



---

## RESUMO EXECUTIVO

### I. Pauta

#### 1. Homologações.

- a) Certificações dos municípios de: Palmitinho, Pareci Novo, Pinhal da Serra, Rio dos Índios e Vista Alegre do Estado do Rio Grande do Sul. SVS/MS;
- b) Inclusão de novos municípios na gestão das ações de Vigilância Sanitária. ANVISA

#### 2. Pactuações.

- a) Incentivos financeiros para os laboratórios municipais de Saúde Pública (Capitais). SVS.
- b) Medicamentos da Dispensação Excepcional. DAF/SCTIE;
- c) Aprovação da 4ª edição da RENAME. DAF/SCTIE;
- d) Descentralização de recursos financeiros para estruturação das ações de Vigilância Sanitária. ANVISA;
- e) Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso. DAPE/SAS.

#### 3. Apresentações:

- a) Avaliação do processo de implementação da Rede de Atenção Oncológica - avanços e obstáculos. DAE/INCA/SAS;
- b) Política Nacional de Atenção à Saúde da População Negra. SGEP;

#### 4. Informes:

- a) Bloqueio do PAB por irregularidades no Sistema de Informação da Atenção Básica – cadastro duplicado de profissionais. DAB/SAS;
- b) Lei 11.343/06 que institui o Sistema Nacional de Política sobre drogas. DAPE/SAS;
- c) PDVISA. ANVISA;
- d) VIVA-Projeto de Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela. SVS;
- e) A Carta da Nicarágua. 2006.DAD/SE;

## II. Desenvolvimento.

A reunião foi iniciada com a participação do ministro, Dr. José Agenor Álvares da Silva que após ressaltar a importância das pactuações intergestores para gestão do SUS informou sobre os ajustes acordados com CONASS e CONASEMS sobre Saúde do Trabalhador, Saúde Mental, Deficiência Auditiva, Cirurgias Eletivas cujas portarias já saíram e as referentes à: Rede de Cardiologia, Rede de Traumatologia, Cirurgia Bariátrica, Credenciamento Hospitalar, Expansão do MAC, UTI, HPP, Contratação de Hospitais de Ensino e Filantrópicos, Pacto de Gestão e Oncologia, então prontas para publicação dependendo da análise do orçamento e finanças, concluiu dizendo que vem cumprindo tudo que foi pactuado com o CONASS e CONASEMS, ficando apenas algumas questões pontuais referentes a convênio que por motivo do período eleitoral certamente vão ficar parados por um tempo. Os presidentes do CONASS e do CONASEMS enalteceram os processos de pactuações entre gestores, **Dr. Jurandi Frutuoso** passou oficialmente para o Ministro o Consensus nº 24, contendo as propostas colocadas no manifesto do CONASS aos candidatos a Presidência da República do Brasil e o **Dr. Edmundo** solicitou ao Ministro a implementação da política para os hospitais de pequeno porte. Retomando a coordenação da reunião, **Dr. Jarbas Barbosa**, informou a presença do Procurador Nelson Luis Arruda Senra que representa o grupo de Procuradores Federais que veio observar a reunião da Comissão intergestores Tripartite o que ele, Dr. Jarbas Barbosa muito importante para os procuradores compreenderem o funcionamento dessa instancia tripartite. Seguido a pauta foram homologadas as certificações para gestão da vigilância em saúde os municípios de: Palmitinho, Pareci Novo, Pinhal da Serra, Rio dos Índios e Vista Alegre do Estado do Rio Grande do Sul e a inclusão de novos municípios na gestão das ações de Vigilância Sanitária proposta pela ANVISA. Sobre as pactuações: a proposta da SVS/MS para **incentivos financeiros para os laboratórios municipais de Saúde Pública (Capitais)** foi pactua com a retirada dos municípios de Salvador e Maceió incluindo Vitória e Curitiba. Na questão dos **Medicamentos da Dispensação Excepcional**, O secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Dr. Moisés Goldbaum, falou do processo de trabalho na Câmara Técnica Tripartite e do acordo que fecharam para o momento. Após várias considerações do CONASS e CONASEMS onde foi solicitada, ao Ministério, a criação de um mecanismo para compensar os Estados com saldo negativos no custeio de medicamentos excepcionais e mecanismos para enfrentar as questões judiciais a proposta foi pactuada. Ficou também acordo que os representantes das três esferas de governo farão uma nota técnica a ser divulgada para população sobre a situação da imunoglobulina e que a CT/CIT vai continuar

trabalhando para gestão conjunta dos problemas incluindo a questão relacionada à armazenagem em rede de frios de eritropoetina e insulina nas SES. Outra questão a ser acompanhada pela CT/CIT é a centralização da aquisição do Interferon Peguilado. Sobre essa questão o CONASS ficou responsável para informar ao DAF, o mais rápido possível o quantitativo referente ao uso de cada apresentação do Interferon para o DAF usar nos contratos de compras. Também foram pactuadas: **a 4ª Edição da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais –RENAME** e a **descentralização de recursos financeiros para estruturação das ações de Vigilância Sanitária** conforme proposta discutida na CT/CIT e apresentada pela ANVISA. A **Política Nacional de Atenção a Saúde do Idoso**. O CONASEMS e CONASS consideraram que estão pactuando as linhas gerais da política, mas existe a questão do financiamento tripartite. Nesse sentido há necessidade de revisão das Portarias 702 e 249 que são as que verdadeiramente trazem um impacto da Política na Assistência, então, ficou acordado incluir na portaria, um prazo para o grupo técnico revisar as portarias 702 e 249 direcionando-as para o processo do pacto de gestão. O CONASS E CONASEMS solicitaram republicação da **Portaria 2261, publicada em 22 de setembro de 2006, que instrui o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS entenderem que o Artigo 10 contraria o Pacto, pois a aprovação dos projetos apresentados pelas três primeiras etapas do Componente I compete as** Comissões Intergestores Bipartite. O MS acatou a reivindicação e a portaria será republicada.

Dr. Carlos Armando apresentou uma avaliação do processo de implementação da Rede Oncológica. Citou o processo de pactuação das portarias que implantou a Política, a relação desses regulamentos, que implantaram a política, com as RDC da ANVISA, os passos que foram dados para implantação da Política como: oficinas estaduais e regionais com a participação do Núcleo de Acompanhamento dos Estados e Municípios - NAEM, Instituto Nacional do Câncer INCA. Informou que a partir de julho a agosto/2006 o MS começou receber os relatórios de auditorias do DENASUS e também das visitas da Anvisa nos serviços que prestam Assistência Oncológicas. O DENASUS recebeu essa determinação para fazer auditorias em serviços de quimioterapia isolados e de hemodíalises. Essas auditorias foram acontecendo concomitantes a implantação da Política acompanhada pelo Grupo Técnico Assessor, que é composto pelo NAEM, INCA e a Coordenação da Alta Complexidade, que analisam as Redes de Atenção Oncologia que vem chegando das Unidades Federadas. No dia 15 de Setembro houve uma na CT/CIT onde o MS apresentou um diagnóstico da situação, nele observa-se um déficit de Procedimentos de Cirurgias Oncológicas de 35% no país, 50% na Radioterapia, mas por outro lado, a produção de

quimioterapia em alguns estados superam o parâmetro máximo estabelecido por **dentro desses percentuais, dando a traduzir sub ou super oferta de serviços como a Alto Regulação do** acesso dos doentes, então notamos que cirurgia oncológica é deficitária, radio terapia é deficitária e quimioterapia é extremamente super avitória. Indicadores para avaliação da produção dos procedimentos oncológicos, tanto cirúrgico, radioterápico e quimioterápico mostraram padrões variáveis, embora as normas e tabelas de procedimentos sejam padronizadas, ou seja, tem uma tabela padronizada e um comportamento variável de unidade federada e de prestador de serviço. Fragilidade estruturais e funcionais dos estabelecimentos e das redes de Atenção Oncológica propostas, dificuldades técnicas e políticas que devem ser superadas para que as Secretarias de Saúde avancem no Controle e Avaliação da Alta Complexidade, essas dificuldades vão desde a capacitação de recursos humanos, ausência de RH gabaritada, e as questões políticas são as tensões políticas existentes em cada unidade federada com relação a adequação do serviço ao novo regulamento. A questão mais preocupante que se observa, é com relação aos serviços isolados de quimioterapia, principalmente, esses serviços precisam de uma reformulação como já colocamos varias vezes, porque eles possuem uma maior desintegração assistencial porque ele é um serviço que cuida só de uma ponta do sistema de assistência à oncologia, eles têm os piores indicadores de desempenho de produção, são os que têm maiores dificuldades de acesso e controle, condutas terapêuticas baseadas no faturamento, seleção de doentes e procedimentos como conseqüências, origem dos doentes, esses pacientes vêm de hospitais habilitados no SUS e de Sistemas de Saúde Suplementares, nós vamos observar Hospitais de Oncologia gabaritados no país aonde tem um valor médio de quimioterapia extremamente baixo e serviços isolados com o valor médio extremamente elevado, isso é uma questão que precisamos aprofundar para saber o quê que acontece, e um maior numero de demandas judiciais. Os parâmetros que utilizamos para trabalhar essas questões são resultantes desses indicadores, que é o parâmetro da Portaria de 01 Unidade ou CACON para cada mil casos novos, Unidades ou CACON com produção maior deve ser múltipla desses mil casos novos, uma unidade que tem uma produção pode se comportar como três unidades, câncer hematológico 5% do total dos casos novos, incluindo as crianças; câncer pediátrico 2 a 3% dos casos novos; 40% são iguais a tumores hematológicos pediátricos. Outro parâmetro de produção para os mil casos novos, a expectativa que se tem são de 560 casos/cirurgias, 700 quimioterapia e 600 radioterapias. Exemplos: o Estado da Bahia tem treze mil seiscentos e quarenta casos novos, têm a necessidade de 14 Unidades ou CACONS, ao invés de 14, possui 23 serviços, desses 23, 18 são serviços isolados de quimioterapia e existem 11

equipamentos de radioterapia; Minas Gerais tem trinta e cinco mil casos novos, 36 de necessidade de serviço, tem 28 serviços, tem 05 serviço isolado e possui 22 serviços de radioterapia. A produção realizada está em vermelho e a esperada está de azul. Na cirurgia oncológica tem uma expectativa em todos os estados, a produção está aquém da expectativa das cirurgias oncológicas, na radioterapia também temos a necessidade com um déficit menor, na quimioterapia em alguns casos você tem o contrario, por exemplo, no Pará de 20 mil realizou nove, existe uma sub produção, no caso da Bahia a expectativa de 57 mil casos, em Minas a produção de 0183 mil para 149, enfim, a quimioterapia lidera o ranking da produção de serviço, coincidentemente é a tabela que mais favorece em termos econômicos esses serviços. Esses estados vão passar por um raio x dessa produção e a Inês vai comentar esses cinco estados que escolhemos para poder esclarecer melhor. Esse é um parâmetro que relaciona as especialidades em oncologias existente com as necessárias, o parâmetro ideal do país é um, ou seja, você tem que ter todas as especialidades necessárias, mas considera-se para uma região, por exemplo, um parâmetro de 0,80, não sendo os de 12 existente para as 15 necessárias 12 dividido por 15 daria esse parâmetro de 0,80 como um parâmetro bom para uma região, para o estado como um todo estaria bem servido de assistência em oncologia se ele tivesse um parâmetro igual a um. Os valores médio das unidades em relação a quimioterapia, o parâmetro para unidade (hospital geral) que faz a quimioterapia geral, teria o valor médio de R\$ 400,00, uma Unidade que faz tratamento exclusivo de câncer hematológico teria um valor médio de R\$1.200,00, e uma Unidade Exclusiva de Pediatria teria o valor médio da quimioterapia de R\$1.300,00. O numero de campos é outro acelerador linear ou de cobal terapia pelo numero de planejamentos realizados, então o indicador com o parâmetro ideal seria o numero de setenta, nós temos mais campos que planejamento, mas não podemos ter muito mais campos e menos planejamentos de radioterapia, então esse numero (70) seria o parâmetro considerado bom. Na assistência oncológica hospitalar nós temos aquele parâmetro de 0,80 das especialidades, no geral o país possui todas as especialidades, existem alguns estados que alcançam esses índices, não há uma disparidade tão grande, a não ser alguns estados como Tocantins, Pará, mas a maior parte estão por ali. Valor médio de internação por cirurgia oncológica, esse é o comportamento que as Unidades Federadas tiveram, o padrão Brasil é de 1.839, alguns estados superam esse parâmetro. A radioterapia por planejamento (70), observamos que o país inteiro ultrapassa esse parâmetro, está com 81, está acima desse parâmetro. O de quimioterapia a media ideal seria de R\$400,00 no contexto geral do tratamento de quimioterapia, e temos o próprio país acima da media com 526, e alguns estados ultrapassando bastante **a media, é interessante ver que na**

**Bahia ela está com R\$501,00 de media, que aparentemente está abaixo da media nacional, mas quando olhamos os prestadores, sabemos como eles se comportaram para que se tenha uma idéia de como está a questão. Eu vou passar para Inês que é a nossa técnica da coordenação e consegue esclarecer melhor essas questões.**

**Inês Gadelha** – bom dia! Eu trabalho com o Armando na Coordenação Geral de Alta Complexidade do DAE, apenas para dizer que quando discutimos no GT da CIT, enxergamos a questão da capacitação porque o fato de se ter um indicador aplicado ao país ou ao estado, não significa propriamente que a gestão esteja adequada, isso se faz muito patente nesses poucos slides que eu comento, o estado do Pará, por exemplo, com uma media de quimioterapia em torno de 534, sendo o único serviço do estado esse aprofundamento não permite nem comparação, então a comparação que poderia ser feita mesmo, seria com um hospital semelhante a ele, o Ofílio Loiola, mas de qualquer modo os pontos amarelos alertam distorções que precisariam ser corrigidas. Nós pegamos um estado por região, o fato do estado da Bahia está dentro da media nacional que não é parâmetro, seria a soma de distorções positivas e negativas da gestão, no entanto quando distribuimos esse perfil por alguns serviços, notamos coisas bastante destoantes, por exemplo, na terceira coluna num valor médio mais do dobro da media esperada de 400, num serviço que é isolado e chama bastante atenção é que o grande percentual dele é de segunda linha, ou seja, o baixo percentual de terceira linha de quimioterapia, então ao mesmo tempo pega-se um hospital grande e de porte como é o Aristides Maltês com um valor médio de 290, então alguma coisa está equivocada, ou está havendo uma regulação distorcida, está havendo uma seleção de procedimentos, uma distribuição de procedimentos de modo que se verifica que o sistema tem suas distorções, quando observamos, por exemplo, uma questão de campo da radioterapia dentro de um mesmo estado, temos uma variação de numero médio de campo ou está havendo uma grande seleção de procedimento entre os estabelecimentos ou então está havendo um problema grave de autorização, de qualquer modo é uma questão ligada a gestão. Minas Gerais da mesma maneira temos hospitais com uma media de 700, outros de 500, outros de 400, então alguma coisa está acontecendo nessa distribuição do atendimento, aonde estiver em amarelo significa uma grande distorção da distorção que já é a media nacional. Paraná é um estado que sentimos o controle um pouco melhor, a gestão é um pouco mais avançada, se apresenta muito variável, mas as variáveis que o Paraná apresenta tem uma consistência melhor. Goiás a situação nos assustou muito e foi por isso que nós pedimos uma reunião com o grupo técnico da CIT, porque variar uma quimio media de 200 a 400 para mil e poucos é uma coisa, mas encontrar serviços com valor médio de quimio de

cinco, seis mil é outra coisa, então realmente existe uma distorção grande no estado de Goiás, no exemplo é o maior ao mesmo tempo em que nós temos valor médio em Hospitais de Clínica com o valor médio de R\$124,00. Então esses indicadores demonstram que há um problema de regulação, um problema de autorização desses procedimentos, como também uma questão de capacitação, o mais importante na discussão do GT foi que ficou muito claro para Conass e Conasems de que temos que fazer um esforço conjunto de capacitação de modo a corrigir essas distorções.

**Carlos Armando** – como a Inês colocou, o fato de estarmos trazendo essas questões para cá é que de forma Tripartite a gente possa trazer as soluções e encaminhamentos e mostrar que a implantação da Política Nacional de Assistência a Oncologia ela é pertinente, mas vai ser muito trabalhosa para execução, por isso que é fundamental que a gente caminhe junto nesse projeto. Os objetivos e as propostas que nós trazemos, que é a divulgação desses parâmetros, a SAS vai agilizar a atualização da tabela de procedimentos oncológicos, é uma tabela que precisa de atualização, adequação e incorporação de tecnologias, e traduzir a tabela como forma de protocolo, elaboração de manual de controle e avaliação junto com o DRAC, a Coordenação da Alta Complexidade junto com INCA, NAEM, DERAC, Conasems, Conass e todos os atores envolvidos e que esse manual contenha guia de boas praticas para determinadas neoplasias, ou seja, não vamos conseguir fazer guia de boas praticas para todo tipo de tratamento, mas para os que impactam mais em termos de recursos, dificuldades de controle e avaliação. O INCA fica com a agilização da qualificação da gestão que o Marco Porto estará dando uma pincelada com uma proposta de aprofundar a questão da qualificação da gestão para um a próxima reunião. A proposta especifica é subsidiar os gestores para tomadas de decisão, principalmente com capacitação na elaboração de regulamentos e no controle e avaliação, a SAS vai estar coordenando junto com todos os atores, capacitação da gestão nas neoplasias elencadas no Pacto pela Vida.

(Fita 2 – Lado A).

**Carlos Armando** – cada unidade federada junto com SES, Cosems, Conass e Conasems. Priorização, os estados com estabelecimentos auditados com desvios exagerados e serviços isolados não habilitado pelo Ministério da Saúde, ou seja, esses estados teriam um foco maior da equipe com relação a capacitação não só no controle e avaliação, mas em visitas conjuntas aos prestadores para discutir o encaminhamento dessas questões.

**Marco Porto** – bom dia! Estou representando a Direção Geral do INCA, o Dr. Luiz Santini, eu trouxe uma apresentação grande, mas eu me coloco a disposição caso se julgue útil que eu volte numa outra oportunidade. O interesse e a dedicação principal do INCA tem sido no

sentido de construir instrumentos técnicos que favoreçam uma melhor gestão da Atenção Oncológica, esses instrumentos estão situados no campo da informação que possibilite melhor planejamento e monitoramento das ações de gestão e dos procedimentos e instrumentos que garantam qualidade dos procedimentos, ou seja, precisamos reformatar a assistência que é prestada e como temos grande necessidade de ampliar essa atenção, precisamos que essa ampliação seja feita segundo os novos parâmetros, sob pena de estarmos sempre corrigindo as distorções. O 1º e 2º itens da apresentação se referem ao que foi colocado pelo Armando, 3º item em relação ao trabalho integrado em rede que alguns estados já começaram a redigir e apresentar seus planos. A participação do INCA em publicações que visam dar apoio técnico a algumas questões, a nova versão do SIS-COLO que é um instrumento importante de gestão, a capacitação dos estados e apoio aos estados para a capacitação dos municípios em relação a nova nomenclatura do novo colo do útero que é um dos cânceres presentes no Pacto. O câncer do colo de útero tem um programa de qualidade e monitoramento dos laboratórios que precisam ser melhor operado, o câncer de mama não tem programa dessa natureza e tem parceria com o Colégio Brasileiro de Radiologia, esta se finalizando a elaboração de um programa de garantia feito não apenas pelo Ministério da Saúde, mas também pela Anvisa de forma que desde o equipamento até a qualidade do laudo se possa monitorar a qualidade das mamografias, existe uma necessidade de expansão do parque mamográfico que não é tão grande quanto se pensa, existem alguns problemas de concentração, mas existe um grave problema de qualidade das mamografias, então essa expansão deve ser feita colada num programa de garantia de qualidade, sob pena de aumentarmos as despesas e as ilusões das pacientes que estão sendo examinadas, quando na verdade não estão. A idéia é optar por sistemas e mecanismos que possam ser vinculados via web, utilizados a distancia, acabamos de concluir o penúltimo item do registro hospitalar de câncer que é um sistema já usado em ambiente web, de forma que os dados com mais agilidade possam ser integralizados e com conclusões a respeito do que está havendo no país, o mesmo em relação a anatomia patológica que é a coluna vertebral do câncer para todos os estágios dos procedimentos que foi adaptado para a internet de forma que possa se fazer uma integração das Unidades Hospitalares via anatomia patológica. A ratificação a convenção quadro foi um fato de fundamental importância porque diz respeito ao principal fator de risco, ao principal elemento de prevenção do câncer, os nossos métodos de trabalho tem sido sempre com a formação de grupos de trabalhos do CONCINCA (Conselho Consultivo do INCA) que congrega os diferentes atores da área, desde áreas do Ministério, Conass e Conasems até instituições científicas e representação dos usuários, então tal como

foi feito com as portarias, o CONCINCA está se dedicando a outras áreas importantes. A elaboração de um manual do gestor e de uma capacitação semipresencial, grande parte do conteúdo a distancia tendo em vista a grande dificuldade de deslocamento para a gestão da atenção oncológica. Esse processo começou com uma reunião de gestores tentando partir da realidade das dificuldades da gestão, dos dados de realidade para se construir o perfil para orientar a construção do currículo desse curso semipresencial. O portal da rede de atenção oncológica, que terá um endereço próprio, mas por enquanto poderá ser acessado pela pagina do INCA, essa pagina foi feita de maneira experimental, e como ela se firmou como um instrumento importante, dia 18 de outubro na próxima reunião do CONCINCA será lançada a nova versão, tem varias vertentes e eu destaco a de ações e serviços, onde estão reunido as portarias, documentos técnicos de atenção oncológica, mecanismos para que os Estados organizem a sua atenção oncológica, existe um espaço próprio para a rede de alta complexidade, aonde eu destaco o painel de indicadores e o acervo de pareceres, estamos criando um banco de Recursos Humanos especializados com os principais centros de formação de profissionais que se dispõe a trabalhar no interior do país, caso haja a necessidade do gestor ou prestador de serviço acessar profissionais bem capacitados. Temos outros slides referentes aos desafios e obstáculos que vai ficar disponível na pagina e eu me proponho caso seja considerado útil a voltar numa próxima reunião para que possamos detalhar mais. Obrigado!

**Márcia Huçulak** – bom dia! Nós participamos da reunião do grupo técnico que discutiu os dados mais detalhadamente, e uma sugestão que nós colocamos no grupo e inclusive o Armando colocou no slide, é que esses parâmetros além de serem disponibilizadas as Secretarias Estaduais e Municipais, tenham uma orientação que não é só que não é só a questão de disponibilizar os dados, acho que tem uma dificuldade grande nessa área e discutimos isso no grupo, não só na oncologia, mas em todas as áreas de alta complexidade que estão com grupos restritos dentro de estados e municípios que tem grande poder de influencia, inclusive na mídia, pressionando pacientes por demanda judicial, e precisamos evoluir nesse processo de avaliação para não tornar ele uma rotina, mas que a gente possa vê uma situação e atua, dali a pouco a gente esquece e vê daqui a um ano essa situação novamente, então trabalhar no sentido da capacitação de gestores, mas precisamos trabalhar nesse momento com a auditoria da clinica, porque vamos ter que entrar num embate muitas vezes da indicação, quando se avalia a primeira, segunda, terceira linha é auditoria da clinica. Ontem discutimos na Assembléia do Conass e os secretários colocaram as dificuldades nessa área do controle e avaliação que nem sempre

se consegue um especialista e mesmo que ele seja, há a questão de estar preparado par isso, então o pedido é uma orientação no uso desse dado, tornar isso rotina na avaliação, e a questão da atualização dos protocolos que foram colocados, mas estamos com muitos problemas na questão da atualização dos protocolos que precisam ser feitos rapidamente e a capacitação.

**Alexandre Mont'Alverne** – nós acompanhamos no início e depois foi o Chomatas que acompanhou o processo de discussão da elaboração das políticas e das portarias, são três observações: 1ª. Há um estrangulamento importante na media de exames e diagnósticos para facilitar o Diagnostico Precoce, em alguns lugares tem problema de oferta, mas na grande maioria o problema é de teto, então vai desde a mamografia a outros exames gerais de imagens e ultra-sonografia, endoscopia, então tem que se resolver a questão do financiamento da media complexidade que está estrangulado a maior parte do tempo. Está contemplado o impacto nos serviços credenciados, mas na maioria das vezes, esses pacientes não são diagnosticado nos serviços e sim nas redes para que sejam encaminhados precocemente. 2º o Hospital Geral que está colocado, quando estávamos discutindo a portaria, o interesse em cadastrar os hospitais fazendo cirurgias oncológicas, era para captar doentes que são operados nas redes sem os procedimentos adequados, como está colocado, só seria possível a entrada de hospitais gerais onde há déficit de cirurgias, o interessante era ter uma margem de variação senão não vamos captar esses hospitais, o interessante é integrá-los as Redes e garantir que eles atuem mediante protocolos e se vinculem a um CACON ou NACON com a garantia de qualidade de atendimento deles. 3ª questão é em relação aos serviços de referencia, está colocado que o serviço de referencia obrigatoriamente devam ser em hospitais de ensino, entretanto, a certificação em hospitais de ensino só aconteceu para os que já tinham o FIDEPES, não houve vistoria para efeito de certificação em todos os hospitais que passaram a assumir funções de ensino, depois que não era mais concedido o FIDEPES, há um certo grupo de hospitais que poderiam ser e não foram certificados porque não foram vistoriados para tal, entretanto não puderam exercer o papel de hospitais de referencia na rede, então é preciso agilizar esse processo de certificação de hospitais de ensino que não estavam previamente recebendo o FIDEPES.

**José Gomes Temporão** – primeiro gostaria de parabenizar o grupo técnico Tripartite que trabalhou em todo esse processo, eu gostaria de chamar a atenção para o lado positivo, hoje o câncer é a segunda causa de morte entre os brasileiros, mas nós temos uma política que é bastante consistente,, ela já é um aperfeiçoamento de todo um processo que vem já algum tempo, nós temos um conhecimento da realidade bastante razoável e concordo com o

comentário do Conass de que o importante agora é passar por um processo de capacitação, monitoramento, aperfeiçoamento, protocolização mais acelerada de maneira conjunta com os três entes federados, temos uma oportunidade importante de consolidar essa área como uma área de qualidade dentro do SUS, então queria mais uma vez parabenizar ao pessoal que trabalhou nesse processo.

**Jarbas Barbosa** – ao encerrar esse ponto, eu gostaria de me somar aos parabéns dado pelo Temporão, acredito que sem dúvida nenhuma é uma área que precisa de avanço dentro do SUS no monitoramento e na avaliação, de conseguir traduzir indicadores e parâmetros que nós possamos de uma maneira rápida ter condições de refazer os caminhos, identificando lacunas e problemas que a gente possa estar corrigindo, nesse sentido eu creio que uma avaliação com essa dimensão que foi realizada sobre uma área importante pela relevância e peso que tem o Câncer na morbidade da mortalidade do Brasil é extremamente importante. Logicamente que modelos de avaliação nunca são perfeitos, ao avaliar nós vamos refazendo a própria avaliação e acredito que esse grupo Tripartite vai ter condições a partir dessa avaliação geral um insumo importante para o aperfeiçoamento dos parâmetros, instrumentos e indicadores e esse conjunto de propostas que foram colocadas, creio que seja possível aceleradamente nos debruçarmos e colocarmos em prática esse conjunto de proposta, porque olhando o resultado, vemos que é possível dar um impacto positivo em curto prazo com o conjunto de propostas factíveis que podem ser adotadas. Houve também uma solicitação de nós enviarmos a avaliação para cada estado, porque é importante não só o grupo, mas cada Secretário Estadual de Saúde e Cosems para que inclusive possam no âmbito das Bipartite do Estado iram tratando na pauta, porque tem uma parte das questões identificadas que podem ter uma resolução local de curto prazo, então é importante o envio para cada Secretário de Saúde e Presidente de Cosems para que possamos fazer uma apropriação mais ampla dos problemas e dos processos de resolução desses problemas. Os eixos de estruturas, provavelmente ao serem tratados, serem incorporados dentro do processo de investimento, nós temos debatido internamente, nós temos um conjunto de recursos para investimento relativamente alto dentro do SUS, o problema é que precisamos encontrar uma maneira de fazer um direcionamento desse recurso, já que eles não são capazes de atender a totalidade das nossas necessidades de uma certa hierarquia e prioridade, logicamente que quando se volta ao orçamento, a Lei Orçamentária é maior que qualquer portaria do Ministério, o esforço é conseguir fazer um processo de negociação política de divulgação para que sem tolher a autonomia que a Lei permite aos parlamentares, mas que a gente consiga um direcionamento de mais racionalidade, que esses recursos sejam dirigidos para esse conjunto,

por exemplo, como vemos aqui a deficiência de oferta que poderiam seguramente fazer parte de um elenco de prioridades e investimentos no orçamento do próximo ano.

**Jacinta de Fátima Sena – 3. b) Política Nacional de Atenção a Saúde da População Negra** – bom dia a todos! Eu queria colocar que essa iniciativa do Ministério da Saúde vem compor um elenco de atividade dentro da linha de ações pró-ativas e de promoção da equidade desde de 2003 no bojo das prioridades do atual governo. Em 2003 foi instituído o Comitê de Saúde da População Negra com a participação dos movimentos negros, Ministério, Conass, Conasems e todas as Secretarias que compõem o Ministério da Saúde, esse Comitê contribuiu e potencializou algumas ações que vinham sendo desenvolvidas no Ministério, por exemplo, ele inseriu o redirecionamento de pessoas com doenças fusiforme, uma outra iniciativa foi o I Seminário de Saúde da População Negra, uma outra ação que consideramos importante foi o estudo Saúde e Brasil com um recorte racial realizado pela SVS, pelo grupo do Dr. Otaliba Libânio que é um estudo onde temos informações com muito mais adensamento, antes não tínhamos praticamente nada, e uma outra ação é a campanha de combate ao racismo institucional que já está em curso, mas o grupo entendeu no Comitê a necessidade de elaboração de uma política específica, e entendo que essa política tem uma singularidade em atender uma demanda histórica do movimento negro e o reconhecimento do Estado Brasileiro dessas desigualdades nessa questão do racismo. Esse desenho que ilustra a política é uma criação do grupo Abaiomí que é uma cooperativa de mulheres que trabalham com bonecos, ela é bem representativa. A Política seguiu essa ritualística do Ministério de construção de políticas, teve essa fase da formulação, a versão preliminar foi constituída por um grupo de técnicos de Ministério junto co técnicos da SAS, SVS, SGTES, então essa versão foi apreciada pelo Comitê Técnico de Saúde da População Negra em abril de 2006. Foi aprovado no Comitê da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, no colegiado do Ministro, depois foi para o Conselho Nacional de Saúde e na Comissão Intergestores Tripartite onde se articula a forma real de implementação das Políticas no âmbito do SUS. Essa Política se compõe de uma introdução que coloca os antecedentes do movimento negro no Brasil e a situação de saúde, que inclusive tem alguns dados desses estudos realizado pela SVS, as características de alto declaração do quesito raça cor, a população negra (pretos e pardos) ficou em segundo lugar com 4.5 na taxa geométrica de crescimento populacional. A proporção de pessoas que se declaram de cor preta em 2000 foi superior ao observado em 1991. a distribuição segundo o quesito raça/cor a região norte e nordeste tem o maior percentual, o norte com maior distribuição populacional, depois nordeste seguida da Centro-Oeste. O Senso 2002 apresenta 45% da população brasileira

sendo negra, cerca de noventa milhões de pessoas, essa política se direciona para um seguimento de quase metade da população brasileira, então o estudo apresenta que dois anos de estudo da população branca foi superior a dos negros. A proporção de nascidos vivos por idade da mãe segundo raça e cor por população negra é bem maior. A proporção de nascidos vivos negros e indígenas a proporção em mãe adolescente (15 – 19 anos) é de 24.6%, maior que os nascidos brancos, em 2003 o percentual de mães que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal foi de 1.76% maior que os nascidos brancos, então tem que ter um acolhimento para potencializar o pré-natal para mulheres negras, a proporção de partos cesário no quesito raça/cor é significativo para raça negra com 28% contra 49.7% da raça branca, continuam mostrando a desigualdade na atenção a saúde para esse segmento. A proporção de nascidos vivos prematuros também com uma gestação maior de 37 semanas registradas por recém-nascidos indígenas e negros ambos com 7%. Os dados apontam as desigualdades que temos, precisamos focar e redirecionar melhor a política. A evolução da taxa de mortalidade por doenças infecciosas segundo a faixa etária, o risco de uma criança negra morrer antes dos 05 anos por causa infecciosa e parasitaria é 60% maior que numa criança branca, esse dado é bastante significativo. A taxa de mortalidade geral que mostra a população menor de 05 anos segundo o quesito raça/cor, o risco de morte por desnutrição mostrou uma diferença de 90% maior entre crianças negras do que entre brancas, o risco de uma pessoa negra morrer por causa externa é de 45% maior em relação a uma pessoa branca. Os maiores contrastes aconteceram na região nordeste, onde a proporção de óbitos entre causa externa é de 20% entre negras contra 9% entre brancos, na região sudeste as proporções foram de 21% entre negros contra 12% entre brancos. A distribuição de percentual de homicídios entre raça e cor, a negra é bem maior que a branca e indígena. A análise da tuberculose considerando as taxas padronizadas de mortalidade para o ano de 2003, o risco de morrer por tuberculose foi de 1.9% maior para a cor parda maior comparada à branca. A conclusão desse estudo realizado pela SVS é evidente a melhoria das condições de vida e saúde da população negra, sendo fundamental realizar avanços e políticas de igualdade racial, essa é uma linha de ação hoje do Ministerio, quando se analisou a mortalidade de negros e brancos dentro de um mesmo extrato social como o de baixa escolaridade, observa que a diferença para risco de morte por homicídio persiste, assim como tuberculose e atropelamento mostrando que a diferença deve ser mostrada além da pobreza. É necessária e fundamental a inclusão dos pardos, negros, indígenas nos benefícios de saúde obtidos pela população branca, isso é um resgate ético e moral para a nossa sociedade, as diferenças observadas são inadmissíveis em gênero políticos e de igualdade

racial. As questões de saúde são resultantes das más condições socioeconômica e educacional, da desigualdade aliada às questões da pobreza e racismo. Nos princípios dessa política, o nosso entendimento é o reconhecimento do estado brasileiro das desigualdades e a promoção da equidade do direito à saúde para essa população e os Organizativos são os princípios do SUS, o novo que a gente pensa nessa política como princípio é a questão da equidade e da transversalidade, isso já está sendo feito, mas temos que avançar muito mais tanto no Ministério, como nos Estado e Municípios e com outros órgãos do governo. As marcas da política é o reconhecimento da existência do racismo institucional e promoção de mudança na cultura organizacional institucional.

(fita 2 – lado B).

**Jacinta de Fátima Sena** – essa política passou por um processo de negociação muito profundo com mais de um ano para articular as visões, idéias e agendas dos movimentos negros e das equipes técnicas do Ministério, Conass e Conasems. O objetivo geral é promover a equidade em Saúde da População Negra, priorizando o combate ao racismo e a discriminação nas instituições e serviços do SUS, os objetivos não se diferenciam das políticas gerais, é mais no sentido de redirecionar o olhar, atuar na nossa cultura institucional especialmente na nossa forma profissional de acolher, reduzir na população negra indicadores de mortalidade infantil, a precoce, materna, homicídios principalmente entre homens, reduzir os indicadores de morte por hipertensão arterial, diabetes melitus, doenças fusiforme, HIV, Tuberculose, Hanseníase, Câncer de colo uterino e de mama, miomas e transtornos mentais, temos dados que apontam a necessidade da redução da mortalidade da população negra, reduzir e controlar as situações de abusos, exploração e violência sexual. Nos já temos Comitês em algumas regiões do Brasil que estão trabalhando com essa situação de abuso e exploração sexual, mas não é o suficiente. Incluir o elemento cor em todos os instrumentos de coleta, já conseguimos incluir e precisamos de um apoio muito forte especialmente dos Estados. Fortalecer a participação e representação da população negra nas instancias de controle social, pela 1ª vez o Movimento Negro conquistou uma vaga na representação do Conselho Nacional de Saúde, então as coisas estão caminhando. Monitorar e Avaliar os indicadores definidos para a Promoção da Saúde da População Negra nas três esferas de gestão, promover o acesso e serviços de saúde para a população rural, em particular os remanescentes de quilombos. Uma das ações de 2004 que o Ministério da Saúde fez somando essas ações pró-ativas foi na Política de Atenção Básica onde inseriu um percentual a mais para os municípios que tinham Equipes de Saúde da Família que atendem as populações remanescentes de quilombos, isso consta na Política de Atenção Básica sendo

readequada agora em 2006 com o incentivo de R\$8.400,00 quando implanta a equipe com um percentual maior do que para equipe urbana. Valorizar as praticas relacionada ao cuidado e a promoção de saúde nas culturas de religião afro-brasileira, essa discussão está sendo feita, foi feita uma no Encontro do Conasems mostrando as praticas e a necessidade de adoção nos serviços. As estratégias de gestão são inúmeras, eu trouxe apenas quatro que julgamos mais importantes, o Fortalecimento da Atenção Básica no cuidado a criança, adolescente, mulher e o idoso negro; Organização de redes que integram a atenção a mulheres negras em situação de violência sexual e domestica; Fortalecimento da Atenção à Saúde Mental da criança, adolescente, adulto e idoso negro na perspectiva de prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação e exclusão social; Implantação e implementação dos Comitês Técnicos de Saúde da População Negra nos Estados e Municípios. Nós temos clareza que isso deve ser articulado com o Pacto de Gestão e articulado nas discussões que estão ocorrendo nos estados e municípios na construção dos planos no âmbito do Pacto. As responsabilidades institucionais dos três gestores que são: coordenar, apoiar a implantação da política viabilizando a gestão dos recursos orçamentários e financeiros para implementação da política, definir instrumentos indicadores para acompanhamento e avaliação do impacto da política, estabelecer parcerias governamentais e não governamentais para fortalecer a implementação das ações. A questão da educação permanente é importantíssima, é preciso uma grande articulação com a SGTES, Estados e Municípios, principalmente na sensibilização de gestores e profissionais especialmente na questão do acolhimento, temos vários exemplos e relatos de como são atendidos e inclusive a priorização no atendimento, nós temos relatos cotidiano em relação a população negra, sabemos que é preciso uma ação articulada do Ministerio, Estado e Município para essa questão da sensibilização, especialmente no acolhimento da população negra no nosso serviço. É considerada prioritária a instituição dos Comitês de Saúde da População Negra nos Estados. Assegurar no Plano Municipal no âmbito do Pacto de Gestão as ações e instituir os comitês. Muito obrigada!

**Antônio Alves** – bom dia a todos os presentes! Nós trouxemos o resultado do cântico da população negra, da mesma forma que observamos a dificuldade da oitiva das pessoas que compõem esse plenário na política, que essa dificuldade se expressa na execução das ações de saúde que são levadas a população que representa quase 50% da população brasileira, então não tem novidade, isso é fruto de trabalho coordenado pelo Comitê da População Negra em tentar articular as varias políticas que estão desenvolvidas nos vários segmentos do Ministerio nos Estados e Municípios tentando fazer com que isso seja um marco político

de uma decisão que tem que ser tomada pelo gestor federal, estadual e municipal de que é importante e diferente quando se observa que a mulher negra no pré-natal tem menos acesso do que a mulher branca, o tempo de espera na sala de parto é diferente, a assistência pelo profissional medica é menor do que para a mulher branca, portanto, é metade da população e mercê de todos nós gestores um olhar especial, e esse cântico nós queremos que seja não só no âmbito do Ministerio, mas do Brasil, porque cada um de nós temos uma gotinha de sangue dessa população que merece a nossa atenção especial.

**Jarbas Barbosa** – o entendimento é que essa política vai a debate nas Câmaras Técnicas para uma futura pactuação na Tripartite, esse é o objetivo da população, é uma tomada de consciência geral das propostas e diretrizes porque ela irá a debate.

**René Santos** – me parece apropriado levar para o GT de Atenção à Saúde da Tripartite com entendimento de que viria para pactuação na Tripartite com a observação de que os tempos entre Conselho e Tripartite sejam observado inicialmente a pactuação na Tripartite e depois encaminhado para o Conselho, porque conforme está na pagina três dá uma certa impressão que primeiro seria aprovado no Conselho e depois pactuado, entendendo que é esse o entendimento do Ministerio que primeiro vai para o GT de Atenção a Saúde, pactuação na Tripartite e depois os encaminhamentos naturais de qualquer política que tem que ser encaminhado para o Conselho Nacional de Saúde.

**Jarbas Barbosa** – então vai para o GT de Atenção para começar a discussão, visando a futura pactuação por se tratar de uma política extremamente relevante.

**Luis Fernando** – **4. a) Bloqueio do PAB por irregularidades no Sistema de Informação da Atenção Básica – cadastro duplicado de profissionais** – bom dia!

Na realidade esse tema é um aprimoramento de controle que nós temos dentro do Ministério, desde o segundo semestre do ano passado nós estamos fazendo essa avaliação. Em setembro de 2005 nós enviamos a listagem com a relação do CPF de cada equipe de Saúde da Família para todos os Estados, do mês de julho a agosto, depois mandamos novamente em dezembro de setembro a outubro, já faz um ano que estamos enviando aos Estados essa listagem de duplicação, e no ultimo mês agora nós mandamos a duplicação de três meses avisando aos Estados que nós estaríamos bloqueando esses CPF duplicados. O Ministério foi notificado pelo Tribunal de Contas da União com relação à duplicação de CPF. Na realidade esse movimento que nós fizemos durante um ano, nós conseguimos reduzir, por exemplo, a duplicação de médicos que de 1.137 para 589, com todo esse movimento político que nós fizemos até agora, de enfermeiros nós conseguimos reduzir de 470 para 213, mas ainda existe nesse momento uma duplicação de cerca de 2,2% em médicos e de 0,8% de

enfermeiros dentro do Sistema de formação. O que nós acertamos na Câmara Técnica é que estaríamos a partir da competência outubro estaríamos bloqueando os municípios que não justificarem essa duplicação. Na realidade a duplicação de três meses é aceita porque um médico pode mudar de uma Unidade para outra e o enfermeiro também, mas acima de 04 meses não é mais possível, então essa situação da duplicidade vai se resolver quando utilizarmos a base desse pagamento para o CNES que já está com um programa que vai ser aprimorado, mas nesse momento a gente estaria fazendo esse bloqueio a partir da competência outubro. É importante também lembrar que na realidade existem situações particulares por estados, a media de duplicação de médico é de 2,2%, mas nós temos, por exemplo, 10,2% de duplicação no Maranhão; 8,3% no Pará e 6% em Tocantins; 0,2% no Amazonas; 1,6% no Acre e zero em Roraima, não é uma situação particular numa região ou outra, isso varia de uma região para outra ou de um estado para outro, mas existem grandes variações disso sendo importante o aprimoramento, então estamos trabalhando na perspectiva que a partir de até 10 de novembro todos os Estados terão que justificar aonde estão realmente locados esses profissionais, de forma que tem profissionais que aparecem em três ou quatro municípios, então ele vai ter que escolher onde ele está trabalhando e os outros vão ser suspensos.

**Edmundo Gomes** – eu gostaria de colocar algumas coisas que são da minha posição, eu acho que as análises feitas por sistemas de informação que é único instrumento que se têm no Macro dão apontamentos para certas distorções que se pode detectar com esse instrumento, mas que ele tem que agir a luz do Pacto, colocando a problemática a coordenação estadual e seguindo tudo o que está na portaria no devido tramite, dando direito ao município e estado de habilitar e regularizar aquela situação, eu acho isso de suma importância para que não tenhamos alguns atritos em relação à gestão do Programa de Saúde da Família que já carece de ser colocado em pauta essa discussão. O Programa de Saúde da Família hoje, eu estava conversando com o Jurandi, a gente imagina que qualquer avanço em relação ao numero de equipes ele vai se dar muito lentamente porque já não temos mais profissionais que chegue para formar as equipes da forma que precisa e está sendo comandada. Tivemos uma situação no estado do Maranhão que reflete a dificuldade em que o nosso Estado está vivendo em relação a fixação de profissionais que migram muito de um lado para o outro, isso dificulta e vai ter reflexo em relação a essa duplicidade de profissionais no PSF. O outro questionamento é em relação a questão do monitoramento dos Estados, e estou falando especificamente do Estado do Maranhão, é muito importante que haja uma estrutura pesada de acompanhamento do Programa a nível municipal, até para que

se possa intervir em algumas dificuldades de fixação, passando pela questão do co-financiamento em relação a esse Programa porque existem locais nos Estados, principalmente nas regiões norte e nordeste em que a fixação de profissionais em termos salariais é um absurdo, e mesmo que a gente não queira entender as regras do Programa está lá, e o que você assinou naquele momento você tem que cumprir, mesmo com tudo isso a realidade brasileira do norte e nordeste, área do estado de Minas, existe essa dificuldade e essa pauta tem que ser discutida em relação ao Programa sob pena de estarmos montado encima de regras que quando se procura em qualquer Estado o cumprimento, você vê o descumprimento de algumas normas que estão escritas por pura dificuldade sistêmica que é obrigação nossa começar essa discussão com muita clareza e frieza, não é uma questão de estar a favor ou contra o Programa de Saúde da Família, o município de São Luis tem no Programa de Saúde da Família a sua opção de universalidade e implantação, mas nós temos bastante dificuldade em relação ao programa, o Brasil têm, todos os Estados têm e se quisermos crescer, teremos que rediscutir se vamos realmente parar nas 27 mil equipes ou se vamos arrumar alguma forma de avanço mais rápido, e tem vários variantes que precisam ser discutidos para podermos adequar a nossa situação atual em relação ao Programa.

**Luciano Saltiel** - dentro da fala do Edmundo, cada vez que se fala em cortar recursos de municípios, acredito que os Estados tem a mesma preocupação, nós preocupa a agilidade e essa tendência que temos de cobrar em cima da gestão municipal e tem que cobrar mesmo, mas nesse caso específico, temos que fazer um Grupo de Trabalho, um mutirão tanto do Conass e Conasems para realmente buscar e clarear esses fatos que levam a duplicidade que com certeza muitos já não existem essa situação, mas se evolui e outros casos vão se agregando a esse e as situações se duplicando. A preocupação é o seguinte: vamos cortar recursos dos municípios que para cada CPF duplicado no mínimo dois municípios serão penalizados e duas equipes penalizadas, agora imagine isso numa dimensão de um município que traz a estratégia de Saúde da Família como embasamento da sua Atenção Básica, que traz a Saúde da Família muitas vezes sem a participação da contrapartida estadual no financiamento dessas ações. O nosso estado felizmente o Gestor Estadual tem essa compreensão dessa participação financeira, e a estratégia de Saúde da Família avançou muito com a participação financeira do Estado, mas tem Estados que não fazem, então é o recurso da união e do município. Temos que buscar uma outra estratégia para buscar dirimir essas dúvidas e a regularização dessa situação, mas não acenando já com o corte de recursos que com certeza vai penalizar a população brasileira desses municípios.

**Jurandi Frutuoso** – eu vou falar uma fala por mim, não pelo Conass. Eu venho com essa discussão já algum tempo dentro dos fóruns que eu participo e a minha preocupação é com a questão da expansão do Saúde da Família, mas principalmente com a qualidade que ele está tendo hoje, eu tenho dito que nós temos uma estratégia que é fundamental para evolução do Sistema de Saúde e temos que cuidar bem dela, ou nós temos a coragem de enfrentar essa dificuldade do desempenho das equipes, aos poucos nós estamos matando “as galinhas dos ovos de ouro”, e preocupa muito a questão da expansão, no Ceará, por exemplo, nós fizemos nesses últimos três anos e meio em que eu estou a frente da Secretaria, eu durante quase quatro anos não consigo rodar as minhas 2.110 equipes, sempre tem 300 equipes sem médicos, isso é a média mensal da ausência de profissional dentro do Estado do Ceará, o exemplo disso é que nós fizemos o concurso único para o Saúde da Família, porque com concurso isso seria resolvido, Fortaleza abriu trezentas vagas para o concurso, concurso todos e preencheu metade porque os próprios concursados não compareceram para regularizar a sua admissão à Prefeitura, isso me preocupa, não é o concurso, mas a carência de profissional, se ele não faz a opção pelo município que ele concursou é porque ele tem uma opção melhor, e entra a velha história do leilão, do mais cem, mais a gasolina, mais a empregada que você paga, chega ao ponto da negociação dentro do município, eu fui médico de PSF e Secretário municipal, então isso me preocupa. Por outro lado, nós temos que ter um processo de avaliação para preservar a Política de Saúde da Família que é correta, então tem que ter um processo de avaliação para ver como é que fica essa questão da qualidade dos fins prestados dentro das Unidades, é necessário revisar sempre essas equipes, me vem também a preocupação com a questão dos municípios, nós temos um sistema paralelo que antes de colocar o disquete no computador para informar ao SIAPE, nós temos a apuração previa e devolve-se o disquete, você vê a questão da migração que ela existe e não podemos negar que temos a migração e daí há duplicação de CPF em cada município. Qual é o nosso dilema? É conviver com a dificuldade financeira nos municípios que é mortal com o corte e conviver com a fraude existente hoje dentro do Saúde da Família que também é mortal para o programa, então acho que procede a preocupação do Conasems da necessidade de fazer uma discussão em grupo de maneira rápida para o enfrentamento desse problema, nas duas ordens: a primeira na financeira e a segunda do problema da migração do profissional que também é verdadeira. Quando o Edmundo diz que se botar 40 horas para todo mundo não pega só o Maranhão não, talvez pega o Brasil todo, isso é fato, o fim de semana é negociado em todo mundo, então nós temos que sentar para ver essa questão rapidamente porque é o tal do dilema que todo mundo tem razão e precisamos resolver isso com uma maior velocidade.

É verdade a carência financeira, é verdade a questão das equipes, é verdade a carência de profissionais, é verdade também que precisamos cuidar desse Programa com muito carinho para que ele possa crescer com uma base bastante sustentável, só crescer para 35 mil equipes não adianta, acho que é hora de dar uma parada para poder revisar, porque agora cada equipe que nasce é uma tanga que já existia, é assim a verdade hoje, você habilita uma equipe com um médico, mas aquele médico já veio de outra equipe, daí a duplicidade de CPF existente hoje no Brasil.

**Voz Masculina** – só alegando essas interrogações que foram colocadas, que uma outra coisa que precisamos achar uma solução também é com a autorização em trabalho de médicos e cirurgias, não é possível mais, e eu não entro nos detalhes das competências dos Conselhos, mas é preciso sentar os movimentos do CRM ou CFM, Ministério Público do Trabalho, Polícia Federal e sei lá quem mais, para tentar encontrar uma solução para isso, tem problemas, acho que muitos estados hoje principalmente da região norte tem problemas, é uma equação ainda não resolvida para o Saúde da Família e para o Sistema Único de Saúde.

**José Temporão** – eu acho que é consenso entre nós todos a importância e a necessidade de nós aperfeiçoarmos e fortalecermos essa Política, acho que todos os comentários feitos aqui são pertinentes, só chamaria a atenção que na penúltima reunião da Tripartite, o Dr. Luis Fernando apresentou o conjunto de indicadores que faz uma avaliação de desempenho e nós já encaminhando para os Secretários Estaduais e estamos encaminhando para cada um dos Secretários Municipais o conjunto de indicadores do seu município, acho que esse processo é fundamental ter informações transparentes para que cada gestor possa se apropriar da situação e discutir. Concordo também que aqui na Tripartite nós etmos que estar permanentemente junto sentando e discutindo como é que a gente qualifica, fortalece e expande essa estratégia. O tema que foi informado aqui, acho que precisamos analisá-lo com bom senso, eu fui intimado pelo Tribunal de Contas e pela Controladoria para tomar uma providencia em relação a essa questão da duplicação que não começou ontem, ela tem quase dois anos que se arrasta e se prolonga, e eu como um dos responsável pela gestão dos recursos federais do Ministério, não posso deixar de tomar uma medida, veja bem, eu responderia para o TCU que mandei para a Bipartite dos Estados discutirem como é que faz ou que não faz, isso é totalmente descabido, eu tenho que dar uma resposta pratica e objetiva de que providencia que eu enquanto autoridade federal estou tomando em relação a recursos federais que são transferidos, então diria que essa questão da suspensão não é aguda, é crônica e vem se arrastando, concordo com quem falou em sentar e fazer um mutirão para resolver isso rapidamente, vamos sim, mas a decisão de suspensão a partir da competência

outubro ela é irrevogável e irrecorrível sob pena de que Eu seja pessoalmente punido por isso.

**Edmundo Gomes** – eu acho que temos que colocar algumas coisas que tem que ser bem clara, nós temos problemas de gestão, problemas estruturais que são avaliados e devem ser avaliados por município, se a gente for na linha de que encontrou um problema e temos que penalizar e acabar então não vamos construir nada, não tem esse negocio de Pacto, acabou o pacto, nós temos problema de gestão, não temos problema de crime, e nós temos tramite, isso não quer dizer nada, você viu, você avisou, o Estado assume a sua parte, dá direito de defesa ao município e pronto, não está se pedindo outra coisa. Nós estamos colocando coisa em papel que é inexecutável e quando a gente é cobrado juridicamente, nós não temos defesa, mas estamos pactuando uma coisa que é inexecutável, se alguém aqui disser que 100% do país que tem PSF está cumprindo as 40 horas, principalmente em relação ao profissional médico, eu pago a passagem de todos para irmos agora, escolhemos uma região e vamos todos sem avisar, porque nós temos um problema estrutural, não saiu profissional com esse perfil, não tem financiamento para isso, não temos política firme de interiorização do medico profissional e sem falar nos outros, então é essa questão que temos partir para discutir, porque quem vai para a cadeia é o Município, é o Secretário Municipal de Saúde, essa é que a questão que queremos discutir e colocar no papel aquilo que é executável, mas nunca acabando a estratégia e o programa porque ele já é o SUS, esse é o posicionamento do Conasems.

**Jarbas Barbosa** – o Conasems já manifestou, e como isso é um informe, eu queria fazer o encaminhamento, nós estamos discutindo duas coisas, nós temos um consenso entre nós e vamos encaminhar de imediato de montarmos um grupo para que a gente olhe o problema global, estrutura, etc. Mas nós temos um problema identificado que é a questão da duplicação dos CPF, é diferente, talvez a gente não consiga quantificar todas as horas que cada um está dando nesse momento, a duplicidade de CPF já foi identificada, foi vista por Órgãos de Controle Externo sobre os quais nós temos como servidores públicos prestar contas e cumprir determinações e tem um processo que foi dado o tempo de separação do joio do trigo, não é a primeira medida suspender, isso vem já de meses, tanto que produziu efeito, vários municípios regularizaram a sua situação.

(Fita 3 – Lado A).

**Jarbas Barbosa** – perdeu tempo, mas regulariza que volta a receber, não vai ficar banido do Programa, agora seguramente que o Programa de Saúde da Família é uma estratégia de ampliação do acesso, não é uma fonte de capacitação de recurso para o município, nós temos

que colocar isso de maneira muito clara, se algum município tem algum programa “vazio” porque aquilo é uma fonte de capitação está equivocado, eu não acredito que isso exista e caso exista é tão pequeno que pode ser corrigido rapidamente. Então a questão do CPF não tem jeito, nós temos que encaminhar desse jeito e vamos esperar que onde houver problema em separar o joio do trigo, que a gente recupere o trigo rapidamente e vamos montar o grupo com base nessa consideração feita pelo Edmundo e o Conass, que todos nós compartilhamos e precisamos realmente parar para rever os parâmetros, estruturas, financiamento, de como podemos impedir o leilão, tem um conjunto de questões que poderíamos com a experiência que acumulamos, produzir um conjunto de proposta a curto prazo, então fica instituído um grupo, o Luis Fernando fica com a coordenação para tentar trabalhar rapidamente e trazer para a Tripartite um conjunto de proposta estruturante, seria importante que o grupo trabalhasse rápido e com trinta dias traria para a CIT o resultado desse grupo. Tendo em vista que vão ser debatidas varias questões, se conseguirmos consenso sobre algumas questões, nós vamos pactuando e aplicando, porque já tem acumulo suficiente para produzir em trinta dias um conjunto de medidas para essa questão.

**Wilson de Maio** – se tiver que bloquear algum município, que seja os anteriores e não os últimos, porque garante a migração para onde ele foi e o anterior fica bloqueado porque normalmente ele saiu, mas o CPF não, para não termos a dissolução de oportunidade da ida, então faz com que esse profissional nem volte mais para o sistema.

**Jarbas Barbosa** – está correto. Não tem porque punir os dois, bloqueia só o do anterior, porque provavelmente nos casos de migração você já estaria livrando de uma punição indevida, no caso.

**Lídia – 4. c) Plano Diretor de Vigilância Sanitária - PDVISA** – bom dia! Sou da área de planejamento da Anvisa, tenho trabalhado desde o ano passado nesse processo de construção do plano diretor junto com o grupo técnico que foi constituído no âmbito do Comitê Construtivo de Vigilância Sanitária, então os informes que trazemos em relação a esse assunto estão colocados num resumo executivo, justamente com um documento que é um consolidado das discussões que aconteceram em âmbito nacional e relacionado com esse tema, aqui nós colocamos no resumo todos os passos que foram dado em relação a esse processo de construção do Plano Diretor, incluindo os dois momentos em que o Plano Diretor foi objeto de discussão nessa Tripartite, dentro desse processo o Comitê Consultivo de Vigilância Sanitária colocava a necessidade de uma pactuação no âmbito da CIT, por conta disso foi solicitado que a Anvisa pedisse como ponto na Tripartite para que se fizesse essa pactuação, no entanto, na discussão que houve no Ministério da Saúde nessa ultima

terça-feira, no colegiado do Ministério, algumas questões de ordem técnica foram observadas, por conseguinte, o Ministro fez algumas sugestões em relação ao encaminhamento dessa discussão aqui para a Tripartite, então ele solicitou que esse ponto se mantivesse como um informe e fez uma proposta para que o Ministério da Saúde, as observações que o Ministério da Saúde tem a fazer fossem endereçadas a Anvisa para esse grupo de trabalho que cuida desse processo, e que se remetesse ao Comitê Consultivo de Vigilância Sanitária para fazer a consolidação dessas observações, e que na próxima reunião da Tripartite fosse feita a deliberação sobre esse assunto. O Conass ontem também fez uma observação, então existe essa proposta do Ministério em relação a esse assunto que o próprio Secretário Jarbas pode colocar melhor, acho que é um processo que estamos instituindo desde o ano passado, a participação nessas discussões foi feita de uma forma bastante ampla, no processo fomos percebendo a necessidade de trabalhar a construção do Plano Diretor dentro do processo do Pacto pela Saúde, então as discussões foram feitas no sentido de aproximar esses processos para que os desdobramentos do Plano Diretor acontecessem dentro da discussão do Pacto pela Saúde, a última reunião da CIT acatou as contribuições que vieram das discussões dos estados e municípios, trouxemos o documentos e que ele vem sendo discutido pelos secretários em suas respectivas câmaras, então a gente coloca esse informe e solicita o encaminhamento devido para esse assunto.

**René Santos** – eu queria alguns esclarecimentos para entendimento. Eu estou entendendo que a proposta que foi apresentada é que o PDVISA vai para o GT Visa da CIT, que tem representação do Ministério, Conass e Conasems, e só para ficar claro esse entendimento. Porque ela colocou como Comitê, mas comitê tem um outro desenho diferente do GT específico das Câmaras Técnicas, e tem uma demanda do Conasems que talvez passe também pelo GTVS que é uma outra questão, eu só quero esclarecer a primeira parte, porque quando foi apresentado foi dito Comitê.

Lídia – eu estou colocando o que foi proposta na reunião do Colegiado do Ministério, que foi realmente o Comitê Consultivo de Vigilância Sanitária, naturalmente o encaminhamento que vai ser dado vai ser nesse fórum.

**Jarbas Barbosa** – é uma questão simples de encaminhamento para a gente resolver. O Ministério viu a necessidade de se fazer mudanças nesse documento que tem algumas questões em que não houve concordância, e achamos impróprio está da maneira como está aqui, por exemplo, na área de Saúde do Trabalhador Ambiental que seriam integradas ao Sistema de Vigilância Sanitária que inclusive altera relações com outros Ministérios que têm por força de Lei a atuação específicas nessa área, são pequenas mudanças que vão ser feitas,

o documento pronto será submetido para a área de pactuação que é o GT, se a Comissão específicas da Vigilância Sanitária já fez o debate, o caminho agora é o GTVS que tem participação também de pessoas da Anvisa, Conass e Conasems e então fazemos a conversa no GTVS.

**René Santos** – o nosso encaminhamento é o tramite no GT para que possamos trazer para pactuação com uma discussão ampliada de gestão. Tem uma questão específica no documento que vamos remeter ao GT para fazer essa discussão.

**Otaliba Libânio – 4. d) VIVA – Projeto de Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela** – boa tarde a todos! Nós gostaríamos de fazer um informe do VIVA que é um dos componentes do Sistema de Vigilância em Saúde na área de doenças e agravos não transmissíveis, é importante relembrar a magnitude que tem hoje as causas violentas como principais causas de mortalidade, no Brasil é a terceira causa de mortalidade e em algumas regiões brasileiras (Centro-Oeste, Norte e Nordeste) chega a ser a segunda causa, e são 127 mil causas de mortes violentas por ano no Brasil, mais de 40 mil homicídios, 35 mil mortes por acidentes de transito, se a gente for lembrar dessa comoção nacional que a gente vive agora que é a queda do Boeing, são 233 boeing que caem por ano, dentro da magnitude da importância do problema, estamos apresentando o VIVA que é esse componente da Vigilância de Violência e Acidentes que visa alguns objetivos, por exemplo, conhecer a magnitude e os tipos de violência no Brasil, o perfil das vítimas de violência dos agressores, os fatores associado a essa violência. O VIVA tem dois componentes, o 1º é a notificação da Violência Domestica Sexual e outras violências interpessoais ou alto provocadas, existe uma demanda legal, a Lei do Estatuto do Idoso, a Lei específica de Notificação de Violência contra a mulher, o Estatuto da Criança e Adolescente, inclusive com um Decreto Presidencial no que se refere à notificação da violência contra a mulher, então o primeiro componente do VIVA é a implantação da notificação compulsória da violência contra a mulher, criança e o idoso, e as violências interpessoais de modo geral, isso é uma demanda de vários órgãos, do Ministério Público, da Justiça, da área da Saúde da Mulher do Governo Federal e do Ministério da Saúde, esse é um instrumento único que possibilita a notificação desses vários agravos de violências interpessoais, então esse é o primeiro componente que vai ser implantado paulatinamente e progressivamente em todos os municípios brasileiros, priorizando os serviços de saúde que são referencia para atenção as vítimas de violência, seja, criança, mulher ou idoso, e prioritariamente num grupo de 39 municípios sentinela, esse instrumento de notificação foi testado em municípios, pactuado em todas as áreas do Ministério, com a Secretaria de Políticas para as Mulheres do Governo fEderal também, com

Conass e Conasems. O segundo componente do VIVA é relação a notificação de acidentes e violências nos serviços sentinelas de urgência, ou seja, em 39 municípios brasileiros de todos os estados da federação vai se fazer um sistema de coleta de informações de violência, nos grandes hospitais de urgência e emergência desses municípios com os grandes hospitais de urgência do Brasil como um todo, são cerca de 80 serviços de hospitais. O Sistema não vai ser a coleta de todos atendimentos de violência, mas a partir de um processo de amostragem e esse de 2006 uma coleta durante um mês no ano que foi no mês de setembro e em alguns está sendo estendido para outubro, então a partir de um processo de amostragem, de um instrumento de coleta que é uma ficha de notificação de violência e acidentes em hospitais de urgência está se dando esse processo. Isso foi discutido tanto no GTVS com Conass, Conasems, foi repassado um recurso da ordem de 824 mil reais para Secretarias Estaduais e Municipais para possibilitar a realização dessa coleta, a partir do resultado dessa primeira coleta do mês de setembro, nós vamos avaliar os resultados e rediscutir no GTVS com Conass e Conasems de como se dará essa estratégia do VIVA desse componente de notificação de violência e acidentes em hospitais de urgência, esse é o informe, vamos distribuir uma Nota Técnica atualizada para vocês, estamos distribuindo cópia de dois editais da Secretaria de Vigilância em Saúde que possibilitam aos municípios e estados apresentarem projetos para capacitação de recursos em duas áreas, na de prevenção de violência e de promoção a saúde no que se refere a atividade física, o prazo é de até 13 de outubro para apresentar os projetos.

**Jarbas Barbosa** – tem uma pergunta sobre a tabulação e divulgação dos resultados do levantamento de setembro, quando ocorrerá?

**Otaliba Libânio** – os estados já estão começando a encaminhar os dados, foi desenvolvido um aplicativo para entrada dos dados e a partir daí eles mandam para os Estados que mandam para a SVS, a idéia é que na EXPOEP tenha uma mesa com uma primeira apresentação dos resultados e depois uma discussão no âmbito do GTVS.

**Jarbas Barbosa** – a idéia é de divulgação ampla, inclusive com a coletiva para imprensa.

**Otaliba Libânio** – tem a preposição também de um Seminário dia 27 e 28 de novembro para discussão dos resultados.

**Jarbas Barbosa** – então parabenizando o DAF e a SVS por essa iniciativa.

**Jurandi Frutuoso** – como a nossa reunião está agendada para a semana da eleição, gostaríamos de sugerir 09 de novembro, porque você tem a eleição, a semana seguinte tem um feriado, então a semana do dia 09 é a mais regular que existe, então queríamos sugerir

que fosse em 09 de novembro ao invés do dia 26 de outubro como está agendado previamente, com a próxima em dezembro.

**Jarbas Barbosa** – então a reunião será dia 09 de novembro.

**André Bonifácio – 4. e) Carta da Nicarágua** – na verdade essa divulgação é fruto de uma articulação que foi feita durante o segundo curso internacional de Desenvolvimento de Sistemas de Saúde que foi realizado no período de 28 de agosto a 13 de setembro na cidade de Manágua onde estiveram presentes 11 países e que no decorrer do processo se identificou a necessidade de estarmos fortalecendo as relações entre o Brasil e vários países da América Latina e Caribe, então surgiu a idéia de tentarmos construir uma rede de intercambio latino-americana, onde pudesse trocar experiências e fazendo intercâmbios sobre as nossas necessidades e avanços para a América Latina, tiveram presentes aqui do Brasil cinco representantes do Ministério da Saúde da SAS, Gabinete do Ministro, Assessoria Internacional e o DAD, e um residente em Saúde Coletiva que veio de Campinas para fazer o curso, foi um curso extremamente interessante, tivemos a oportunidade de conhecer um pouco a realidade de cada um dos países presentes, voltamos com um conjunto de demandas consideráveis para apoio e cooperação com esses países, inclusive algumas chegando da Venezuela, El Salvador, Honduras, na verdade a intenção foi essa, como encaminhamento foi a divulgação para as autoridades dos nossos países sobre esse processo, a informação regular entre os países presentes sobre as possibilidades de apoio e de manter um canal de comunicação entre os países. Como estratégia inicial solicitou a OPS de Washington, que é o Departamento de Gestão de Políticas articuladora desse curso, que iniciasse um processo de articulação e de contato com os países, nós já tivemos uma conversa com a OPAS aqui com o Julio Soares e estamos na perspectiva do fortalecimento dessa rede, solicitaremos ao Conass e Conasems de estarmos publicando essa carta para que elas fossem divulgadas tanto no site do Conass quanto do Conasems, como também passar o endereço de todas as autoridades que estiveram presentes no evento, porque efetivamente nós fortaleceríamos esses laços, o que seria muito bom não só para o Brasil, mas para todos os países.

**Jarbas Barbosa** – é importante esse informe porque até pela dificuldade da língua, acho que é um reconhecimento dos avanços que a gente vem obtendo no SUS eles tem menos divulgação do que outras experiências menos ambiciosas que o SUS, então há um interesse importante de vários desses países, inclusive sobre os nossos mecanismos de gestão, por exemplo, a Tripartite, Bipartite, etc, e vai ser importante trabalharmos em conjunto porque isso vai gerar a possibilidade de visitas técnicas de pessoas desses países para conhecerem a

nossa realidade, e nós exportarmos as tecnologias de gestão que o SUS vem desenvolvendo coletivamente durante todos esses anos.

**Jurandi Frutuoso** – o Conass se compromete a colocar no site, quanto a divulgar no próximo Consensus.

**Jarbas Barbosa** – então agradecer a todos e desejar uma boa eleição a todos! Então está encerrada a reunião.