



Resumo Executivo

Reunião CIT de 15 de setembro de 2005, realizada em Brasília – DF - Carlton Hotel, SHS Qd 05 Bl G s/n.

Pauta

1. Agenda de Compromisso pela Saúde – SE/MS.

2. Temas para discussão e pactuação.

- a) Critérios de alocação dos 268 milhões (valor anual) para média e alta complexidade nas Unidades Federadas – UF - DERAC/SAS/MS;
- b) DST/AIDS – Incentivos para OSC - SVS/MS;
- c) Revisão da portaria de Assistência Farmacêutica Básica – DAF/SCTIE/MS;

3. Homologações:

- a) Habilitações em GPSM dos municípios de Santa Cruz de Cabralia – BA e Junqueiro-AL. SE/MS;
- b) Certificações de municípios para Gestão das ações de Vigilância Epidemiológica. SVS/MS:

Bahia = Jaguaripe e Sítio do Mato;

Pará = Anajás;

São Paulo = Iporanga, Rafard e Santa Maria da Serra.

4 . Apresentações e Discussão

- a) Política Nacional de Atenção Oncológica – DAE/SAS/MS;
- b) Plano de Ações para controle do câncer de colo de útero e mama. DAPE/SAS/MS;
- c) Pólos de Capacitação – SGTES/MS;
- d) Curso básico de regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS – DERAC/DENASUS/MS.

5. Informes:

- a) Pacto dos indicadores da Atenção Básica. DAB/SAS/MS (foi transferido para o item homologação).

Agenda de Compromisso pela Saúde – SE/MS apresentada por Dr. André Bonifácio, diretor do DAD/SE, os principais pontos de um documento (Anexo I), destacando que essa nova

proposta guarda relação com macro prioridades que o Ministério da Saúde compoem a agenda de compromisso que agrega a dimensão de três pactos: o pacto pela saúde, o pacto em defesa do SUS, o pacto pela vida e o pacto de gestão. Citou que o documento produzido e que está em discussão indica a necessidade de aprofundar as discussões a um patamar de concertação, em que os fundamentos teóricos e metodológicos necessários à continuação da organização do SUS sejam impressos e expressos em acordos na perspectiva da solidariedade. Dessa forma, deve-se implementar uma agenda de compromissos construída através de uma pactuação tripartite que possibilita a efetivação de acordos dos entes federados para a reforma de alguns aspectos da institucionalidade vigente no SUS, promovendo inovações em alguns processos e instrumentos de gestão. Estas ações constituirão a agenda de compromissos e estarão relacionadas de forma a responder as prioridades da política nacional de saúde e as necessidades expressas na situação epidemiológica do país. Portanto, devem obedecer aos princípios dos SUS e compor um elenco de significativo impacto sobre a saúde da população e que sejam viáveis para a execução dos tempos políticos para cada um dos gestores. Esse processo de pactuação deve ter como finalidade a qualificação da gestão pública.

Mostrou a idéia do desenho da agenda com os três pactos e a visão dentro de um marco jurídico do SUS. No pacto em defesa do SUS destaca-se a importância da reafirmação da fidelidade de todos com o sistema público, que garanta a equidade e o acesso universal e a demonstração de que os recursos financeiros existentes são insuficientes para a materialização dos princípios constitucionais. Essa dimensão do pacto guarda relação com o amplo processo de discussão de repolitização da saúde e da mobilização em defesa do Sistema Único de Saúde. O pacto pela vida trata-se de um conjunto de compromissos sanitários das três esferas federativas com a definição das responsabilidades de cada uma. E o pacto de gestão deverá estabelecer as responsabilidades claras de cada esfera de governo de forma a diminuir competências concorrentes e a tornar mais evidente quem deve fazer o quê, contribuindo com o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

Dr. Silvio Fernandes cumprimentou o Ministro, **Dr. Saraiva Felipe** e toda sua equipe, informou que o CONASEMS tem feito um esforço muito grande para mobilizar os secretários municipais e outros setores políticos. Informou que o pacto tem sido motivo de debate em todos os fóruns que a diretoria participa. Falou da diretoria de relações institucionais e parlamentares cuja direção é do **Dr. Júnior Souto**. Informou ainda que a diretoria do CONASEMS terá às 14h, uma reunião na Comissão de Constituição e Justiça com o deputado Biscaya, da qual participarão o CONASEMS e o Conselho Nacional de Saúde - CNS e reforçou o convite ao CONASS. O objetivo da reunião é solicitar ao deputado que coloque em

apreciação o mais rápido possível a tramitação da regulamentação da emenda através do Projeto de Lei 01/2003. Outra mobilização programada para 19 de outubro é a participação do CONASEMS na marcha dos prefeitos. Sobre o documento apresentado por **Dr. André** fez algumas observações e contribuições em nome do CONASEMS. Primeiro, solicitou incluir no pacto em defesa do SUS o item sobre a força de trabalho no SUS, pois se trata do grande estrangulamento do sistema juntamente com a questão do financiamento. Achou insuficiente a colocação “ampliação do diálogo com o Ministério Público do Trabalho”, visto que esse diálogo já vem ocorrendo a vários meses. O Ministério Público do Trabalho já tem uma posição fechada com relação a essa questão e em nenhum momento abrirá a possibilidade para as formas de contratação indireta, que são as formas pelas quais centena de milhares de trabalhadores de saúde está integrada ao sistema, portanto, acha insuficiente a estratégia apontada no documento. O segundo ponto é sobre o **choque de descentralização** – um termo muito bem colocado pelo Ministro em outras ocasiões, mas ressalva que o processo de descentralização não se dá do Governo Federal para os Estados e dos Estados para os municípios. Isso ocorreu num momento de implementação da descentralização. No momento atual existem atribuições que são dos Estados, dos municípios e o processo de descentralização daquilo que ainda não ocorreu deve se dar, não numa descida de hierarquia no processo, mas em uma transferência para a esfera de governo que está mais afeta ao processo de descentralização. Outra questão refere-se ao termo governança regional, pois entende que os espaços regionais são espaços de articulação política, são espaços de construção de governabilidade, são espaços de controle social, mas de acordo com o pacto federativo brasileiro, não é espaço de governança.

Dr. Marcus Pestana cumprimentou o Ministro, **Dr. Saraiva Felipe** e sua equipe, ressaltou que o documento está colocado de uma forma muito consistente, com uma agenda que não será debatida nessa reunião, pois tem alguns pontos polêmicos. Realça que já existe muita construção de convergência com um saudável espírito pragmático, com uma noção clara de calendário de reuniões. Acha muito saudável que o Ministério tenha tomado essa iniciativa anunciando algumas diretrizes e algumas mudanças importantíssimas. O documento faz uma abordagem bastante abrangente apesar de muito focado e objetivo. Toca em todas as ações essenciais que precisam empreender para o aprimoramento do funcionamento do SUS, no sentido do aprofundamento da descentralização. Falou do intercâmbio internacional a diferença dos modelos institucionais em outros países. Ressaltou a necessidade da discussão de bases sólidas de financiamento com a luta comum pela regulamentação da emenda, pelo orçamento de 2006, e de mudar a dinâmica operacional dos repasses dos recursos financeiros. É evidente

que se deve discutir de forma mais aprofundada, uma leitura cuidadosa, mas agradou muito ao CONASS a objetividade, o foco às questões essenciais. É um documento típico de gestores. Não é um documento acadêmico para ornamentar as bibliotecas, é um documento de reflexão teórica, de aprendizado com a nossa prática e de consolidação de alguns princípios, alguns conceitos, mas um documento de intervenção na realidade. O documento faz uma abordagem bastante abrangente apesar de muito focado e objetivo, toca em todas as ações essenciais que precisamos empreender o aprimoramento. Encerrou afirmando que o CONASS vai se debruçar detidamente sobre o documento.

Dr. Saraiva Felipe, Ministro de Estado da Saúde, após cumprimentar os presentes, fala de suas atuações junto aos parlamentares em favor da regulamentação da Emenda Constitucional nº29. E que o impacto será no próximo ano. Reconheceu a dificuldades dos secretários de Saúde de estado e municípios têm frente aos governadores e prefeitos para garantir os recursos para saúde. Propõe um esforço conjunto das instituições da saúde o que fortalece a posição do Ministro da Saúde no sentido de levar essa discussão dentro do governo e de fazer prevalecer os argumentos que o ministro utiliza para garantir os recursos para o setor saúde. Informou que tem estudos preliminares que mostram o seguinte: teríamos um acréscimo nas três esferas de governo de entorno de R\$ 9 bilhões com a regulamentação da emenda 29. Desses R\$ 9 bilhões, o orçamento da saúde seria acrescido de R\$ 3 bilhões, e realmente o peso maior da contribuição – o peso quantitativo monetariamente - ficaria por conta dos Estados. Falou da luta para evitar inclusões, no orçamento, de outras ações que não são típicas do setor saúde, inclusive a questão dos Hospitais Universitários, solicitou apoio e mobilização do CONASS e do CONASEMS no sentido de impedir o que chamou de invasão no orçamento do Ministério da Saúde. Sobre o orçamento para 2006, elogiou o trabalho da equipe da Secretaria Executiva, coordenada por **Dr. Agenor** que garantiram a defesa de grande parte do orçamento do MS. Disse que a mobilização política já surtiu parte desse efeito, mas necessita-se permanecer mobilizado para mostrar que um dos problemas do estrangulamento do SUS é o sub-financiamento que vem desde a sua origem e que necessita ser corrigido para que o SUS cumpra sua missão. Quanto a parceria com CONASS e CONASEMS, reafirmou só expedir normas e outras medidas administrativas para gestão do SUS sem um acerto entre os gestores do SUS. Enfatizou a necessidade de uma política para atenção ao idoso. Achou que a proposta de **Dr. Silvio** de estruturação da força de trabalho dentro desse processo de defesa do SUS é bem colocada, Propôs o Secretário da SGTES elaborar uma proposta para discussão. Quanto à questão de vínculos de trabalho, precarização, entende que contrato com base na CLT não é precarização. Desde que você garanta, transparência, impessoalidade e garanta de direitos, esse

vínculo não é precário. Encerrando a fala conclamou os parceiros as discussões e posicionamento rápido para que as ações pactuadas possam ser executadas ao mais breves possíveis. Agradeceu a participação dos presentes.

Dr. Scotti, após cumprimentar os participantes da reunião comentou que a idéia da apresentação do documento, menos do que ser aprovado ou desaprovado era ser um marco simbólico na mudança de rumo da construção do pacto. E isso não é uma crítica sobre a forma que vinha sendo conduzida, mas, exatamente pelo tempo técnico e político, urge mudar a estratégia para que alguma coisa aconteça brevemente. O desafio é na tripartite de outubro já aprovar alguns encaminhamentos. Citou como exemplo a um acordo para redução das caixinhas e algumas ações ou condições que o Ministério pode fortalecer as bipartites, para que elas trabalhem seus próprios modelos estaduais e regionais. Falou da necessidade de regras flexíveis que atendam as especificidades locais e regionais. Entende que o documento foi apresentado para discussão, mas há uma necessidade de definir alguns objetivos de curto prazo para aprovação na CIT de outubro ficando o restante para novembro, ou seja, a descentralização possível e as estratégias de mobilização.

Discussão e pactuação critérios de alocação dos 268 milhões para média e alta complexidade nas Unidades Federadas. **Dr. Cao** apresentou uma planilha com os pontos que foram discutidos na Câmara Técnica da Tripartite. Informou que na primeira análise rápida dos recursos necessários para que todos os *per capita* ali colocados, da forma que está construído, chegassem à média do *per capita* Brasil, precisaríamos de recursos da ordem de 14 a 15 bilhões de reais. Um problema impossível de ser resolvido com os 268 que estão disponíveis, pois representa menos de 2% da necessidade para que todos os Estados tenham, no mínimo, o *per capita* Brasil.

Sobre alguns critérios trabalhados: consideram a população de 2004, os recursos transferidos em agosto – de teto MAC – já incorporado a este o impacto das portarias de correção de valores de radioterapia, parto e de UTI, como a média da execução do FAEC incorporado o impacto da portaria de correção da TRS.

Partindo do princípio de que todas as unidades federadas teriam algum recurso alocado, e que parte desses recursos teria o destino de tentar minimizar as diferenças regionais. Foi feito um exercício de começar com a alocação tentando corrigir as grandes diferenças regionais. A proposta é que todas as unidades federadas tenham alocação, nesse momento, de 90 centavos *per capita*. Um grupo de Estados que se apresentam, claramente, na região norte, mais a inclusão do Maranhão, tenham, além dos 90 centavos, outros R\$ 2,30 *per capita* para que possam constituir um valor. O objetivo desse exercício foi aproximar esse grupo do grupo

intermediário, que recebeu além dos 90 centavos, mais 75 (centavos), perfazendo R\$ 1,65 e trabalhando com essa expectativa de produzir essa diminuição em aproximação. O resultado – evidentemente pelo volume de recursos e o que é aplicado – será a diminuição do menor per capita para o maior per capita não tem como ser produzida. Isso se trata de um exercício que feito – mostrado na planilha para dar ciência ao plenário da CIT. A CT/CIT trabalhou com três agrupamentos e quatro grupos que tem alguma homogeneidade interna. – as diferenças dentro dos grupos são menores, mas significativas para um exercício posterior. As variações do per capita encontradas foram de 5,28% a maior e 0,84%, sendo São Paulo a maior e Pará a menor. O acordo apontado para essa discussão, na tripartite anterior foi que os recursos aqui discutidos serão alocados após as deliberações das bipartites. Outra proposta é constituir um grupo para dar início à discussão de como proceder à alocação de recursos de forma a diminuir as diferenças, considerando algumas variáveis a serem incorporadas como: a rede existente com capacidade de gerar atendimento, ou seja, que suporte os recursos alocados.

Dr. Sílvio Fernandes informou que a assembléia do CONASEMS fez a seguinte proposta: essa pactuação passa por duas decisões distintas. A primeira é como distribuir e alocar os recursos em cada Estado. O CONASEMS é favorável a aprovar a proposta apresentada por Dr. Cao. As outras propostas – fazer uma avaliação diferenciada da média e da alta complexidade. Explicou que na construção de equidade, na área de média complexidade é mais factível e dificilmente a distribuição da capacidade instalada não exista nos diferentes Estados. Recomendam que em pactuações futuras para alocação sejam incluídas outras variáveis como atendimento de demandas de outros estados a exemplo de São Paulo que tem a maior per capita por atender demandas de outros estados na alta complexidade, outros estados também fazem esses atendimentos sem receber essa diferença. Propõe que sejam definidas e pactuadas, na CIT, as diretrizes para a alocação desses recursos no âmbito dos Estados. Explicou que não há intenção de privilegiar municípios, mas por necessidade que as ações de média e alta complexidade são realizada pelos municípios em gestão plena ou pelos estados. E os tetos de alta e média complexidade estão insuficientes, especialmente na área de urgência onde os serviços produzidos estão além do programado provocando o acúmulo de dívidas dos gestores estaduais e municípios em gestão plena com os prestadores. A reorganização da média e alta complexidade também passa pela ampliação de serviços, e os recursos já são insuficientes para os serviços existentes. Isso é um problema do SUS, por isso estão propondo que uma parte desse recurso seja automaticamente alocada nos tetos de média e alta complexidade. Entende que se esse recurso for colocado para pactuação, sem critérios predefinidos corre-se o risco de ampliação de serviço sem resolver o passivo da dívida com os

prestadores. Levando em conta essa situação o CONASEMS sugere que 50% desse valor seja automaticamente alocado nos tetos dos plenos, de acordo com a proporção do que representa o valor do teto do pleno dentro do teto de média e alta complexidade do Estado e os outros 50% será objeto de uma pactuação, com a média complexidade como prioridade, levando em conta que os processos de regionalização.

Dr. Marcus Pestana disse concordar com quase todas as palavras do **Dr. Sílvio Fernandes**. O ponto de convergência é a questão da equidade que é um grande desafio, desafio da nossa geração no Brasil. Isso diz respeito a diferenças pessoais e familiares de renda, e diferenças regionais de renda. Não é possível imaginar o sucesso de um projeto de nação e de povo com um desequilíbrio federativo tão grande. Equidade remete ao conceito de tratamento diferenciado dos diferentes. E a tripartite, já em 2003 e agora, está criando uma metodologia interessante, considerando que distribuição de renda não se faz de forma brusca, mas a médio e longo prazo. Falou da importância do desenvolvimento de uma metodologia que possibilite maior crescimento para as regiões mais atrasadas. Propôs pactuar esse princípio em rodadas anuais e remeter à Câmara Técnica de Gestão para trabalhar essas rodadas anuais para recomposição de teto, com base na equidade social enfatizando a pactuação regional de forma a contemplar as diferenças regionais. Considerou que, as questões das urgências e emergências foram muitas bem colocadas pelo CONASEMS. Disse não ver consistência técnica na proposta do CONASEMS. Por entender que se trata de uma proposta linear, e com demonstração de uma certa desconfiança das CIBs. Ressaltou a necessidade de acreditar na CIB como um pólo de pactuação, pois a aderência à realidade está no espaço da CIT. Acredita que a proposta do CONASEMS não vai na direção do choque de descentralização que possibilita a construção de baixo para cima, de redes e sistemas regionais. Fez um apelo ao CONASEMS para não criar um impasse numa questão que vai ser facilmente resolvida nas CIBs e a tripartite pode funcionar como foro de recursos dos municípios. Acredita que as CIBs tem condições para fazer um trabalho técnico de qualidade. Solicitou do MS a continuidade do trabalho específico para regional da Amazônia Legal, visto que para essa região o problema não é só custeio da assistência, mas de fixação de profissionais especializados e de investimentos para estruturar as redes de serviços.

Após várias considerações dos representantes do CONASS e CONASEMS, cada segmento defendendo suas teses, não foi possível a elaboração do consenso e o assunto foi encaminhado para a CT/CIT e deverá voltar para pactuação em outubro.

DST/AIDS – Incentivos para Organização da Sociedade Civil - OSC – Dra. Maria Alice, explicou que esse assunto já foi apresentado a CIT e está voltando para pactuação após

trabalho na CT/CIT. Explicou que o recurso em pactuação não é recurso novo, são recursos que já estão previstos no orçamento do programa. A proposta é alterar a portaria 2129, que trata dos valores a serem repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde referente ao incentivo, no âmbito do Programa Nacional de DST e Aids. O objetivo é alterar os valores dessa portaria, incluindo os 12 milhões, oriundos do acordo de empréstimo do Banco Mundial com o Governo Brasileiro, o Ministério da Saúde. Trata-se do projeto Aids III. A destinação desses recursos é, prioritariamente, para a questão das casas de apoio, desenvolvidas pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, aos adultos vivendo com HIV/Aids referente a Portaria Ministerial 1824, de 02/09/2004, e também para o financiamento dos projetos de transição, conforme nota técnica 044. Explicou que os critérios utilizados para a distribuição desses recursos foram os mesmos adotados quando da criação do incentivo ao Programa Nacional de DST e Aids como pactuações nas CIBs.

O CONASS solicitou que a Câmara Técnica de Vigilância em Saúde faça um estudo para dos parâmetros que foram pactuados em dezembro de 2002, como balizadores da distribuição regional dos recursos para a Aids. A proposta foi pactuada.

Revisão da Portaria GM nº 1.105 de 05 de julho de 2005 que estabelece normas, responsabilidades e recursos a serem aplicados no financiamento, define o Elenco Mínimo obrigatório de medicamentos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. **Dr. Dirceu Barbano** informou que no semestre passado esse assunto foi pactuação pela tripartite, e submetido depois ao Conselho Nacional de Saúde, que gerou a portaria do Ministério. A portaria alterou algumas questões referentes à execução da política de Assistência Farmacêutica Básica. Aumentou os incentivos e as contrapartidas e os produtos que estariam sob responsabilidade de financiamento e aquisição pelo Ministério, e os que ficariam sob a responsabilidade e financiamento por parte dos Estados. A portaria GM nº 1.105/05, buscou retratar essas duas decisões e pactuações que além da elevação do valor de repasse pelo Ministério de R\$ 1,00 para R\$ 1,50 e dos Estados e municípios de R\$ 0,50 para R\$ 1,00, modificava e estabelecia um novo grupo de medicamentos que seriam financiados alguns seriam adquiridos pelo Ministério da Saúde e outros pactuadas as responsabilidades de aquisição entre Estados e municípios. Fez uma revisão do processo de pactuação. A retomada das discussões deve considerar que as programações de aquisições de medicamentos pelo Ministério foram todas acertadas no decorrer desse ano. Então, as compras de hipertensão a diabetes, de insulina, de produtos para a área da saúde da mulher, de combate ao tabagismo, asma e alimentação e nutrição, já foram concretizadas e vão até março, e já comprometem recursos do orçamento do Ministério, tanto desse período de 2005, como nos três primeiros

meses do ano que vem. O MS não tem como cancelar as aquisições que foram feitas, cujas programações estão feitas até março de 2006. **Os representantes do CONASEMS** fizeram várias considerações sobre a importância da descentralização dos recursos, pois a maioria dos municípios não acredita na regularidade da entrega nas compras centralizadas pelo MS, a questão é definir e pactuar o cronograma. Outras questões abordadas foram: a medicação para saúde mental na Atenção Básica e Saúde Indígena. Essas questões já foram abordadas em reuniões da CIT sem conclusão de pactuação.

Os representantes do CONASS colocaram que querem discutir a Assistência Farmacêutica como um todo, solicitaram a revisão da Portaria 1105/05 o mais rápido possível, pois vários estados estão fazendo essa discussão e, de certa forma, há uma preocupação com os prazos para pactuação na bipartite. Propuseram que a pactuação na CIT seja uma carta de princípios, de idéias e orientação considerando que a diretriz principal a ser pactuada é a descentralização do recurso. O detalhamento deve ficar para o trabalho de um grupo específico que fará a discussão operacional, e se necessária, em alguns aspectos, trazer para a tripartite. Ressaltaram a importância das pactuações nas CIBs que vão indicar como os processos e estratégias que os municípios vão utilizar para adquirirem os medicamentos. Outra preocupação do CONASS é com o período de transição entre o recebimento dos medicamento e dos recursos financeiros.

O Ministério da Saúde concordou com as proposta do CONAS e CONASEMS ficou com a tarefa de preparar uma minuta de redação para discussão. Rever o cronograma proposto. O MS entregará até março, as aquisições que já foram feitas. O diretor do DAF/SCTIE colocou que para o entregar medicamento em abril de 2006 tem que desencadear compras a partir de outubro ou novembro de 2005 e não vai assumir responsabilidade de processo complexo que envolve desempenho de laboratório. Citou exemplos de aquisições e atraso de entregas o que desgasta a relação com os municípios. Ficou acordado a revisão da portaria 1105/05 e o MS enviará informando os prazos previsto na pactuação.

Foram Homologadas as habilitações em GPSM dos municípios de Santa Cruz de Cabralia – BA e Junqueiro-AL. SE/MS; as Certificações para Gestão das ações de Vigilância Epidemiológica dos municípios de: Jagauripe e Sítio do Mato – Bahia; Anajás - Pará e Iporanga, Rafard e Santa Maria da Serra - São Paulo. O pacto dos Indicadores da Atenção Básica de 2005 dos 5.563 municípios pactuados nas CIBs estaduais e das 27 Unidades Federadas -UF coordenado pelo Departamento da Atenção Básica/SAS/MS.

Apresentação da Política Nacional de Atenção Oncologia por **Dr. Santine**, diretor presidente do INCA/SAS/MS que fez um breve histórico do programa, citou o Viva Mulher, em relação a realização dos exames citopatológicos, mostrou a cobertura, o crescimento em

número de exames realizados, com uma intensificação no ano da campanha. E como conquistas importantes: a padronização de procedimentos e condutas clínicas, a implantação de um sistema de informação do câncer do colo do útero – o SISCOLO, a introdução da cirurgia de alta frequência, tratamento de lesões de alto grau no nível ambulatorial, a introdução do conceito de segmentos na rede assistencial e a ampliação do acesso à citologia e ao tratamento. E a existência de alguns problemas, que pretende superar com as diretrizes estratégicas no plano de ação para o controle do câncer de colo de útero e mama 2005/2007. Explicou que esse plano é resultado de um grande esforço desenvolvido pelas equipes do Instituto Nacional do Câncer e das diferentes secretarias e órgãos técnicos do Ministério da Saúde, que ao longo do ano de 2004 e parte de 2005, elaboraram o que estava apresentando. Mostrou uma estimativa de 49.470 casos para 2005, sendo 53 casos para um grupo de 100 mil mulheres. Em segundo lugar 20.690 ou 22 casos por cada 100 mil mulheres. Essa é a estimativa de incidência de câncer para esse ano de 2005. Falou que os objetivos são: a diminuição da incidência do câncer de colo de útero, a diminuição da mortalidade dos cânceres de colo de útero e de mama e a melhoria da qualidade de vida das mulheres com ações propostas são seis linhas: aumento da cobertura da população alvo, garantia da qualidade do atendimento, o fortalecimento do sistema de informação, o desenvolvimento de capacitações, a mobilização social e o desenvolvimento de pesquisas. O CONASEMS parabenizou o INCA/SAS pela diretrizes, mas fez considerações aos aspectos mais operacionais, principalmente no que se refere a atenção básica que se prevê a aquisição de 17 mil mesas ginecológicas pois questiona se isto é tarefa da gestão nacional ou é objeto de uma pactuação quando se trabalha a questão do pacto de gestão básica. A outra questão é a oferta diária de coleta com hora marcada. É preciso analisar as diferentes variáveis que estão relacionadas com essa meta. Ressalta que, o encontro entre uma diretriz estabelecida nacionalmente e a realidade da atenção básica no país tem que haver uma conciliação entre esses dois elementos para que tenhamos êxito num plano tão importante como esse.

CONASS concordou com o CONASEMS que colocou outra preocupação: a qualidade dos serviços na atenção básica. Considerou que não se trata de uma política nova, mas é um aprofundamento e qualificação de uma política já existente. Levantou a seguinte questão: Se nas condições de financiamento o horizonte já está sólido e a sustentabilidade está garantida ou é uma luta a ser empreendida em relação ao orçamento de 2006? Sugerirão encaminhar a discussão na CT/CIT para melhor posicionamento. O diretor do DERAC/SAS esclarece que a estrutura de custeio é no orçamento da média e alta complexidade, e que estão construindo as propostas para que elas impactem no orçamento de 2006. O objetivo era esse mesmo de

apresentar o assunto e encaminhar à Câmara Técnica para uma análise mais aprofundada e que a revisão da portaria da rede oncológica siga a mesma lógica e possa ser um trabalho simultâneo.

Política Nacional de Atenção Oncológica – Encaminhada conforme proposta do diretor do DERAC.

Pólos de Capacitação. **Dr. Francisco Eduardo Campos**, secretário da SGTES, apresentou-se e entre vários comentários e considerações como: as críticas a verticalização das atividades de capacitação, as capacitações fragmentadas, concorrência entre as capacitações, que essas atividades de capacitação são fragmentadas e não vêm a pessoa no seu conjunto, como uma pessoa integral, construtora de seu próprio conhecimento. Outra questão comentada foi a polêmica entre educação permanente contra a educação continuada, quando o importante é o rompimento com conceito utilitarista da capacitação e pensar o processo de formação da pessoa como um todo. Ressaltou a negociações locais como estratégia de gestão implementando o processo de descentralização de forma a garantir a participação dos atores locais. Comentou os processos de alocação de recursos que levou a baixa capacidade executiva dos Pólos. Criticou a falta de cooperação técnica em nome da descentralização. Mostrou números dos recursos que foram alocados 140 milhões de reais para as atividades dos pólos, foram apresentadas propostas para menos da metade dos recursos alocados e somente executado menos de 20%. Destacou que é necessário que circule a cooperação técnica. Falou sobre a importância de diretrizes para o processo de descentralizado. Informou que estão contratando a Universidade de São Paulo, para fazer um processo de avaliação do que foram as ações dos Pólos de Educação Permanente. As questões levantadas pelos presentes endossaram a apresentação.

Curso básico de regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS – O diretor do DERAC/SAS. Informou que esse curso está sendo estruturado há um ano o básico de orientação, e formação para regulação, avaliação, controle e auditoria é um trabalho conjunto do DERAC e DENASUS. Passou a **apresentação Dra. Claunara**, assessora do DERAC e a **Dr.Débora**, coordenadora geral de desenvolvimento do DENASUS. Claunara colocou a dificuldade de sistematizar o conhecimento a partir das práticas das pessoas. Os objetivos desse curso visam à transformação das práticas das áreas de regulação, controle, avaliação e auditoria que têm sido realizadas também de forma não integrada, o curso faz parte da política de regulação do SUS e para atingir esse objetivo de transformar as práticas dos sujeitos que realizam essas quatro áreas na gestão, é preciso um compromisso dos gestores na estruturação ou reestruturação dessas áreas. Nesta perspectiva o curso pode trazer uma pactuação de um

projeto de cooperação do Ministério da Saúde com os Estados e municípios, e esse projeto pode estar contemplando objetivos, diretrizes, ações principais das áreas e definindo responsabilidades dos Estados, dos municípios e do Ministério da Saúde. Outra questão é a construção de um processo de educação permanente na área. . A Carga horária é de 68 horas em quatro módulos. Tem uma oficina inicial, uma oficina final de avaliação. Os módulos são compostos por oficinas. Os multiplicadores são eleitos no processo das quatro oficinas fazem um quinto módulo específico de formação de tutores e capacitação pedagógica. Explicou que cada módulo traz objetivos específicos que vão da questão mais geral como os princípios do SUS, os modelos de atenção, a questão do financiamento, do controle social e do financiamento, conceitos da política de regulação, que trabalhada no DERAC, especificamente, com os conceitos de controle, avaliação e auditoria até as questões específicas da operacionalidade dos complexos reguladores para regulação do acesso, as questões de controle e avaliação, processamento do SIA e SIH/SUSI. Outra questão é a da auditoria macro da saúde, da atenção à saúde e de gestão e recursos financeiros. O público desse curso são pessoas que atuam nessas quatro áreas nos Estados e municípios. A indicação dos participantes desse curso será dada pelo gestor local nos Estados e municípios, obviamente dentre os profissionais que atuam nessa área. Preferentemente que já tenham alguma experiência, que já estão na prática dessas áreas na gestão. O curso tem que ter um recorte de até trinta alunos. Sobre a metodologia, é uma metodologia problematizadora que traz essas questões sempre a partir da prática dos sujeitos das áreas com muitas atividades em grupos: leitura de textos, casos de municípios e a teorização ou alinhamento conceitual quando é o caso, principalmente nos novos conceitos de regulação. Fundamentalmente, a partir dessa organização, trabalham um processo de organização da regulação chegando à construção conjunta com a auditoria, que sempre foram processos separados de construção de organização de metodologia. Deixaram os contatos: no DRAC, o e-mail é claunara@saude.gov.br ou débora.carmo@saude.gov.br. Ficaram de enviar o material para o CONASS e o CONASEMS.