



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 9ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE DE 2011

27 DE OUTUBRO DE 2011

**Em 27 de outubro de 2011, participaram do Plenário da Tripartite:**

**MS:** Alexandre Padilha, Luiz Odorico Monteiro de Andrade; André Luis Bonifácio de Andrade; Helvécio Miranda Magalhães Junior; Maria do Carmo; Ana Estela Haddad; Jarbas Barbosa da Silva Junior; Sonia Maria Feitosa Brito; Márcia Aparecida do Amaral e Adriano Massuda. **CONASS:** Beatriz Figueiredo Dobashi; Micheli Caputo Neto.

**CONASEMS:** Antônio Carlos Figueiredo Nardi; Maria Adriana Moreira; Rosa Maria Blanco Manzano; Aparecida Linhares Pimenta; Hans Fernando Rocha Dohman; Celso Luiz Dellagiustina; Valdemar Ferreira Fonseca. Conforme lista de presença anexa a este resumo.

### 1. Homologações e Certificações

A 9ª Reunião Ordinária da CIT iniciou da seguinte forma:

**MS:** propôs que o item “2.e” da pauta fosse pautado no item apresentação e discussão e não como pactuação, bem como fosse transferido para o turno da tarde, informando a participação do Ministro da Saúde. Também ficou acordado, de forma tripartite, a pactuação da minuta do contrato, do financiamento e do planejamento e mapa na CIT de novembro. Acrescentou ainda a informação de que haveria uma solenidade de assinatura do termo de cooperação entre o MS e a Ministra da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR, Luiza Bairos. Dando continuidade, leu a relação do quadro de homologação, composta de 13 municípios que assinaram o Termo de Compromisso de Gestão – TCG, sendo: 5 de Minas Gerais; 6 de Pernambuco e 2 do Rio Grande do Sul. Foi informado ainda que são 1133 municípios que ainda não aderiram ao pacto pela saúde, em 17 Estados. Em razão disso, solicitou que fosse apresentado, na próxima Tripartite de novembro, um quadro

com maior detalhe dessas homologações. Em resposta ao Conasems, esclareceu que as próximas assinaturas serão feitas quando da assinatura do COAP. E que esse papel é do Conasems. Reafirmou que a governança do MS nesses municípios é muito pequena, por isso, é necessário que o Conasems assuma maior responsabilidade, para que a população não seja prejudicada.

**CONASEMS:** reforçou a necessidade da assinatura desses municípios ainda pendentes e da discussão e rediscussão do pacto.

**CONASS:** sugeriu que esse tema fosse melhor discutido na parte da tarde, com mais tranquilidade. E que a tarefa é uma responsabilidade dos três entes: Conass, Conasems e MS.

## 2. Discussões e Pactuações

a) Minuta de Portaria que autoriza repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de saúde para instalação de mosquiteiros impregnados com inseticidas de longa duração nos municípios contemplado pelo projeto de expansão do acesso às Medidas de Prevenção e Controle da Malária – SVS/MS

**MS:** informou que esse é um processo que vem sendo discutido desde 2006, objetivando reduzir a malária, que hoje somam mais de 70% dos municípios, e isso precisa ser reduzido. Acrescentou que os custos nesse processo é muito alto, sendo que 47% dos municípios da Amazônia, receberão os mosquiteiros, e que estes são de longa duração (5 anos). As discussões para essa pactuação passou pelo Grupo de Trabalho em vigilância em saúde – GTVS e foi acertada a forma dos repasses dos recursos financeiros.

**CONASEMS:** reafirmou que foi feita ampla discussão no GTVS e que são favoráveis à aprovação.

**CONASS:** corroborou com MS e Conasems, aprovando e solicitando que fosse rediscutido o financiamento da Vigilância em saúde.

**Encaminhamento:** pactuada. Será agendado no GTVS discussão do financiamento global da vigilância.

**MS:** Informou que esse processo vem sendo discutido ao longo dos anos no SUS e mais sistematicamente

b) Minuta de Portaria que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador – SVS/MS

com os Conselhos, sindicatos e Comissão do Conselho Nacional de Saúde – CNS. A referida minuta foi elaborada levando em conta os ajustes do Decreto 7.508, bem como a realização de consulta pública nesse ano de 2011, foi feita algumas adequações ao texto, mas o processo foi muito discutido nos fóruns gestores e sociais. Aproveitou para agradecer a Conass e Conasems pela efetiva participação e empenho para a concretização desse trabalho. Concordou com Conass e Conasems que seja rediscutido sobre o financiamento. E que a forma de transferência será feita na medida em que se for trabalhando o Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP. Assim, os recursos poderão ser em bloco, de acordo com os contratos.

**CONASS:** ratificou a intensa discussão, alertando para o fato de que ainda é preciso fazer algumas correções no texto à luz do Decreto. Alertou para o fato de que a portaria da política Nacional de Atenção Básica – PNAB foi publicada sem as observações (correções sugeridas). Portanto solicitou que, após adequação do texto, antes do envio para publicação, seja reencaminhado para Conass e Conasems para apreciação. Opta pela aprovação. Pediu que fosse registrado que houve um incentivo de apoio aos municípios para aquisição de equipamentos, citando o exemplo do Estado do Paraná, que implantou dois novos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador - CERESTs, e assinará um protocolo com seis sindicais.

**CONASEMS:** considerou que houve grande discussão, destacando que com o Decreto e a Portaria de Redes, houve aprimoramento do seu conteúdo. Reforçou a necessidade de rediscussão sobre o financiamento da vigilância.

**Encaminhamento:** pactuada. O MS retornará versão revisada ao Conass e Conasems para análise, antes do encaminhamento para publicação.

c) Minuta de Portaria das Diretrizes para a Política de Gestão da Educação em Vigilância Sanitária no Sistema Único de Saúde (SUS) – ANVISA/MS.

**MS:** saudou a todos e informou que as *Diretrizes de Gestão da Educação* foram elaboradas de forma participativa com representações do CONASS, CONASEMS, da Câmara Técnica de Pesquisa e Educação da Anvisa e de técnicos da vigilância sanitária, ressaltou que foram revistas diversas documentações desde a criação da Anvisa, há 12 anos, e que este documento parte do reconhecimento da Educação como fundamental para a qualificação da descentralização das ações de vigilância sanitária no país. Referiu ainda que embora haja processos fragmentados, pontuais e desarticulados das demais áreas do SUS, a pretensão é fazer com que essas *Diretrizes* levem a reflexão de uma nova vigilância que está sendo construída e com a perspectiva de trabalhar as estratégias de uma forma regional, bem ampliada.

**CONASS:** Achou muito bem vinda essas Diretrizes e indicou pela pactuação, entretanto, advertiu que não está sendo criada outra Política, a aprovação é das Diretrizes da gestão da educação em vigilância sanitária, na Política de Educação Permanente do SUS.

**CONASEMS:** Sem nenhuma ressalva, só corroborou com a importância desse documento e pontuou também pela aprovação.

**MS:** No intuito de evitar fator de confusão, a SGEP questionou o que a Anvisa entende por precarização do trabalho. A Agência respondeu que se referencia pelo Censo Nacional de Trabalhadores realizado em 2004 e que este hoje, deve estar em torno de 40 mil trabalhadores, tendo a grande parte dos trabalhadores de municípios, o nível médio, cerca de 60%, não são concursados, o que aponta em um grande problema para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, os cargos são mutáveis, sem estabilidade e há pouco concurso. Para evitar interpretação dúbia, a SGEP sugeriu que fosse usada outra terminologia, como por exemplo: regime jurídico único e não precarização do trabalho. A Anvisa concordou. Recomendou que esse “diagnóstico” da Anvisa, viesse as próximas reuniões da CIT como informe.

**ENCAMINHAMENTO:** Pactuada.

d) Revisão da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) – SAS/MS

**MS:** fez breve apresentação, destacando que a PNAN é uma política já existente no SUS, sendo sua 1ª versão de 1999, o que justifica a revisão tanto da base como de diretrizes da PNAN, além de considerar toda a mudança do cenário nutricional da população brasileira, e que a mesma estabelece articulação entre dois sistemas: o SUS, plano Nacional de Saúde e o SAN, Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, perfazendo interface intra e intersectorialidade. Informou ainda que o processo de revisão da PNAN que teve início em 2010, numa parceria entre o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde, por meio da Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição, contou com a realização de 26 Seminários Estaduais e 1 Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição no SUS. Já em 2011, a revisão foi feita visando o alinhamento da PNAN às diretrizes da Rede de Atenção à Saúde e a nova PNAB, ao Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis e ao programa de governo Brasil sem Miséria.

O propósito da revisão é a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição. Por fim, deu destaque aos princípios doutrinários e organizativos do SUS, somados aos princípios específicos da política e suas diretrizes, mencionando o desejo de que a nova PNAN reflita uma pactuação tripartite de um plano de ação que garanta a efetiva implementação nos estados e municípios, de forma coordenada com o Plano Nacional de Saúde, o Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e os instrumentos de planejamento e gestão do SUS, que já vem sendo feito com o PPA 2012 – 2015.

**CONASS:** parabeniza pela cuidadosa revisão feita na política, lembrando a necessidade de se discutir sobre a alimentação, para fins especiais, considerando o grande número de ações judiciais que têm sofrido estados e municípios. Destacou a importância de se fixar agenda para discussão da construção de protocolos e diretrizes clínicas, com destaque para erros inatos do metabolismo que definam

responsabilidades e financiamento relacionados às demandas especiais e a formação das equipes locais. Questionou ainda sobre a Descentralização do Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) em discussão para 2012.

**CONASEMS:** reitera a fala do CONASS, informando ser favorável a pactuação, mas que a discussão não acaba por aqui. Afirma a necessidade de revisão do financiamento limitado a municípios acima de 150 mil habitantes, para que todos sejam contemplados.

**MS:** Entende que as agendas precisam ser concluídas, e, qualquer problema em Estados ou Municípios, a responsabilidade é do Ministério. Quanto às questões das fórmulas alimentares, estas têm de ser discutidas e deverão compor a Renases, conforme Resolução da CIT. Esclareceu sobre os questionamentos, dizendo que a terapia nutricional na rede de atenção envolve quatro pontos de atenção: básica, domiciliar, especializada e hospitalar, em consonância com as Portarias nº 2.981/2009 do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e nº 81/2009 da Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica.

Informou também que será definida uma comissão com representantes do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – DAPE, Departamento de Atenção Especializada-DAE, Departamento de Atenção Básica – DAB, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – DRAC e Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos- DAF do MS, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, CONASS e CONASEMS, para discussão do financiamento relacionado às demandas de alimentos para fins especiais. Ressaltou ainda que esta é a composição do GT de fórmulas mencionado.

**Encaminhamento:** Pactuada. Área técnica do MS irá viabilizar reunião para discussão dos pontos destacados pelo CONASS e CONASEMS, e retomada do GT de fórmulas alimentares. .

### 3. Apresentações e Discussões

a) Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS:  
Apresentação da Metodologia do indicador de  
Avaliação – SE/MS

**MS:** Iniciou agradecendo os integrantes da CIT: representantes dos Estados e Municípios. Informou que esse é um programa de avaliação para qualificação do SUS que, iniciado com o discurso de posse o Ministro da Saúde, que afirmou da necessidade do SUS ter um indicador de acesso e qualidade. A partir daquele discurso, o Departamento de Monitoramento e Avaliação – DEMAS, que estava sendo construído dentro da SE assumiu a tarefa de coordenar uma proposta para fazer essa avaliação de acesso e qualidade do SUS. Nos primeiros meses do ano foi elaborada uma proposta, que foi à consulta pública, entre os meses de abril e junho desse ano. Paralelamente, foi lançado um Comitê Técnico Assessor que colaborou e ajudou a construir a proposta. Em apresentação à portaria de 7 de abril de 2011, demonstrou a participação de diversas secretarias do MS, e participação do Conass e Conasems, bem como de 2 representantes da Fiocruz, e demais convidados com notório saber na questão da avaliação em saúde, como o Prof. Elias Jorge, Luciana Mendes do IBGE, Roberto Passos Nogueira da CGU, Romulo Paes, Prof. Luis Augusto Faccini, da Abrasco, Prof. Alcino Ferla da Rede Unida Universidade Federal do Rio Grande do Sul e outros. Acrescentou que foram feitas várias reuniões para a apresentação do projeto, submetendo-o à críticas e reformulações. Foi salientado o objetivo da proposta, do programa, qual seja: avaliar o desempenho do SUS, nos municípios, nos CGRs, nos Estados, Regiões e no Brasil como um todo. Observou que será avaliado o acesso, as condições de entrada do usuário no SUS, para a Atenção Integral e uma vez obtendo esse acesso, verificando qual a qualidade dessa atenção, nos diversos níveis da atenção básica, especializada-ambulatorial, e hospitalar e de urgência. Essa avaliação será por meio de um indicador composto, que inicialmente foi chamado de índice nacional de garantia de acesso, e agora está com a denominação de índice nacional de desempenho do SUS. IDSUS. Este indicador composto tem por base indicadores não compostos já existentes, tendo como uma das principais fontes os

indicadores do pacto pela saúde além de outros, como de monitoramento e avaliação do próprio ministério da saúde, das agências reguladoras: Anvisa e ANS, do IDB da RIPSa outros órgãos governamentais, como o IPEIA, IBGE, MDS e algumas instituições internacionais. Foram avaliados mais de 100 indicadores diferentes, o programa foi debatido no Comitê técnico assessor e também foram incluídas as contribuições da consulta pública. Alguns indicadores passaram por testes, para verificar a viabilidade, validade, importância e confiabilidade. . A Fiocruz, nos anos 2000, foi responsável pela crítica ao modelo da OMS de avaliação do sistema de saúde brasileiro. Dessa crítica foi elabora um modelo de avaliação, publicado em um artigo, em 2003. Esse modelo embasado na concepção da determinação social da saúde e doença individual e coletiva. que afirma que a saúde é dado pelas condições de vida, e preconiza a avaliação dos determinantes sociais de saúde, , como renda, salário, moradia, educação etc, além de fatores comportamentais, fatores de risco e biológicos. O modelo também preconiza a avaliação das condições de saúde e a estrutura do Sistema de saúde. Essa estrutura, pode estar mais ou menos adequada às condições de saúde da população,. Partindo desse modelo avaliativo \_ Pro-Adess da Fiocruz, foi elaborado um modelo para se avaliar o SUS, que recebeu 130 contribuições da consulta pública. Por fim, reforçou que foi apresentada apenas a metodologia, e não a avaliação, porque ainda serão discutidos com Conas<sup>s</sup>, Conasems e Conares. Informou que a base de dados não permite construir indicadores tão bons para avaliar a gestão, portanto do diferente do modelo inicial apresentado, resolveu-se não usar indicadores que avaliam aspectos da gestão do SUS. Esse indicador, que avalia o SUS de forma sistêmica e não o sistema de saúde em cada ente da união, de forma isolada. É uma forma de se exercitar o artigo 32 da Lei Orgânica. Será integrado com a sala de situação do MS. Por ser um processo em construção espera-se receber críticas para seu aprimoramento. Reforçou ainda que a agenda de discussão do programa, na CIT, será por GT, .

**CONASEMS:** Indagou se houve tentativa em formular um indicador per capita a depender do recurso do



	<p>município, tendo em vista essa enorme complexidade. Solicitou a Nota Técnica para verificação da descrição das notas metodológicas, com o intuito de debater em BH.</p> <p>Por fim, considerou pertinente registrar a importância desse instrumento de avaliação e controle, que só será eficaz, se for feito nacionalmente.</p> <p><b>CONASS:</b> Considerou que esse indicador será muito importante. E que essa avaliação é uma demanda antiga, questionando a situação do indicador de desempenho do SUS em relação ao indicador que será usado, a exemplo do indicador de programática de acesso ser polêmico, que embora já tenha sido discutido, precisará ser trabalhado pela área técnica. Acrescentou que deverá seguir o fluxo da tripartite, indo agora para o GT de Gestão, para aprovação na CIT de novembro. Fez observação para que fosse feita uma pequena alteração na redação do título para: Programa de Avaliação da Qualidade no SUS, evitando assim o entendimento de que o SUS, até o momento, em seus vinte anos, não tenha sido qualificado. Fez menção a presença do recém-empossado, o Secretário Municipal de Londrina, Dr. Márcio, juntamente com o seu Diretor Executivo, Adilson Castro, que assumiu a Secretaria Executiva.</p>
<p>b) Diretrizes para conformação do Mapa da Saúde e para o processo de Planejamento da Saúde SGE/MS *</p>	<p><b>MS:</b> Fez apresentação do documento do Planejamento da Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde, destacando ser este um ponto importante do Decreto 7.508/2011 e um dos últimos instrumentos a serem pactuados, sendo que a intenção é pactuar em novembro. Abordou na apresentação os pressupostos, os instrumentos, a periodicidade, o planejamento integrado, o instrumento/finalidade e a perspectiva. Enfatizou que o planejamento é desenvolvido de forma contínua, articulada, integrada e solidária entre as três esferas de governo. Destacou que o Mapa da Saúde mostrará as ações e serviços de saúde prestados, conterà também toda capacidade instalada existente, de modo a atender o art. 197 da CF que traz a “saúde como relevância pública”, ainda sobre esse assunto citou a importância da saúde complementar nessa abordagem, sendo que o Mapa auxiliará na visualização dos vazios assistenciais e do percurso por</p>

km que cada usuário deverá fazer para ter acesso a um determinado serviço, pois pretende ser um instrumento dinâmico de apoio para tomada de decisões. Informou que o Mapa estará disponível no site do Ministério da Saúde, possibilitando seu uso, com critérios diversos para cada análise, por exemplo, pode ser visualizado conforme as regras de negócios definidas quando da construção do mapa. Destacou que toda produção resultante do processo de planejamento integrado da saúde, realizado em âmbito regional, compõe o COAP. Acredita ser um avanço a proposta das Comissões Intergestores Regionais de instituir Câmara Técnica permanente, para o processo de planejamento integrado, realizado no âmbito regional, e acompanhamento permanente do COAP, pois essa dinâmica de acompanhamento permanente não foi realizada para os Termos de Compromisso de Gestão. Abordou que o Decreto 7508/2011 fortalece o controle social, ao valorizar o planejamento, plano de saúde e relatório de gestão, e na medida do possível acredita que se deve estimular no âmbito regional, à realização de plenárias de conselhos de saúde e de fóruns de conselheiros de saúde, considerando, contudo, ser o conselho de saúde o espaço legítimo e legal. Referente às condições sanitárias abordou que o Mapa utiliza diversos indicadores que são correlacionados com os indicadores que compõem o Indicador de Desempenho do SUS e nesta oportunidade reforçou a pactuação do nome Indicador de Desempenho do SUS em detrimento da proposta do Indicador Nacional de Acesso e Qualidade. Ponderou a possibilidade de as Conferências Estaduais e Municipais antecederem a elaboração do Plano Plurianual - PPA, embora reconheça a dificuldade. Sobre o Planejamento Regional reforçou o desafio da capacidade de articulação interfederativa neste processo e, quanto às questões ligadas a transição, acredita que essas estão ligadas ao papel da região de saúde, e esclareceu que o Plano Municipal de Saúde vai compor o Planejamento Regional, no que for do componente regional. Concordando com o Conass, no que se refere à trajetória acertada para o processo, pede cuidado para que os dilemas, as dificuldades da transição, por um lado, não inviabilizem a caminhada estratégica, mas por outro lado também não desconsiderem os acúmulos já construídos de programação e

pactuação. Lembrou que as Redes e mesmo outras iniciativas tanto por parte do Ministério quanto por parte de pactuações estaduais, já atravessam de alguma forma a Programação Pactuada Integrada - PPI, sendo um dos motivos do não registro, o que ocorre na prática. Explicou que os recursos adicionais alocados nas Redes Temáticas utilizam um referencial, tem certo espelho na tabela, mas não constroem novas tabelas, contudo, já traz uma ousadia para o processo, exemplificando os recursos de custeio adicionais para sustentabilidade da porta de entrada, que observa um teto outro que não o da PPI. Informou que já tem um grupo criado no Ministério para revisar a normativa referencial, a Portaria GM/MS nº 1101/2002, porém avalia que ainda demorará um ano para que a revisão se complete, contudo não impede construções que já estão em andamento. Portanto a proposta não é de abandonar a PPI, mas construir algo novo a partir da realidade regional, observando as práticas existentes. É necessário construir um entendimento único, dessa forma, corrobora com a sugestão do Conass quanto a organizar um Grupo de Trabalho – GT ampliado para construir o documento. Acredita que no processo de transição teremos regiões com contratos assinados e outras não, sendo que não é a primeira vez que tais situações acontecem, temos hoje no Pacto pela Saúde, alguns municípios que já aderiram e outros não. Referente às Diretrizes Nacionais crê ser possível observar e afirmar o estabelecido pelo Conselho Nacional de Saúde – CNS, sem, contudo, excluir as prioridades do governo local, até mesmo porque as Diretrizes foram apresentadas em reunião da Comissão Intergestores Tripartite e acompanhadas pelos gestores no CNS. A questão financeira por região e município não foi explicitada por motivos outros que não a inviabilidade técnica. Avalia que, pactuar metas, responsabilidades sanitárias e explicitar o aporte financeiro são questões fundamentais, e ainda que o Contrato Organizativo de Ação Pública - COAP seja um instrumento necessariamente de adesão voluntária, o gestor estará aderindo a essas ideias e o desafio é simplificar as relações entre os gestores, sendo que alguns ajustes mais detalhados, ao menos do primeiro contrato serão necessários, a discussão não se esgota, dada as complexidades de situações no mundo real. Foi

reafirmada a necessidade de que o GTVS discuta os repasses da Vigilância e informado que esse tema já integra a agenda de discussões do GTVS. Relembrando a Lei 8.080/1990, que trata do planejamento ascendente e da função do CNS em estabelecer as Diretrizes a serem observadas para a elaboração dos Planos de Saúde, acredita que esta iniciativa, embora nunca observada deva ser feita de modo a colaborar com a próxima gestão que evidenciará o planejamento ascendente e integrado, sendo, pois, este, um processo rico, sob o ponto de vista das mudanças, de revisão e fortalecimento da gestão.

**Conasems:** destacou o Planejamento Regional, no sentido de compreender o grau de governabilidade da região. Questionou quanto ao PMS e PES. Ressaltou a dificuldade em reconhecer o orçamento por município e região. Observar os entes da federação. Quanto ao documento plano de saúde, pelo que está estabelecido pelo Conselho Nacional de Saúde – CNS, até hoje, não tem sido feito dessa forma, contudo, a partir da pactuação na tripartite é que isso passará a ser considerado. Indagou como se faz o plano, afirmando que o SUS é uma política de Estado. Lembrou ainda que a programação pactuada é uma discussão regional e que, a partir dos planos, o que é específico não entra na discussão. Quanto ao plano financeiro, não há detalhamento para municípios e regiões. Esse banco de dados não existe. Existem dúvidas quanto à operacionalização, inclusive quanto às transições, bem como o que foi dito na última tripartite, de que uma região pode assinar e outra não. É vital discutir. Lembrou que aumenta as responsabilidades do Conselho Nacional da Saúde com o SUS.

**Conass:** questionou a necessidade de uma PPI que retratasse os recursos utilizados, no entanto, destacou que este quesito não evoluiu. Existem dúvidas voltadas para o processo de transição, mas ficou acertado que seria discutido nos GTs. De qualquer forma, a exemplo da PPI, isso não evoluiu, sendo que, o que não se conseguiu não foi por negligência ou incompetência, e sim, por falta de dados concretos. Lembrou que o COAP é adesão, então, quem não aderir como fica? E se um município não tem o COAP, não pactua,

	<p>como fazer? São muitas dúvidas, todas relacionadas à transição, processual. Assim, precisa ser mais detalhado. Alertou que o processo precisa ser fortalecido, se possível com um GT ampliado com Conass, Conasems e MS, para debater todos os pontos de dúvidas e encaminhamento para consenso na tripartite. Informou que está sendo construído um Plano Diretor de Assistência Macro Regional, e a alocação nas redes está clara, contudo, pode ter casos em que será preciso inovar. Questionou o que fazer nesses casos. E o que vai mudar precisa ser pactuado entre os três entes, por isso é necessário ampliar o GT e pactuar em novembro. Solicitou, mais uma vez, um GT ampliado com a participação dos 27 Secretários Estaduais de Saúde, para discussão da proposta, a fim de sanar todas as dúvidas do processo. Sugeriu, também, as datas de 22 e 23 de novembro para sua realização.</p> <p>Encaminhamento: Será realizado nos dias 22 e 23 de novembro, GT Ampliado com participação de todos os gestores estaduais, para discussão do tema. O mesmo será pautado na CIT de 24 de novembro para discussão e pactuação.</p>
<b>4 Informes</b>	
<p>a) Oficina de Capacitação na Operacionalização do SARGSUS – SGEP/MS</p>	<p><b>MS:</b> informou que dos 27 Estados, apenas 9 foram informados à ST-CIT como aprovados pelo respectivo Conselho Estadual de Saúde. No mais, dos 18 restantes, 9 estão em análise e 9 estão sem informação. Solicitou apoio dos Estados, uma vez que houve mudanças nas equipes e é preciso identificar quais as fragilidades para qualificar e superar as dificuldades existentes. Trabalhar com a ideia de se fazer um movimento com Conass e Conasems. As questões técnicas precisam ser resolvidas, a exemplo da saúde da mulher, que tem um trabalho fantástico, mas ainda é incipiente.</p> <p><b>Conass:</b> manifestou que os bancos de dados dos Estados não coincidem com os do DATASUS, sendo os dos Estados mais atualizados. Salientou para a necessidade de se acelerar a solução.</p>

	<p><b>Conasems:</b> ratificou que a questão das desatualizações dos bancos de dados torna o processo muito complicado.</p> <p><b>Encaminhamento:</b> MS viabilizará junto ao DATASUS, estratégias de atualização dos referidos bancos de dados.</p>
b) Ofício DATASUS as CIB solicitando preenchimento de questionário acerca das infraestruturas tecnológicas dos municípios – SGEP/MS	<p><b>MS:</b> esse informe foi no sentido de posicionar acerca do cartão SUS, e que, em agenda com o Ministro da Saúde, amanhã, sexta-feira, será discutido o tema. Vale ressaltar que não haverá substituição do sistema, cada um fará uso do seu, e este terá articulação com os demais. Esclareceu que o cartão é: sistema, interoperabilidade e conectividade. Informou ainda que até o final do ano, 85 municípios terão o cartão implantado.</p>
c) Resolução CIB/AL nº 072, de 22 de agosto de 2011: aprova o Novo Desenho Territorial com definição de 10 Regiões de Saúde no Estado de Alagoas – SGEP/MS	<p><b>MS:</b> informou que a referida resolução foi apresentada na Câmara Técnica dando ciência da alteração do número de regiões de saúde, de 5 para 10.</p>
d) Indicadores Oncológicos 2010 – SAS/MS	<p><b>MS:</b> informou sobre o memo-circular nº 32-GS/SAS, datado de 04 de outubro de 2011 sobre os indicadores para a avaliação da produção oncológica em 2010, visando ampla divulgação.</p>
e) Situação atual do Relatório Anual de Gestão – SGEP/MS	<p><b>MS:</b> informou acerca da situação atual.</p>

<p>f) Informe QUALISUS: Oficinas Regionais para elaboração dos subprojetos – SE/MS</p>	<p><b>MS:</b> informou que essa é uma oficina para capacitação do grupo técnico que irá auxiliar nas conduções, sendo 200 técnicos oriundos de várias áreas do MS, além de apoiadores locais. Nesta oficina será produzido um documento para auxiliar na implementação de políticas públicas voltadas para o acolhimento e a ampliação do acesso com qualidade no âmbito do SUS, na perspectiva da cooperação interfederativa.</p>
<p>g) Situação de Adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. SAS/MS</p>	<p><b>MS:</b> informou a prorrogação do prazo para cadastramento das equipes tradicionais, que não são saúde da família, para até a próxima semana, dia 04 de novembro, o prazo para a adesão e contratualização no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em virtude da necessidade de ajustes no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). Considerando que nem todas as equipes de saúde que atuam na Atenção Básica estão organizadas nos moldes da Estratégia Saúde da Família (ESF), desde hoje, 26 de outubro, os cadastros no CNES foram liberados para que os gestores municipais realizem a atualização dos registros a fim de que essas equipes adquiram e contratualizem no Programa. Todas as equipes devem ajustar os seus registros de acordo com as regras de parametrização descritas no item 3.1.4 do Manual Instrutivo do PMAQ. É importante lembrar que, para assegurar a homologação das equipes e municípios, é fundamental que todas as etapas previstas na fase de adesão e contratualização sejam plenamente realizadas, conforme previsto no item 3.1.6 do Manual Instrutivo do PMAQ. Este é um Programa que visa promover a adoção de processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, além das Equipes de Atenção Básica, na oferta de serviços que garantam maior acesso e qualidade, de acordo com a realidade das populações atendidas. Após prazo final o saldo restante dos municípios que não fizeram o cadastramento, será redistribuído no Estado, em seguida na região e, por fim, no país. Fez ainda a apresentação geral de resultados. Destacou que o prazo para cadastramento no componente reforma, encerra-se no próximo sábado, dia 29/10, e que</p>

	<p>está garantida execução de 50% das ampliações, o que corresponde a 5.500 em 2012. Na oportunidade informou acerca do prazo de até 31 de outubro de 2011, para o Cadastro de propostas no Programa de Requalificação de UBS, sendo esta a data limite para o cadastro as pré-propostas. A partir de terça-feira, 1º de novembro, poderão ser cadastradas pré-propostas para ampliação de UBS. Já a entrega para o Ministério da Saúde dessas pré-propostas de reforma de UBS, aprovadas pela Comissão Integestores Bipartite (CIB) pode ser feita até o dia 18 de novembro. O programa pretende criar mecanismos de repasse de recursos financeiros para a reforma e/ou ampliação de UBS municipais. Serão usados como critérios de prioridade os percentuais de população em estado e extrema pobreza e o Produto Interno Bruto (PIB) per capita da unidade da federação. Para implantá-lo, os Estados e municípios deverão apresentar às respectivas CIBs ou ao Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, no caso do DF, um Plano de Reforma de UBS (com as ações, metas e responsabilidades de cada ente envolvido), que deverá ser aprovado e encaminhado, em seguida, ao MS. O município que desejar cadastrar pré-propostas deverá responder o Questionário de Diagnóstico das Unidades Básicas de Saúde.</p>
<p>h) Prorrogação do prazo para pactuação da aplicação do recurso referente à Educação Permanente – SGTES/MS.</p>	<p><b>MS:</b> Informou que atendendo solicitação dos COSEMS, está prorrogado até o dia 14 de novembro do ano corrente, o prazo para envio dos projetos da educação permanente. Reforça ainda a importância do empenho de todos no cumprimento do prazo, para a equipe técnica possa analisar todos os projetos e liberar os recursos até o dia 30/11.</p>
<p>i) Incentivo financeiro da vigilância sanitária para os LACENS e Laboratórios municipais.SVS/MS</p>	<p><b>MS:</b> apresentou informe quanto aos recursos oriundos do Felacem no valor de 20 milhões de reais, o que daria em torno de 1 milhão para cada um dos 20 LACEN contemplados, destinados para investimentos. Para a destinação desses recursos considerou-se as necessidades atuais de investimentos para adequação da capacidade instalada, para que os mesmos possam dar respostas e ampliar a capacidade de resposta tanto para a vigilância sanitária como para a epidemiológica e ambiental. Este investimento</p>



	<p>visa reforçar e requalificar os LACEN, frente as exigências demandadas pelos grandes eventos como a Copa do Mundo e os Jogos das Olimpíadas que irão ocorrer em breve. Informou ainda que, em havendo aprovação pela CIT, os recursos serão repassados fundo a fundo, e que irão construir mecanismos de acompanhamento e avaliação, onde a AGU irá supervisionar a aplicação dos mesmos.</p> <p>Em não havendo dissensos foi aprovada a iniciativa, tendo sido lembrado que esse tema também integra a discussão já informada, no âmbito do GTVS, sobre o financiamento global da VS. Além disso, foi informado que o MS está elaborando, em colaboração com o Hospital Sírio-Libânes, uma visão estratégica do papel dos LACENs e da rede de laboratórios de saúde pública, que será compartilhado com CONASS e CONASEMS para futura discussão e pactuação.. Informou ainda que será criado um incentivo diferenciado, com objetivo específico para a copa do mundo, e caberá ao GTVS elaborar o instrumento normativo para a transferência desse recurso.</p> <p><b>Conasems:</b> complementou salientando que a previsão era de um milhão por município, superando assim, as expectativas. Aprova a deliberação.</p> <p><b>Conass:</b> considera importante e também aprova.</p>
<p><b>Atos Solenes</b></p>	
<p>Acordo de Cooperação Técnica visando à implementação de ações conjuntas que assegurem a adesão do MS a “Campanha Igualdade Racial é pra valer”, entre o Ministério da Saúde, ministro Alexandre Padilha e a Ministra Luiza Bairros da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – Protocolo de Intenções.</p>	<p>A solenidade teve início com a fala da Ministra que ponderou a importância de estar no auditório da OPAS, uma vez que, neste mesmo lugar, fez discurso das nações unidas em relação ao dia nacional da população negra. Saudou a todos na pessoa do Ministro e à mesa na pessoa do representante da OPAS/OMS no Brasil. Fez breve retrospecto histórico, relatando que em 2001, quando da Conferência contra o Racismo, preparava o sistema para esse momento, em Durban, na África do Sul, a OPAS foi uma das mais importantes no apoio daquele processo, subsidiando todo o processo de debate, desde então. Assim, o</p>

	<p>fato desse ato ser na OPAS, com os três entes do Governo, fecha um círculo de trabalho, de debate e discussão sobre a população negra. E que com esse protocolo de intenções, surge a oportunidade de abrir um caminho novo, para o tratamento no setor público. A SEPPIR tem investido muito na possibilidade dessa agenda. O Comitê dessa política possibilita que a população negra, transforme essa política em lei. Isso remete a um episódio, em 2009, nos EUA, do que o Brasil conseguiu fazer. Tendo em vista ser um setor tão desempoderado pela população. Por isso, esse momento, como para todos da SEPPIR, que vem unindo esforços no sentido de fazer com que seja um ponto de inflexão, do compromisso e compreensão de que a população negra é mais frágil, inclusive morrendo mais cedo. A SEPPIR assume publicamente que será fiel ao protocolo de intenções e reforça a necessidade do compromisso das autoridades estaduais e municipais. O Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, solicitou aos presidentes do Conass e Conasems que também assinassem o termo como testemunhas. Isso é um marco por estar acontecendo após a Conferência Mundial de Saúde. São muitas lições ao longo dos anos no SUS, após ouvir muitos outros países. Corroborou com as estatísticas citadas de que 70% dos usuários do SUS são negros ou pardos. Considerou necessário ter metas específicas para o racismo, tanto no PPA com nas diretrizes para o plano.</p>
<p>Acordo de Cooperação Técnica que, entre si, celebram a AGU, MS, MI, por intermédio da Secretaria de Reforma do Judiciário e da Defensoria Pública da União, o Conass e o Conasems, com o objetivo de fomentar a solução administrativa de demandas de saúde envolvendo o SUS.</p>	<p>Houve assinatura, tripartite, do referido Acordo de Cooperação Técnica celebrado, anteriormente discutido e consensuado no GT de Gestão.</p>