pactuação de um dispositivo informando claramente que o PDR será o balizador do PDI e que este, ficará atrelado a qualificação das regiões de saúde.

**MS:** Explicou que o documento discutido é uma diretriz, e que o debate específico sobre o planejamento e o financiamento deverá ser realizado na reunião da CIT ordinária de outubro, enfatizado no COAP e atrelado a realidade. Mencionou que o caminho do financiamento global deve ser feito de forma tranquila,

por isso concorda que é correta a preocupação de todos, mas destacou que não se deve paralisar o que vem sendo construído. Destacou que alguns governadores já estão iniciando os debates em seus estados com previsão de assinatura em bloco. Elucidou que não há uma receita para o país, o que só reforça o protagonismo de cada CIB. Por isso, a relevância em pactuar as diretrizes, que são norteadoras.

Referiu sobre a necessidade e a importância dos gestores e técnicos do SUS acompanharem o debate acerca da responsabilidade sanitária que vem ocorrendo na Câmara dos Deputados, por acreditar que este reforça a discussão do COAP, com o olhar na adversidade de cada região.

Em explicação ao CONASS sobre a natureza jurídica do COAP, disse que este objetiva a organização de funções comuns, sendo algo novo no Brasil, mas que já ocorre na Europa, onde em alguns países é um ato de vontade e em outros não. Lembrou que a princípio não teria a nomenclatura de COAP, mas que em atendimento à Casa Civil, ficou com essa nomenclatura para garantir que é um contrato diferente de um contrato entre particulares. É um contrato administrativo, tal como todos de âmbito da Administração Pública, não é de troca econômica, e sim de organização dos sistemas, sendo um ato voluntário entre os entes. Pontuou clareza e segurança quanto ao instrumento, haja vista a experiência na elaboração do consórcio público e do marco teórico do saneamento, à época das relações institucionais. Em nosso caso, as metas, os indicadores do Pacto e as sanções serão definidos e construídos com CONASS e CONASEMS, sendo a capacidade de articular e induzir estabelecida aos poucos no espaço tripartite. Sobre a vigência do COAP, concordou com Conass e Conasems de que o período seja definido e acordado entre os entes, uma vez que os tempos políticos são diferentes e embora as normas gerais e fluxos possibilitem a previsão de que a vigência seja negociada. Deste modo, solicitou que fosse retirada a palavra “primeiro” do parágrafo único do artigo 18. Acredita também que o setorial saúde está criando algo que certamente será observado por outras áreas, tais como: saneamento e meio ambiente.

Quanto ao financiamento, lembrou que haverá necessidade de um processo de discussão específico para

isso. Quanto ao tema das regiões, conforme já pactuado, as CIBs devem reavaliar e rediscutir sobre as regiões de saúde, acrescentando que o conjunto das regiões tem que estar à vontade para assinar o contrato. Quanto aos indicadores, estes, serão trazidos para o COAP naquilo em que as regiões decidirem que devem constar, destacando que esse é um produto do Conass e Conasems também, e será o mínimo a ser alcançado a partir das várias metas. Todavia, o parâmetro para as ações e serviços será a Renases, o COAP só reforçará o que precisar.

Sugeri substituir a redação do artigo 19, uma vez que o que está posto não contempla as regras de transição, logo, segue redação aprovada:

*“Art. 19. A programação geral das ações e serviços de saúde do COAP será estruturada a partir dos planos de saúde e substituirá todas as programações atuais, com exceção da programação anual de saúde, podendo transitoriamente incorporar as programações atuais e os planos de ação das redes prioritárias”.*

Reforçou às alterações propostas: vigência do COAP; “incapacidade” da PPI; programação anual e a retirada da assinatura dos governadores e prefeitos. Com isso, finalmente, houve consenso tripartite pela pactuação.

**CONASEMS:** Demonstrou preocupação em relação aos avanços constitucionais, inclusive quanto a nova Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011, que define as Comissões Intergestores, e do impacto que isso terá no atendimento à população, bem como as portarias que já foram publicadas e das dificuldades que tem sido para implementá-las. Também apontou dúvidas sobre a natureza jurídica do COAP, devido à assinatura solidária (Governadores e Prefeitos), alegando que ninguém assinará sem antes ser convencido e por isso, questionou se poderá acarretar sanções judiciais contra os entes. Indagou ainda a possibilidade de incorporação dos indicadores do pacto pelo COAP. Afirmou que existem condições de pactuação das diretrizes do COAP, no entanto será necessária a definição da regulação antes da assinatura. Quanto ao



	<p>financiamento compreendeu que houve consenso de que será pauta da próxima tripartite.</p> <p><b>Encaminhamentos:</b> item pactuado com ressalvas. DAI/SGEP/MS irá rever a redação do texto, de modo a atender as sugestões nas redações sobre: vigência, assinatura e PCEP.</p>
<p>II. Diretrizes da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES.</p>	<p><b>CONASEMS:</b> Ressaltou que a discussão sobre este ponto é de suma importância, uma vez que é necessário esclarecimentos aos questionamentos suscitados pelos prefeitos, que exigirão de procuradores municipais e estaduais, recorrendo estes, aos COSEMS.</p> <p><b>MS:</b> Ratificou o conteúdo do art. 2 que dispõe da seguinte redação: “<i>A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) é o conjunto de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, oferecidos pelo SUS à população para atender à integralidade da assistência à saúde</i>”.</p> <p>Ressaltou também que serão consideradas as divergências regionais na composição de custos e serviços.</p> <p><b>CONASS:</b> Corroborou o entendimento consensuado na CIT de setembro/2011, que diz respeito ao art. 19, cujo financiamento deve superar a lógica centrada no procedimento. No mais, informou que não possui nenhuma observação específica.</p> <p><b>Encaminhamentos:</b> item pactuado.</p>
<p>b) Agenda Estratégica de implementação do Decreto 7.508, para o período de outubro a dezembro de 2011.</p>	<p><b>MS:</b> Destacou que os tópicos presentes na apresentação fazem parte das agendas do MS junto aos Estados, na perspectiva de qualificação das políticas de redes e dispositivos do decreto 7.508/2011. Enfatizou que esta reunião extraordinária da CIT conclui a pactuação de quatro das cinco diretrizes consensuadas na agenda estratégica apresentada na reunião ordinária da CIT de julho/2011. Reforçou que a maioria dos Estados já está realizando estas agendas.</p> <p>Informou que serão apresentadas, na reunião ordinária da CIT de outubro/2011, as diretrizes do planejamento, e nesta discussão, o debate do Mapa da Saúde, a exemplo do que está posto no Decreto 7.508/2011, como distribuição de serviços e equipamentos existentes na região, capacidade instalada,</p>

	<p>análise de situação em saúde e bases dos sistemas nacionais, que irão qualificar o processo de planejamento e implantação do mapa. Ressaltou a verificação de que a maioria dos Estados já possui um processo de georeferenciamento, com instrumentos diversos, como exemplo o Estado de Alagoas. Esclareceu também que a ferramenta, que contempla o Mapa da Saúde, ofertará alternativas para uma análise estratégica.</p> <p>Destacou também a necessidade de pactuação da minuta de portaria do Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP, como referência para qualificação do processo de implementação.</p> <p><b>CONASS:</b> Questionou a ausência da proposta de acesso: Regulação e Cartão. Identificou a necessidade de maior aprofundamento do debate acerca de Planejamento, Financiamento e Acesso. Destacou que o cartão pode ser visto como uma melhoria do processo de regulação.</p> <p><b>Encaminhamentos:</b> Incluir na pauta da reunião ordinária da CIT de novembro/2011, para discussão, o tema acesso: Regulação e Cartão.</p> <p>Ficou acordado que MS, CONASS e CONASEMS elaborarão nota, em resposta a matéria publicada no jornal O Globo, que trata do custeio das Academias da Saúde com recursos da saúde.</p>
<p><b>3. Informes</b></p>	
<p>a) Portaria n. 612/2011 de 30/09/2011, que trata da alteração, tabela de remuneração de serviços, sia-sus, oftalmologia, ressarcimento, tabela de procedimentos.</p>	<p><b>Encaminhamentos:</b> Agendada reunião do GT de atenção a ser realizada no dia 13/10/2011 às 15hs no Ed. Premium, 3º andar, sala de reuniões do DRAC, para solução de encaminhamentos aos problemas levantados na reunião extraordinária da CIT de outubro/2011.</p> <p>Ficou acordado ainda que será dado posicionamento sobre a rede de oftalmologia, pactuada em 2010, na reunião ordinária da CIT de outubro ou novembro/2011, pelo MS.</p>