



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 7ª REUNIÃO ORDINÁRIA DE 2011

25 DE AGOSTO DE 2011

Apresentação Inicial

O Secretário de Gestão Estratégica e Participativa iniciou a reunião cumprimentando a todos e dando destaque a publicação da Lei nº 12466 de 24/08/2011 – PL do Deputado Federal Arlindo Chinaglia - Poder Legislativo Federal, no D.O.U de 25/08/2011. A lei acrescenta os artigos 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências. No "Art. 14, as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS) e no Art. 14-B, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento. Ressaltou ainda que com a legitimação das Comissões intergestores, estará submetendo a avaliação jurídica, a proposta para que as decisões e encaminhamentos da assembléia da CIT, a partir de agora sejam publicadas por meio de deliberações tripartite e não mais portarias.

Ressaltou ainda a importância da videoconferência pré- tripartite ocorrida em 22-08, agradecendo o empenho do CONASS e CONASEMS e apresentando a proposta de uma agenda anual de videoconferência Pré-CIT e a necessidade de estruturação física dos Centros de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde – CIEVS nos núcleos das SES, espaços que podem ser utilizados pelas CIBs e CIRs, para as referidas videoconferências.

CONASS e CONASEMS, também destacaram que a lei sancionada é uma grande conquista e um grande estímulo, para continuarem persistindo nos seus objetivos e agradeceram a todos que contribuíram.

O Secretário de Gestão Estratégica e Participativa destacou também a posse da Nova Diretoria do CONASEMS, ocorrida em 23-08-2011, parabenizando o presidente, Antonio Carlos Figueiredo Nardi, pelo evento e informou a publicação da portaria nº 2.025, de 24 de agosto de 2011 que altera a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, na parte que trata da aplicação de recursos no âmbito do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica.

Decisões / Encaminhamentos

1. Homologações

a) Termos de Compromisso de Gestão Municipal (relação anexa) -
DAI/SGEP

MS: fez a leitura da relação dos municípios mencionados no quadro de homologações. Todos foram homologados.

2. Discussões e Pactuações

a) Diretrizes para a conformação das Regiões de Saúde.
SGEP/MS

O Secretário da SGEP apresentou o documento de Diretrizes e mencionou que como programado na Agenda Estratégica, a proposta é apresentar Renases e Rename em setembro.

CONASS: Considerou que as Diretrizes estão bem colocadas e que podem ser pactuadas, apesar do documento não mencionar a divisão de micro e macro regiões. Todavia, os recortes estaduais dentro da região são muito diversificados e o anexo proposto nas diretrizes, os mínimos, podem engessar o processo de regionalização, por isso não há consenso e solicitou confiar na CIB e na capacidade que cada gestor tem de definir os “mínimos” de acordo com suas especificidades e o desenho do estado. Referiu que o Decreto e essas Diretrizes são suficientes para instituição das regiões de saúde, e para o movimento de Regionalização. Lembrou ainda do artigo 20 do Decreto 7508/2011, referindo que a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na rede de atenção à saúde e que essa rede de atenção será pactuada na CIB de acordo com o que a região tem, e o que não tiver, será referenciado. Portanto, enfatizou que as CIB cumpram como já definido no Pacto pela Saúde, o papel da conformação das regiões, observando os mínimos para garantia da acessibilidade e o Estado contemple a integralidade.

Sem desmerecer o empenho do MS na proposta do anexo, reforçou que haja credibilidade nos trabalhos desenvolvidos pelas CIB, comunicou que já solicitou as SES as informações sobre a conformação das regiões de saúde. Assim sendo, propôs o levantamento de análise do processo já postos nos estados para continuação deste debate no plenário.

CONASEMS: corroborou com CONASS e ressaltou que já é prerrogativa do Pacto, logo, não se deve retirar essa função que é da CIB. Defendeu que este espaço determinará os “serviços mínimos” de acordo com suas especificidades regionais. Além disso, os artigos 4º e 5º do Decreto 7508/2011 mencionam os critérios mínimos das regiões de saúde. Considerou a diversidade “dos Brasis” e por isso pontuou que a proposta dada pelo MS tem um olhar mais voltado para a oferta de demanda, a

necessidade será vista na discussão local, levando em conta as estruturas das regiões, os aspectos sócio econômicos, culturais e de transportes e outros que surjam, a exemplo da questão indígena.

MS: Este é um tema caro para a CIT, envolve financiamento tripartite e deve ser visto conjuntamente com a Renases e a Rename. Dessa forma, a lógica do anexo tem o intuito de minimizar os vazios assistenciais e de não modificar a região apenas no âmbito burocrático organizacional, a retirada desse, não resolverá o problema. Todos os argumentos colocados são importantes, mas falta neste plenário a discussão histórica das pactuações com foco nos resultados sanitários produzidos para melhorar o acesso das pessoas. A falta deste tipo de avaliação no SUS faz com que muitas vezes façamos um debate apenas em vista do arranjo institucional e o arranjo sanitário fica ausente. Confiar plenamente que toda Bipartite fará o melhor acerto para garantir o acesso, mas nem sempre boas intenções produzem ou ampliam acesso sanitário necessário. Este é o momento propício para discussão de ampliação de acesso e recurso, o que possivelmente refletirá na mudança da realidade. Por respeitar as diversidades regionais, o anexo é um orientador e relaciona um indicativo mínimo para facilitar as pactuações nas CIB. Sendo assim, concordou que essa discussão deva continuar para amadurecimento deste ponto, para reflexão da resolutividade na região. Reforçou ainda em avançar na discussão, no sentido de se trazer as exceções, bem como os quadros que não se integram na normativa.

Encaminhamento: Pactuada as *Diretrizes de Conformação das Regiões de Saúde*, sem consenso sobre o mínimo.

MS irá pautar a discussão sobre o mínimo no GT de Gestão.

CONASS consolidará e analisará as informações sobre a conformação das regiões de saúde solicitadas às SES para continuação deste debate no plenário.

CONASEMS fará o mesmo junto aos COSEMS.

b) Diretrizes para a proposta 2011/2012, referente às Cirurgias Eletivas. SAS/MS.

MS: fez uma breve apresentação sobre as diretrizes, destacando os seguintes pontos:

- Revogação da PT GM N° 1.690 de 22 de julho de 2011, com a publicação da nova portaria;
- Conhecimento e gestão da fila de espera;
- Classificação em 3 componentes: I, II e III, sendo:

I - CIRURGIAS DE CATARATA, com estratégia específica devido à competição por recursos

II - ESPECIALIDADES E PROCEDIMENTOS PRIORITÁRIOS, considerando aqueles com maior demanda e/ou dificuldade de acesso e que deverão estar presentes em todas as propostas estaduais e municipais (prever exceções) com inclusão de procedimento de alta complexidade.

Com base nestes critérios, foram selecionadas as seguintes especialidades e seus procedimentos:

- **Ortopedia:** Artroplastia total primária de quadril não cimentada, Artroplastia total de quadril (revisão/reconstrução), Reconstrução intra-articular ligamentar do joelho (ligamento cruzado anterior), Tratamento cirúrgico de rotura do menisco – sutura de menisco uni/bicompartimental e Tratamento cirúrgico de rotura do menisco – meniscectomia parcial/total;
- **Otorrinolaringologia:** Timpanoplastia uni/bilateral, Amigdalectomia e adenoidectomia, Mastoidectomia radical, Adenoidectomia, Mastoidectomia subtotal, Amigdalectomia e Microcirurgia do ouvido;
- **Urologia:** Ressecção endoscópica da próstata, Nefrolitotomia per cutânea, Ureterolitotomia
- **Oftalmologia:** Vitrectomia anterior e posterior, Cirurgia de Estrabismo (até 02 músculos) e Cirurgia de Estrabismo (mais de 02 músculos);

- **Cirurgia vascular:** Tratamento cirúrgico de varizes (unilateral) e Tratamento cirúrgico de varizes (bilateral).

MS: quando questionado a respeito dos casos agudos da ortopedia e cirurgia cardíaca, propôs estudar uma proposta e apresentar posteriormente.

III DEMAIS PROCEDIMENTOS que podem estar dentro das especialidades definidas como prioritárias ou em outras especialidades, e que sejam considerados relevantes no contexto local/regional. Devem estar na classificação de Média Complexidade.

Quanto ao financiamento, informou que o componente I terá a remuneração pelo valor da tabela SUS, pelo FAEC com limite e encontro de contas; que o Componente II terá remuneração pelo valor da tabela SUS + 50% de incentivo sobre o valor da tabela, excluindo OPME e que o componente III terá remuneração pelo valor da tabela SUS.

Em relação à alocação de recursos por Estado, informou que será proporcional à demanda reprimida, utilizando como base de cálculo parâmetros de necessidade do Conselho Brasileiro de Oftalmologia/CBO e a produção registrada no S I A e SIH de 2000 a 2011, acrescida da estimativa de novos casos em 2012, com possibilidade de revisão dos valores alocados.

Proposta para 2011 e 2012: Considerar a soma do saldo de 2010 (em torno de R\$ 50.000.000,00) acrescentados R\$ 150.000.000,00 de 2011 - conforme Portaria GM/MS nº 1.919 de 15 de julho de 2010 totalizará aproximadamente R\$ 200.000.000,00 que serão repassados em 2011 (pré pagamento) mediante propostas financeiras dos gestores estaduais e municipais detalhando os valores de cada componente, e aprovadas na CIB. Quanto aos recursos de 2012, estimados pelo MS

em R\$ 300.000.000,00, após a execução dos recursos de 2011 serão repassado em 2012 mediante propostas financeiras dos gestores estaduais e municipais, detalhando os valores de cada componente e aprovadas na CIB. A portaria a ser publicada deverá explicitar os valores por componente que serão destinados aos estados e Distrito Federal em 2011 e 2012. Para a redução de iniquidades, será considerada a população de 2010 associada a indicadores como o percentual de população em extrema pobreza ou per capita MAC de cada estado e do Distrito Federal. Já em relação à prestação de contas, disse que a partir de janeiro de 2012 haverá encontro de contas entre os valores repassados em 2011 e os valores da produção, só ocorrendo o repasse de novos recursos quando não houver mais saldo dos recursos de 2011. E que o prazo limite para o encontro de contas dos recursos repassados em 2011 será junho de 2012, com o objetivo de avaliar a execução e as estratégias dos recursos 2011. Caso não haja produção para fechar o encontro de contas haverá devolução de recursos, ou retenção de recursos do teto MAC por parte do MS. Os recursos de 2011 e 2012 serão, respectivamente, R\$200.000.000,00 e 300.000.000,00.

Esclareceu ainda que o remanejamento de recursos só será permitido dos componente I e III para o componente II, e condicionado à aprovação da CIB e que o repasse de recursos do componente III será feito a partir do valor físico que exceder o correspondente à produção remunerada pelo teto MAC executada em período correspondente em 2010, sendo a comparação feita com o mesmo procedimento.

Por fim, sintetizou as etapas referentes ao processo das Cirurgias eletivas, a saber:

- Pactuação das diretrizes
- Elaboração e discussão das simulações da alocação dos recursos
- Elaboração de minuta de portaria e apresentação desta às diretorias do CONASS e

CONASEMS

- Publicação da portaria com vigência a partir de 01 de setembro de 2011.
- Avaliação das estratégias em junho de 2012.

CONASS: Considera um grande avanço a definição das diretrizes, ressaltando que muitas vezes o não cumprimento das metas está associado à falta de recursos na tabela SUS para por exemplos: órteses, próteses, anestesiologistas, etc. Sugere que em junho de 2012 seja avaliada a tabela. Nas cirurgias ortopédicas envolver o INTO considerando o tamanho das filas e as órteses e próteses (conduta médica sobre o tipo, fabricante, etc.). Considerou o avanço significativo da proposta que favorece a inclusão de outros procedimentos de média complexidade além dos 85 procedimentos atuais. SES/BA sugeriu a inclusão das Cirurgias Cardíacas /Pediátricas, por exemplo.

Considerando o avanço nas diretrizes é favorável a pactuação.

MS: afirmou que agora talvez não seja possível, podendo rever a proposta em outro momento. Informou a criação na SAS da comissão para avaliação da OPM e sobre a preocupação com relação ao que está sendo executado (prorrogação da PT 1919) assumiu que não irá ficar sem pagar. Sobre a proposta em relação à Ortopedia – 2º tempo, está analisando e será envolvido o INTO. .

CONASEMS: Parabeniza o MS pela clareza na explanação, sendo favorável a Pactuação

Encaminhamento: **Pactuada** as diretrizes e encaminhamento da minuta de portaria para GT de Atenção da CIT e após análise encaminhar às respectivas diretorias do Conass e Conasems , para posterior publicação.

c) Minuta de portaria que Regulamenta o Uso de Padrões de Interoperabilidade e Informação em Saúde para Sistemas de Informação em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, nos níveis Municipal, Distrital, Estadual e Federal, e para os Sistemas Privados e do Setor de Saúde Suplementar. SGEP/MS.

MS: Apresentou a minuta de Portaria, informando do processo de construção com consulta pública no período de 18/04 a 18/05/2011, seguida de audiência pública. Informou acerca do Sistema de Informação de São Paulo (SP) SIGA, que atende em parte aos critérios de interoperabilidade, sendo necessário construir o barramento, pois ainda não conta com este instrumento. Considerando a exigência de publicação em Portal Público, informou sobre a negociação com o Ministério do Planejamento, para que seja disponibilizado em ambiente virtual. Neste sentido, o SIGA seria colocado à disposição como *software* livre. Ressaltou a necessidade de um sistema robusto e consistente, com padrões internacionais e que o cartão será integrado aos sistemas nacionais. Disse ainda que em setembro, serão entregues os cartões para os municípios que possuem o SISREG.

CONASS: favorável à pactuação da minuta de portaria. Ponderou sobre a nota técnica acerca da análise sobre a situação atual dos sistemas de informação do sistema único de saúde e propostas para a adequação, elaborada pelo CONASS, para verificar que medidas podem ser adotadas para a correção dos mesmos. Informou que o documento foi levado a discussão no GT de Gestão, objeto de consenso, sendo encaminhado para análise e proposição de medidas de intervenção ao CINFO do MS. Destacou os problemas observados em relação ao SISREG, SIA, SIH e SINAN, observando ainda a preocupação em relação aos sistemas “on line”, e a necessidade da disponibilização automática e regular dos bancos de dados estaduais referentes a estes sistemas, de forma a garantir a disponibilidade das informações no território.

CONASEMS: Favorável à pactuação da portaria, avalizou a posição do CONASS quanto à necessidade de uma solução urgente aos problemas observados nos diversos sistemas de informação.

Encaminhamento: **Pactuada** Portaria sobre Padrões de Interoperabilidade. O MS levará a Nota

Técnica do CONASS referente à Avaliação dos Sistemas de Informação à CIINFO e trará os resultados e propostas de encaminhamento sobre o tema para discussão na próxima CIT. MS organizará Grupo De Trabalho para avaliar a disponibilização das bases de dados referentes ao SISREG e demais sistemas “on line” aos estados.

d) Minuta de Portaria que estabelece diretrizes para a implantação do componente Sala de Estabilização – SE da Rede de Atenção às Urgências. SAS/MS.

MS: Destacou o grande desafio de se consolidar a rede de urgência em municípios de pequeno porte, apresentando nova proposta de redação para os pontos que tiveram dissensos na última CIT, sendo estes:

- I. A Sala de Estabilização (SE) deve ser instalada em serviços de saúde preferencialmente em Hospitais de Pequeno Porte – HPP's (Art. 5º alínea IV), podendo ser instalada em UBS e unidades mistas desde que garantidas as condições operacionais para seu funcionamento (item IV do artigo 5º).
- II. Contar com equipe mínima de trabalho: 01 médico, 01 enfermeiro e 01 técnico de enfermagem (Art. 5º alínea V)
- III. Informou alteração dos artigos 9º §3º, 10º §1º e 6º e 11.

CONASS: Solicitou a supressão do artigo 11º, que trata do compartilhamento das despesas de custeio. Destacou que deve ser incluído item IV no artigo 5º que às SE's sejam instaladas preferencialmente em Hospitais de Pequeno Porte – HPP públicos e filantrópicos. Que sejam definidas nas CIBs, os locais de implantação das salas de estabilização. Questionou a abertura de registro no SICONV no período de 08/08 à 28/08/2011, sendo que ainda não foi publicada a portaria referente ao componente hospitalar.

Encaminhamentos: Pactuada. MS verificará o motivo da abertura do registro antes da publicação da portaria, no entanto afirmou que o prazo de encerramento do sistema será prorrogado, no mínimo, até a publicação da portaria. Suprimir o artigo 11 e rever na minuta o item IV do artigo 5º instalação dos HPP - acrescentar públicos e filantrópicos, e quanto ao fluxo de pactuação no artigo 9º reforçar que a definição do local da SE seja pactuada na Bipartite.

e) Minuta de Portaria que Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). SAS/MS

MS: Apresentou a Minuta de Portaria, informando ser esta uma portaria que disciplina as condições de repasse de recursos fundo a fundo do PAB fixo, na forma de incentivo específico para reforma das UBS do Programa de Requalificação da Atenção Básica (AB). Que esta Portaria faz parte de um conjunto, oniparante a próxima, que será encaminhada para a CIT de Setembro, trata do componente de ampliação de UBS, informatização e telessaúde redes. Informa que foi desenvolvida ferramenta onde o gestor irá cadastrar a proposta identificando a UBS e de que reforma pretende realizar, e o próprio sistema realizará o cálculo dos valores necessários para a obra, com base em parâmetros e regras já definidas. A abertura de inscrição é para todos, pois tem o objetivo de construir um mapa das demandas de necessidade de reforma e adequação as exigências legais da vigilância sanitária, para estabelecimentos de saúde. Esclarece que os valores previstos estão numa escala que varia de R\$30.000,00 (trinta mil reais) até R\$150.000,00 (cento e cinquenta mil reais). Esclarece que neste momento o que se quer é ter uma visão geral das necessidades, mapeando as demandas. Explica que hoje existe uma estimativa de 13 mil UBS com menos de 153 m², necessitando de ampliação, e, portanto o recurso seria previsto na Portaria já aprovada na CIT de setembro. E que as UBS devem ter espaços humanizados, agradáveis.

CONSENS: Falou da extrema importância da Portaria, mas identificou dois pontos: que os recursos propostos no valor de R\$30.000,00 (trinta mil reais), provavelmente não dariam para cobrir os custos com pintura. Sugere que o ponto de corte deveria ser de R\$50.000,00 (cinquenta mil reais), e isto não implicaria em ampliação dos recursos hoje previstos.

CONASS: Sugeriu que o sistema seja aberto para inscrição, apenas após aprovação na CIB. Dificuldades de limitação da metragem das UBS, considerando que muitas não cumprem o requisito de possuir 153 m². Solicitou esclarecimento quanto as UBS serem próprias ou cedidas (Funasa, SES). Acrescentar um paragrafo que prevê instalações da UBS que comporte uma equipe.

Encaminhamento: Pactuada, considerando as contribuições feitas.

f) Minuta de Portaria que Altera as Portarias nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, e nº 648/GM, de 28 de março de 2006, para permitir, excepcionalmente, a definição do cálculo e aplicação dos recursos do Componente Piso da Atenção Básica – PAB Fixo para fins de execução das ações relativas ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e respectivos componentes. SAS/MS

MS: Apresentou a proposta de Minuta de Portaria, destacando o Art. 1º que altera o artigo 10 da Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, publicada no Diário Oficial da União nº 22, de 31 de janeiro de 2007, seção 1, pg. 45, que passa a vigorar com a seguinte redação:

- **Parágrafo Segundo:** Os recursos do Componente Piso da Atenção Básica – PAB Fixo poderão ser, excepcionalmente, definidos e aplicados na implementação do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, mediante repasse regular e automático do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, condicionados à aprovação de projetos encaminhados ao Ministério da Saúde, o qual terá a sua formalização efetivada mediante edição de atos normativos específicos com a definição dos valores, período de execução e cronograma de desembolso financeiro.

Também faz destaque ao Art. 2º que altera o Anexo da Política Nacional de Atenção Básica, aprovada pela Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, no que se refere ao disposto no Capítulo III, item 2.1., que passa a vigorar com a seguinte redação:

Do Financiamento da Atenção Básica:

- Excepcionalmente, a parte fixa do PAB- Fixo poderá ser calculada e definida de acordo com as regras de implementação do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e seus respectivos componentes, mediante repasse regular e automático do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, através da aprovação de projetos encaminhados ao Ministério da Saúde, o qual terá a sua formalização efetivada mediante edição de atos normativos específicos, nos quais serão

definidos valores, períodos de execução e cronogramas de desembolso financeiro.

CONASS: Reforçou a importância da Portaria na requalificação da Atenção Básica (AB).

CONASEMS: mesmo não sendo ponto de pauta, fez menção ao instrutivo referente ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ, informando que na Assembleia do Conares houve um questionamento quanto à avaliação e pagamento retroativo. Quanto ao questionamento, foi deliberado em acordo com a nota técnica apresentada pelo MS, que:

1) Todos os municípios poderão fazer a adesão de um número de equipes equivalente a 50% das equipes de saúde da família existentes na competência junho, desde que estejam em conformidade com as regras do programa e observando os critérios de parametrização ;

2) Município com apenas 1 equipe de saúde de família ou apenas 1 UBS (sem saúde da família) poderá fazer a adesão de 1 equipe;

3) Caso a visita de avaliação externa não aconteça até 1 mês após o prazo definido para solicitação de avaliação externa pelo gestor municipal (se este a fez), o pagamento pelo Ministério da Saúde (conforme desempenho da equipe) será realizado de forma retroativa, considerando a competência do mês seguinte ao do prazo anteriormente citado”

Encaminhamento: Pactuada.

g) Minuta de Portaria que Define o total de recursos financeiros destinados ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) - componente Reforma de Unidades Básicas de Saúde a serem repassados por Estado/Distrito Federal. SAS/MS

MS: Apresentou a minuta de Portaria, informando a metodologia de construção da proposta, considerando alguns indicadores na busca da redução das iniquidades.

Encaminhamentos: Pactuada.

h) Diretrizes e orientações para o Programa de Qualificação dos Agentes de Combate às Endemias e demais Agentes que atuam em Vigilância em Saúde. SGTES/MS

MS: Apresentou a proposta das Diretrizes e orientações. Destacou a importância de pactuação das diretrizes e também do programa nesta reunião da CIT.

CONASS: Informou sobre o grande contingente de pessoal a ser qualificado, sendo necessário um maior aporte financeiro para o custeio das despesas. Sugeriu que fosse considerada a possibilidade de realização deste treinamento em alguma modalidade à distância, visando facilitar o processo de qualificação. Solicitou consulta sobre o empenho de recursos em cursos de longa duração, devido à alteração do exercício.

MS: Em resposta ao questionamento do CONASS quanto ao maior aporte financeiro, disse que poderão ser utilizados tanto os recursos provenientes do PROFAPS quanto da Educação Permanente.

Encaminhamentos: Pactuada com as considerações realizadas. SGTES realizará consulta quanto ao empenho de valores para os cursos de longa duração.

- i) Minuta de portaria que estabelece repasse de recursos fundo a fundo referente à Política Nacional de Educação Permanente. SGTES/MS

CONASS: Retornou questionamento feito na CIT de 16 de dezembro referente aos cursos técnicos, cuja duração extrapola o exercício anual, de modo a possibilitar a flexibilidade de utilização de saldo de recursos que estão vinculados a esses processos, para o desenvolvimento de outros cursos, de modo que a continuidade do financiamento do curso de longa duração seja assegurada a cada ano.

MS: Verificará a possibilidade com o jurídico.

Encaminhamento: Pactuada sem ressalvas.

j) Minuta de Portaria que Define os Municípios priorizados e a relação das especialidades médicas e áreas de atuação segundo os critérios dispostos na Portaria nº 1.377/2011, para fins do benefício previsto no inciso II e o § 3º do art. 6º B da Lei nº 10.260, de 12 de julho de 2010, no âmbito do Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES). SAS/SGTES/MS

MS: Apresentou a proposta de Minuta de Portaria.

CONASS: Parabenizou a ação do MS, no entanto solicitou a inclusão das especialidades de Infectologia e Residência em clínica cirúrgica pediátrica.

CONASEMS: Questionou sobre o processo de divulgação para a sociedade acadêmica.

MS: Destacou que será formulada estratégia de divulgação junto às instituições de ensino superior, e ressaltou a importância dos Estados estarem incluídos neste processo, visando a capilarização das informações.

CONASS: Solicitou acesso à memória de cálculo dos Indicadores FIES.

Encaminhamentos: **Pactuada** com as considerações realizadas. MS realizará a inclusão das especialidades solicitadas por CONASS.

k) Minuta de Portaria que dispõe sobre as normas relativas aos recursos destinados a Estados, ao Distrito Federal e a Municípios, qualificados para o recebimento de incentivo para o financiamento das ações desenvolvidas por Casas de Apoio para Pessoas Vivendo com HIV/AIDS. SVS/MS

MS: Apresentou a Minuta de Portaria, em conjunto com outras portarias.

CONASS: Questionou que a Minuta de Portaria não identifica os valores a serem repassados, se vão trabalhar com base no teto dos Estados, sendo necessária a realização de um recadastramento das casas de apoio identificando a disponibilidade de vagas para adultos/adolescentes e crianças.

Encaminhamento: Pactuada.

- l) Minuta de Portaria que estabelece mecanismo de repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, por meio do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, para implantação, implementação e fortalecimento de projetos de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes, para o ano de 2011. SVS/MS.

CONASEMS: destacou 7000 projetos inscritos e questionou se terá recursos pra todos ou se será definido critérios de seleção. Solicitou estudar uma forma de resolver essa questão, pois estamos investindo em Promoção à saúde, mas o recurso é escasso. Solicitou uma agenda aprofundada, de maior dimensão para essa discussão até por conta da construção das redes.

CONASS: parabenizou a iniciativa e solicitou um prazo de 45 dias para aprovação dos projetos, após publicação da Portaria e ainda que considerasse como aptos para o envio dos projetos referentes aos acidentes de trânsito, os municípios acima de 50 mil habitantes e não 100 mil habitantes. Identificou haver necessidade de construção de uma agenda voltada para a promoção da saúde e a necessidade de definição/ampliação dos recursos para promoção da saúde, destacou ainda a importância de uma intervenção mais forte com foco na prevenção dos acidentes de trânsito.

MS: Em relação à definição dos critérios ainda não há uma definição, uma vez que os números de projetos foram muito acima da previsão do MS. Todavia, assim que esboçado será consultado conass e conasems. Sobre o prazo de 45 dias, não vê problema e concordou que é mais prudente, concordando também com a proposta de alteração do ponto de corte para habilitação de projetos referentes aos acidentes de trânsito para municípios com mais de 50 mil habitantes.

Encaminhamento: Pactuada com as alterações sugeridas pelo CONASS.

m) Minuta de Portaria que estabelece as competências relativas aos procedimentos de controle e da vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade e dá outras providências. SVS/MS

MS: ressaltou que a referida minuta portaria é eminentemente técnica, tendo sido discutida em diferentes espaços de negociação, principalmente no GTVS. A não publicação anteriormente, se justifica pela necessidade de rediscussão do papel da FUNASA quanto ao órgão responsável pelo controle de qualidade da água. Disse ainda que esta discussão já está superada e que a atual versão já trás o reordenamento das responsabilidades.

CONASS: destacou a necessidade de rediscussão da política de financiamento dos laboratórios de saúde pública, essenciais para a regionalização das ações de vigilância da qualidade da água.

CONASEMS: ressalta a necessidade de construção de uma agenda de promoção diferenciada da construção de redes.

MS: informou que a discussão referente aos laboratórios de saúde pública, está identificada dentre as prioridades.

Encaminhamento: Pactuada.

--	--

3. Apresentações e Discussões

a) Diretrizes para a conformação do Contrato Organizativo de Ação Pública. SGEPI/MS

MS: fez apresentação sobre os Aspectos Gerais para a Elaboração do Contrato Organizativo de Ação Pública, destacando os seguintes pontos:

I – PRESSUPOSTOS DO CONTRATO

Inclui a existência de região de saúde instituída de acordo com o disposto no Decreto 7508/2011; a existência da CIR na região e a observância das Diretrizes Gerais para Instituição das Regiões de Saúde definidas pela CIT, conforme determina o art. 4º do Decreto 7.508 de 2011;

II - OBJETO DO CONTRATO

Envolve a organização, integração das ações e dos serviços de saúde e as responsabilidades dos entes federativos na Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde ao cidadão.

III - ESTRUTURA DO CONTRATO

- Da responsabilidade organizativa do SUS: Conteúdos comuns a todos os contratos. O conteúdo disporá sobre os fundamentos do SUS – Padrão Nacional

_Da responsabilidade executiva dos entes federativos: disporá sobre a programação geral do contrato, respeitadas as diretrizes nacionais, estaduais e municipais e os respectivos planos de saúde dos signatários.

– Da responsabilidade pelo financiamento do contrato: deve conter, além de um padrão nacional de transferência de recursos, as especificidades locais e estadual do financiamento.

– Da responsabilidade pelo acompanhamento do contrato: disporá sobre o sistema de monitoramento, avaliação de desempenho da execução do contrato e auditoria.

Destacou ainda as regras gerais do contrato organizativo de ação pública, a saber:

1. O contrato será assinado pelos prefeitos, governadores, ministro da saúde e os secretários de saúde estaduais e municipais, dando-se ciência à CIB e CIT, mediante extrato do contrato publicado no Diário Oficial.

2. O contrato deve consubstanciar os consensos dos entes federativos na CIT, CIB e CIR e respeitar o disposto nos planos de saúde dos entes.

3. O Ministério da Saúde, no tocante aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI, deverá intermediar as discussões contratuais entre os entes signatários da Região de Saúde.

4. A vigência do COAP será de 4 anos devendo coincidir com o prazo dos planos municipais. O primeiro contrato poderá ter outro prazo de validade para melhor adequação em relação aos prazos dos planos de saúde e realidades regionais.

5. Parte dos Indicadores do Pacto pela Vida e de Gestão serão incluídos no indicador nacional de

acesso, de observância obrigatória pelo SUS.

6. O Termo de Compromisso de Gestão e o Termo de Limite Financeiro Global serão substituídos pelo contrato e deverão estar contemplados em cláusula contratual.

7. O Plano Diretor de Regionalização e de Investimentos - PDRI será gradativamente substituído pelo Mapa da Saúde e pelo Mapa de Metas.

8. A PPI - Programação Pactuada Integrada deverá ser substituída pela programação geral do contrato. Esta programação deverá ser revisada anualmente mediante termos aditivos.

9. Nas regiões de fronteiras internacionais, deve-se respeitar as normas internacionais (acordos bilaterais) e decidir na CIB e CIT como se dará o atendimento do cidadão estrangeiro da fronteira, incorporando as decisões no corpo do contrato.

10. Os Municípios sujeitos a aumento populacional em razão de migrações sazonais (turismo, trabalho temporário, festas, etc.) devem ser objeto de discussão na CIT e CIB, o custeio das ações e serviços, incorporando as decisões no corpo do contrato.

11. Os entes signatários após a assinatura do contrato deverão envidar esforços para introduzir no âmbito de sua administração pública, política de contratualização dos serviços públicos, sempre em articulação com os objetivos e metas do COAP.

12. O contrato não tem interferência nos processos de contratação complementar do setor privado no SUS.

IV – DA GESTÃO DO CONTRATO

Em relação à gestão do contrato, mencionou 6 pontos:

1. A gestão do contrato deverá ser realizada por cada ente signatário, cabendo à CIR discutir o

acompanhamento e a sua operacionalização.

2. O processo de gestão é colegiado, através das CIT, CIB e CIR, sendo atribuição do Ministério da Saúde coordenar o processo em âmbito nacional e os estados em âmbito estadual (SES).

3. As CIR devem desenvolver competências que dêem suporte aos gestores na tomada de decisão, podendo assim estruturar Câmaras Técnicas com o objetivo de fornecer os subsídios necessários ao cumprimento dessa finalidade.

4. A avaliação da execução do contrato será realizada mediante relatório de gestão anual e sistema de informação específico. O relatório de gestão conterá uma seção específica relativa aos compromissos contratuais.

5. O Indicador Nacional de Garantia de Acesso deverá ser o componente prioritário de monitoramento e avaliação de desempenho do contrato.

6. Cabe ao Sistema Nacional de Auditoria, no exercício de suas funções de controle interno do SUS, fiscalizar a execução do contrato.

IV – DO CONTROLE SOCIAL

O COAP deverá ter sua execução acompanhada pelos conselhos de saúde: relatório de gestão, Portal da Transparência do Ministério da Saúde.

CONASS: entende que por se tratar de um documento norteador para o contrato de Ação Pública – COAP será necessário deixar claro que o COAP é um instrumento de aprimoramento do Pacto pela Saúde, devendo, portanto, ser mantido os sete eixos estratégicos e as nove diretrizes gerais da gestão. Ressaltou ainda que para consolidar um processo de continuidade e aprimoramento deverão ser considerados itens já observados nos municípios, referentes à responsabilidade sanitária e atribuições. Quanto ao Pacto pela Vida, que também irá compor os elementos centrais do COAP,

	<p>sugeriu diminuir os indicadores, de modo que melhor permita cumprir as metas pactuadas. Por fim, fez destaque ao processo de gestão dos prestadores de serviço que também deverá ser mantido.</p> <p>CONASEMS: reiterou a fala do CONASS, acrescentando que o grupo de trabalho da câmara técnica, GT de Gestão, irá aprofundar a discussão.</p> <p>Encaminhamento: Continuar a discussão e construção da proposta no GT de Gestão, para possível pactuação na CIT de setembro.</p>
<p>b) Concurso de Boas Práticas na Gestão do Trabalho na Saúde. SGTES/MS</p>	
<p>c) PROGESUS: Democratização das relações de trabalho e valorização do trabalhador do SUS. SGTES/MS</p>	
<p>d) Proposta de fortalecimento em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde para trabalhadores de nível médio e superior. SGTES/MS</p>	
<p>4. Informes</p>	
<p>a) Seminário Educação Profissional de Nível Médio para a Saúde. SGTES/MS</p> <p>b) Seminários Regionais PRÓ SAÚDE e PET SAÚDE. SGTES/MS</p>	
<p>c) Situação atual do Relatório Anual de Gestão. SGEP/MS</p>	

d) Conferência Mundial de Determinantes Sociais em Saúde. SGEP/MS

e) Resolução CIB/AM nº 059/2011: Revisão do Desenho Regional do Estado do Amazonas para a Saúde. SGEP/MS.

f) Primavera da Saúde: O CNS informou sobre a manifestação feita na câmara dos deputados, a favor da aprovação da EC 29, destacando 4 pontos:

- Aumento de financiamento;
- Responsabilidade tripartite;
- Relação de ações e serviços;
- Vinculação de receitas.

Disse ainda que no dia 14/09 ocorrerá outra manifestação, onde será dado o abraço ao Palácio do Planalto e entrega de flores à presidenta do país.

CONASEMS destacou a repercussão do movimento em diversos jornais.