



**Ministério da Saúde**  
**Conselho Nacional dos Secretários de Saúde**  
**Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde**



**Data:** 21 de junho de 2007.

**Horário:** das 9:30 às 13h.

**Local:** Anexo. Sala 114 (sala do CNS).

### **Pauta**

#### **I – Homologação.**

- a) Homologações dos TCG dos municípios dos Estados da: Bahia: SES; Goiás: Formosa; Minas Gerais: Belo Horizonte; Tocantins: Santa Tereza do Tocantins, Novo Jardim, Bernardo Sayão, Fortaleza do Tabocão, Itapiratins, Lajeado, Luzianópolis, Mateiros, Taipas, Palmeiras do Tocantins, Oliveira de Fátima, Santa Rita do Tocantins. DAD/SE.
- b) Certificações do município de Joaquim Nabuco/PE para gestão da vigilância em Saúde. DIGES/SVS.

#### **II. Pactuação.**

- a) Educação Permanente. DGES/SGTES;
- b) Financiamento das Ações de Vigilância Sanitária. ANVISA.

#### **III. Apresentações;**

- a) Programa de educação Tutorial – PET. **DGES/SGTES**

#### **IV. Informes:**

- a) Situação das pendências encaminhadas ao Ministro pelo CONASS/CONASEMS. **SE/MS;**
- b) Núcleos de Atenção Integral. **DAB/SAS;**
- c) Informes da **SAS/MS.**

**5ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite –  
Realizada em 21 de Junho de 2007. No Plenário de Reuniões do  
Conselho Nacional de Saúde.**

**José Noronha** – Inicia a reunião com alguns informes sobre o GESCOM. Faz uma apresentação introdutória que será objeto do ato normativo, numa tentativa de simplificação processual, e declara que a decisão tomada aqui no âmbito do MS foi não só de definição e restrição do leque de ações para as quais podem ser submetidos os projetos, mas também quais as áreas de prioridade para os projetos. Normas, aprovadas pelo Ministro, serão publicadas, sobretudo algumas normas complementares que serão, ou não, resultadas numa portaria da SAS ou da Secretaria Executiva. Uma novidade é que os projetos são passados pelas Bipartites. Solicita aos senhores agilidade nesse processo de apreciação para que não haja atrasos nos investimentos preciosos para a organização das Redes. A segunda questão abordada foi quanto a absoluta prioridade aos projetos de investimentos. Projetos de custeio serão assimilados em caráter absolutamente excepcional, pois, os mesmos, já farão parte do dia-a-dia da gestão dos tetos e dos novos procedimentos que fazem parte da agenda. Outro ponto importante é que o MS gostaria de receber das Bipartites a própria hierarquização desses projetos e das suas prioridades. Serão solicitadas às Bipartites que procurem dar ênfase aos investimentos que são ordenadores das redes. Através de uma avaliação do Banco Mundial e do REFORSUS, sugere-se não pulverizar o investimento, pois não ajuda a conformar a rede e nem a organizar o sistema. Finalmente, as SES terão acesso ao sistema no sentido de ter conhecimento de todos os projetos, que no âmbito da unidade federada, estão tramitando pelo GESCON, não apenas no Ministério da Saúde. O mesmo refere que estão fazendo uma pequena flexão para transformar o mesmo programa de regionalização e de investimento, não em ferramentas cartoriais, mas ferramentas de gestão e programação de sistema.

**Edmundo Gomes** – Questiona se todas essas propostas de projetos estão sendo discutidas, previamente, pelo Conasems e o Conass, antes de sair essa normativa.

**José Noronha** - Refere que a Bipartite está na norma, (que tem que ser aprovado pela CIB), as outras estão sendo apreciadas. Trata-se de uma apresentação introdutória que será objeto do ato normativo.

**Edmundo Gomes** – Sugere que o assunto seja bem discutido e pactuado, antes da normativa sair, para que não haja prejuízos devido a questões políticas de cada estado, uma vez que já existe envolvimento da Bipartite.

**José Noronha** – Serão apresentados os pré-projetos. Antes da publicação qualquer ato normativo, os mesmos serão negociados entre as partes, com aprovação em plenário da CIT. Será dado o prazo de um mês para que cada um possa fazer a reflexão, e trazer uma normativa acordada pela CIT. Quanto ao primeiro ponto da pauta: **a) Homologações dos TCG dos municípios dos Estados da: Bahia: SES; Goiás: Formosa; Minas Gerais: Belo Horizonte; e Tocantins: Santa Tereza do Tocantins, Novo Jardim, Bernardo Sayão, Fortaleza do Tabocão, Itapiratins, Lajeado, Luzianópolis, Mateiros, Taipas, Palmeiras do Tocantins, Oliveira de Fátima, Santa Rita do Tocantins. Sem objeções. Considerado aprovado. b) Certificações do município de Joaquim Nabuco/PE para gestão da Vigilância em Saúde. Sem objeções. Considerado aprovado**

**Ana Estela Haddad** – Apresenta sobre Educação Permanente para pactuação: Educação Permanente – iniciada a partir de uma pesquisa, a Política de Educação Permanente, desde a sua aprovação pela CIT e pelo CNS, iniciou o seu processo de implementação, com estratégias dos pólos. Foram 98 pólos no Brasil. Após um ano e meio da implementação dessa estratégia, a SGTES encomendou uma pesquisa externa de avaliação, conduzida pela Faculdade de Medicina da USP. A partir da aprovação do Pacto pela Saúde, se compreendeu da necessidade de revisar a estratégia com base tanto nos resultados da pesquisa, quanto na sua adequação ao Pacto pela Saúde. A proposta sugere uma mudança no fluxo e no processo de operacionalização da Educação Permanente. As propostas foram discutidas inicialmente na Câmara Técnica de Recursos Humanos da CIT, estabelecendo consensos. O resultado desse trabalho é a construção de uma minuta de portaria. Surgiram dúvidas quanto aos critérios estabelecidos para a distribuição dos recursos, devido a

apresentações de mais de uma proposta. Na primeira proposta, que parece ter sido aprovada, há um discreto peso maior para a região norte em detrimento da região sudeste, que talvez seja interessante até se considerarmos, por exemplo, a capacidade universitária de formação instalada. Uma outra questão em destaque é de que se estabeleça a constituição de comissões permanentes de integração de ensino e serviço, com o propósito de fortalecer a descentralização de todo processo, e resgatar a questão da participação e do protagonismo no processo e das instâncias de gestão do SUS, principalmente, das Secretárias Estaduais de Saúde.

**Francisco Campos** – Inicia-se um trabalho conjunto entre o Conass e o Conasems, ou seja, a revisão da portaria é fruto da nova pactuação, um realinhamento das ações segundo o Pacto. É importante citar que não a proposta não exclui a idéia da Educação Permanente. Essa nova portaria reafirma a institucionalidade do SUS, sem que haja anulação das institucionalidades existentes, e juntamente com as CIB e CIT, promover a descentralização. O mesmo reafirma a manutenção da idéia de uma educação com conceito avançado, cada dia mais totalizador, e através disso marchar para um arranjo da Comissão Regional de Integração de Ensino e Serviço, dentro dos marcos legais que orientam o dia-a-dia do SUS.

**Ana Estela Haddad** – Solicitado uma apresentação da proposta na Mesa Nacional de Negociação do SUS. A mesma foi apresentada, e bem aceita. A preocupação da representação dos trabalhadores é garantir a participação, junto aos gestores, no processo de elaboração do Plano de Educação Permanente.

**Julio Muller** – refere que o tema da Educação Permanente teve um início bastante promissor em relação aos acenos dos recursos, devido à necessidade da introdução da educação permanente no SUS, no entanto surgiram problemas sérios da operacionalização da proposta. O mesmo acredita que esse esforço de revisão da proposta tornou-a bastante interessante, ressaltando que pela primeira vez no SUS, recursos financeiros são alocados para a área da educação e da formação, através de transferência fundo-a-fundo.

O Conass aprovou a proposta da portaria proposta pelo Ministério da Saúde, que tem os eixos de financiamento, destinando 30% para as Políticas de Saúde; 30% por população e capacidade instalada na Educação Permanente; e 40% para a superação das desigualdades regionais. Há solicitação de correções do texto da portaria para adequá-la aos termos do Pacto de Gestão. Ressalta, então, o art.17, que trata do financiamento do componente federal da Política Nacional de Educação Permanente, a qual se dará pelo mesmo bloco de financiamento de gestão, instituído pelo Pacto pela Saúde, de incorporar o Limite Financeiro Global do Estado, acrescentando o Distrito Federal e os Municípios.

**Helvécio Magalhães** – Comenta sobre a satisfação da homologação do Termo de Compromisso de Gestão de Belo Horizonte. O município avançou muito na discussão sobre a adesão ao Pacto pela Saúde. O secretário faz referência sobre o debate interno na secretaria municipal de Belo Horizonte, todas as áreas, todas as regiões de saúde, sendo colocada a nova matriz de indicadores do Pacto pela Vida no Plano Municipal de Saúde de 2005/2009. Agradece o apoio e o incentivo do COSEMS de Minas Gerais, da Secretaria de Estado da Saúde, a equipe do Departamento de Apoio a Descentralização – DAD, e da Secretaria Técnica da Tripartite – CIT, assim como da Secretaria Municipal, que muito se dedicou. No que diz respeito à Educação Permanente, o mesmo constata o avanço considerável da equipe do Ministério e do Conass e do Conasems, mesmo com algumas dificuldades e contradições. O conjunto da portaria traz um sentido muito importante para nós que é avançar na questão de construir de forma holística, um SUS Escola no Brasil, um sistema estadual de escola e um sistema municipal de escola. Quanto à aprovação do conteúdo da Portaria, o Conasems concorda com o Conass e aprova, com as modificações referidas anteriormente.

**Wilson Alecrim** – refere que o que está posto nessa portaria representa um avanço considerado extremamente importante, pois aumentará, a capacidade instalada de formar e interferir junto aos aparelhos formadores de relação ao tipo de profissional que o SUS e o país precisam. O mesmo vota pela aprovação.

**Rogério Carvalho** – Relata que não há possibilidade de fazer implantação do sistema, incorporar tecnologia e manter o vigor da implantação da política pública na área da saúde ou em qualquer área, sem um acompanhamento consistente e regular por iniciativa de Educação Permanente. A Educação Permanente é uma grande estratégia de gestão, o que caracteriza como uma estratégia de fortalecimento da gestão do SUS.

**Renilson Rehem** – Registra a importância do informe que o Dr. Noronha fez no início a respeito das mudanças nas regras em relação aos COSEMS com a participação das CIBS, considerando uma inovação. Em relação a proposta da portaria da reestruturação do Sistema de Educação Permanente, também considera um avanço.

**Antônio Carlos (Maninho)** – Reforça a fala do Dr. Renilson, a respeito da importância que a revisão da portaria, e que o Conasems e o Conass continuem a debater o volume de recursos destinados a Educação Permanente, sendo estes, considerado uma importante ferramenta de gestão para o SUS.

**Francisco Campos** – Agradece as manifestações do Professor Alecrim, do Helvécio, Maninho, Rogério, Junior Souto, referenciando que o trabalho em conjunto alcançou seu objetivo, e que a questão central é que as Políticas de Educação estão começando a se acertar. A Comissão da Regulação da Educação precisava haver governabilidade sobre as residências. O mesmo acha que essa Tripartite encoraja todos os envolvidos a seguirem adiante, e comenta, sobre um portal universal de Educação Permanente dos profissionais de saúde, anteriormente referido pelo Sr. Ministro de Estado da Saúde José Gomes Temporão, no qual se coloca todo o conhecimento para que os profissionais possam se atualizar.

**José Noronha** – Pronuncia que estando todos de acordo, considera-se aprovado.

**Maria Cecília** – Apresenta sobre o Financiamento das Ações de Vigilância Sanitária, para pactuação:

- Financiamento das Ações de Vigilância Sanitária – Apresenta uma proposta de minuta que regulamenta o componente da Vigilância Sanitária no ano de 2007 conforme Portaria 204/2007, referente ao repasse financeiro. Comenta que os

principais avanços dessa proposta é a questão do estabelecimento de um piso municipal no mesmo valor que se incorporou a Vigilância em Saúde, e a recomposição dos recursos destinados ao estado e o incentivo para que os municípios assumam ações integrais pactuados nas CIB. Além de ações orçamentárias recurso PAB de R\$75.000.000,00, recursos MAC 56.800.000,00, recursos de Caixa de Fiscalização de 46.710.000,00, essa é a proposta, os estados receberão per capita 0,21 ou um piso estadual de 450 mil reais/ano, esse piso anterior era de 420 mil reais/ano, fundo a fundo. Os municípios receberão um per capita de 0,36 ano e um piso municipal de R\$7.200,00 para quem for população menor de 19 mil habitantes. As taxas de fiscalização de Vigilância Sanitária de 45% destinadas aos estados, 55% destinadas aos municípios, sendo que os incentivos dessas ações serão pactuados em Bipartite.

**Wilson Alecrim** – O Conass examinou a minuta de portaria e sugere modificações de formação, nada de conteúdo.

**Viviane** – apresenta propostas de mudanças, em que o Planejamento da área de Vigilância Sanitária ficaria nas três esferas de governo, sendo concretizado pelas ações e seus respectivos planos de saúde, e que as ações previstas nos planos de saúde deverão contemplar as descritas no anexo 4.

**Helvécio Magalhães** – referencia ter um dialogo crescente com a ANVISA, com a contribuição da direção, e nesse sentido aprova essa portaria, com as considerações do Conass. O mesmo solicita ao Marcos Franco para complementar suas considerações.

**Marcos Franco** – Considera que o processo de construção dessa portaria não foi muito simples, foi bastante politizado, mas que conseguiram construir uma proposta que minimiza um pouco a tutela da programação centralizada, e passa a vitalizar o diagnostico sanitário local e regional no processo da construção da programação e do financiamento, considerando um grande avanço no processo de organização da Vigilância Sanitária, e propõe construir isso de uma maneira integrada com as demais vigilâncias. Entretanto, ainda existe a necessidade de repensar o processo de financiamento na lógica de incorporar o processo de interioridade das ações de Vigilância Sanitária, Epidemiológicas, Ambientais e de Promoção de Saúde que já é um segundo passo na perspectiva do município.

**Edmundo Gomes** – destaca que ao partir para o financiamento real da Vigilância Sanitária, a grande dificuldade é quanto custa uma assistência de Vigilância Sanitária, e diante da atual situação, comparado ao passado, encontram-se felizes porque tem alguma coisa, mas é muito longe da necessidade e da missão, e para chegar na eficiência e eficácia, o recurso disponível atualmente como teto e como financiamento das ações está longe, havendo necessidade de caminhar para um consenso de quanto custa uma ação de Vigilância Sanitária para realmente ter um financiamento adequado.

**Fabiano Pimenta** – parabeniza a ANVISA, o CONASS e o CONASEMS pela iniciativa, com uma demonstração clara da importância da área, no sentido de direcionar prioridade que vão repercutir num aporte maior de recursos para a área, além de permitir uma discussão integrada, mesmo que seja difícil.

**José Noronha** – Aprova a proposta das pequenas emendas encaminhadas. O mesmo comenta sobre a Emenda Constitucional 29, no sentido que a regulamentação desta foi desbloqueada pelo Presidente da República e transita a passos largos entre o entendimento do Ministro Temporão e o Ministro Paulo Bernardo, considerando o círculo de conversa promissor. O Ministério da Saúde continua em discussão permanente com a área econômica. Receberam um estudo com todas as simulações relativas ao comportamento do orçamento final da saúde de acordo com as diferentes bases de financiamento, prometendo apresentá-las na próxima Tripartite. Salaria que é preciso encontrar uma maneira dos estados cumprirem com essa reorientação. A intenção é de começar a abrir com o governo algumas maneiras que facilitarão a viabilização da tramitação do Congresso Nacional na implementação da Emenda Constitucional, além da questão da base de financiamento, essa é a intenção de começar a abrir com o governo algumas maneiras que facilitarão a viabilização da tramitação do Congresso Nacional na implementação da Emenda Constitucional, além da questão da base de financiamento.

**Wilson Alecrim** – o Conass está solicitando a inclusão desse item 2 ainda, do tema Recursos Financeiros do financiamento para complexo reguladores,



existem 06 estados que estão com sérios prejuízos em seus complexos reguladores.

**René Santos** – destaca na verdade duas questões, a primeira seria a aplicabilidade da portaria 494 que trata dos recursos financeiros dos complexos reguladores para aqueles estados e municípios, especialmente aqueles que forem definidos pela CIB para disponibilização do recurso financeiro para a implementação e dos complexos reguladores. O segundo seria retomar a discussão que teve da Tripartite de Abril que aprovou no artigo 1 do parágrafo 2º da mesma portaria que a transferência dos recursos dos complexos reguladores referentes ao exercício de 2006, que seja mantida a liberação, mediante de 100% do valor, conforme o que está previsto na 204 que é parcela única, e diante a apresentação do cronograma de elaboração dos Termos de Compromisso de Gestão. Refere ainda a necessidade de agilizar a liberação dos recursos para 06 estados, que seria feita após a aprovação nas Bipartites de um cronograma de elaboração dos Termos de Compromisso de Gestão, e a publicação da minuta de portaria que permite a utilização do recurso para os demais estados e municípios em relação a assinatura dos Termos de Compromisso de Gestão.

**José Noronha** – Destaca a informação que falta alguma finalização das áreas técnicas, com a necessidade de alguns ajustes e propõe que esses entendimentos prossigam.

**René Santos** – Por parte do Conass esses entendimentos são necessários, o que é importante é que seja reiterada a posição de que não há divisão, sendo que o recurso é total mediante a aprovação.

**José Noronha** – se compromete a apresentar na próxima reunião o encaminhamento sobre a discussão entre a Dra Cleuza e as áreas técnicas do Conass e Conasems.

**Helvécio Magalhães** – a posição do Conasems é exatamente igual a do Conass, lembrando que são recursos de 2006 e precisam ser lembrados nessa questão, é preciso acertar detalhes, que possam referendar essa posição que o Conass acaba de explicitar.

**Luciano Saltiel** – ressalta que a implantação das centrais de regulação dos complexos reguladores é condição para avançar para o Pacto. Quanto maior a dificuldade para a liberação de recursos, mais difícil será a adesão dos municípios e estados ao Pacto. Enquanto os complexos reguladores não estiverem funcionando os municípios não irão avançar no pacto. A maioria não está avançando exatamente pelo medo na media e alta complexidade que vai se resolver em parte.

**Jose Noronha** – refere não ter condições de dar uma posição.

**Luciano Saltiel** – Continua pedindo agilidade no processo.

**José Noronha** – Espera que na próxima Tripartite haja solução para este problema e refere que sejam capazes de divergir, mas estruturar melhor os assuntos a serem discutidos.

**Wilson Alecrim** – diante das manifestações dos secretários e se for assim a concordância do Conasems, o Ministério encaminha que depois de resolvido o problema, saia a decisão ainda no mês de junho

**Edmundo Gomes** – relembra que no ano passado foi solicitado para que não tivesse essa dependência da adesão, e ao chegar esse ano em junho/julho, quem já fez não recebeu e é injustiçado, os que aderiram ao pacto, mesmo assim esses que vão fazer vão para a Bipartite pactuar com a diferença a pagar, passa mais um ano.

**José Noronha** – garante que aceitando a proposta do Alecrim, na próxima Tripartite essa questão está resolvida.

**Cleuza Bernardo** – referencia quer só tem um estado que está correto o projeto de regulação que é o Mato Grosso do Sul, os outros seis não estão completos.

**Edmundo Gomes** – ressalta que o Maranhão enviou.

**José Noronha** – Ficou acertado que segundo a proposta do Dr. Alecrim não precisa aguardar, se o projeto ficar pronto antes da próxima reunião, será resolvido. Em se tratando de pactuação, e aproveitando a presença do Dr. Guenka que está à frente da Saúde Indígena da Funasa. O mesmo tece comentários sobre os problemas que afetam a população indígena, os quais têm dificuldades de serem resolvidos. As lideranças indígenas procuraram as

autoridades nacionais, tentando viabilizar com uma certa urgência a composição da própria Funasa, dos estados e dos municípios que é onde se localizam as populações indígenas, assim como dar encaminhamento às questões urgentes. O mesmo sugere um trabalho em conjunto com a Funasa, pois os problemas foram trazidos a Comissão Intergestores Tripartite, e até próxima reunião deverá ser estabelecido junto com a SAS e a Funasa a portaria para ser submetida e apreciada. Em resumo não há condições técnicas, aprovado o mérito das iniciativas, os percaptas estão acordados, no entanto há uma necessidade de reuniões prévias para que seja apresentada uma proposta sistematizada, para ponto de pauta na próxima Tripartite.

**Helvécio Magalhães** – Considera a reunião histórica, tanto pela abordagem da Educação Permanente, quanto pelo avanço da questão da Anvisa, e pela presença da Funasa. Referencia que há uma necessidade de avançar muito na questão da Saúde Indígena, e que precisa de um projeto global e integral nos princípios do SUS, na Atenção e na Gestão. O Ministro já fez manifestações públicas nesse sentido, e recentemente em reunião com a Diretoria do Conasems, voltou a reafirmar a importância nesse sentido. Refere também continua aprovando sem nenhum detalhamento na questão do mérito, nesse pedaço, mas sempre dizendo da sua insuficiência frente ao gigantismo acumulado de problemas nessa área, pois precisa entrar para o SUS, respeitar as singularidades, mas tornar de forma pública, permanecendo na lógica do SUS.

**Álvaro Machado** – Destaca que atualmente existe um avanço, e percebe-se quando inicia a discussão dos critérios na distribuição dos serviços. Ainda há uma disparidade muito grande, a questão está sendo discutida com vários pontos que precisam ser definidos, sendo solicitado urgência nessa discussão, para que até a próxima CIT já se tenha o escopo definido, e a produção da portaria seja efetivada. O acordo feito no Conass também é de que haja a aprovação do mérito, mas existem pontos que estão sendo discutidos e precisam ser negociados até a próxima reunião.

**Wilson Alecrim** – Cumprimenta a iniciativa, em particular do Dr. Luis Fernando em abordar o tema, refere ser muito mais fácil deixar grandes

problemas obscuros do que tentar levá-los à solução, e considera a Saúde Indígena um problema sério. Comenta que o Ministro tem se manifestado publicamente sobre o assunto. Destaca que quando se faz pesquisa com a população brasileira sobre o SUS, mais da metade da população brasileira aprova o SUS, no entanto quando se trata da Saúde Indígena, todos estão insatisfeitos. Está insatisfeito o Índio, o gestor municipal, o gestor estadual, assim como o Ministro de Estado da Saúde. Sendo assim há uma necessidade de trazer esse problema para discussão globalizada do que deve ser feito em relação à Atenção da Saúde Indígena, porque o modelo operacional que está funcionando nas áreas, com raras exceções, é o modelo que gera problemas. Refere-se a historia de contratado passar recurso através de contratos e convênios para a prestação de serviço, porque basta que ocorra uma apresentação de contas atrasada ou não contratada na Funasa, para o problema continuar. Considera que deve-se aproximar a atenção a Saúde Indígena ao SUS. E comenta que se alguém perguntar para o gestor estadual ou municipal informações sobre o que acontece na Saúde Indígena, eles sabem muito pouco, porque as informações não estão sistematizadas, sendo assim, considera que esse é o momento para globalizar e trazer para um lugar dentro do Ministério que possa assumir o comando junto aos estados e municípios da Saúde Indígena.

**Márcia Veloso** – representante do Conasems do núcleo de Atenção, Integração e Desenvolvimento na Amazônia Legal. Destaca os assuntos referentes a Saúde Indígena como um dos mais cobrados, mais discutidos e mais polêmicos. Primeiro o que está sendo cobrado não são só algumas adequações, é toda discussão e revisão da Política da Atenção da Saúde Indígena que verifica ser necessária. No entanto considera que não vai funcionar se a discussão permanecer apenas entre Conass, Conasems e Ministério da Saúde, havendo a necessidade de inserir neste contexto outros atores, como o Dr. Wanderley, além da presença da FUNAI e dos representantes indígenas. A situação atual dos municípios também apresenta cenários diferentes. Existem municípios que executam as ações, que recebem recursos, que são gestores das próprias equipes, entretanto, outros em que 2/3

do território é de área indígena e os menores, são meros repassadores de recursos. Os recursos são repassados para as Equipes de Saúde Indígena que são gerenciadas por ONGS. Os municípios são cobrados pelo Ministério Público, a respeito das ações executadas nas aldeias, as quais não têm acesso, além de informações específicas sobre crianças, dentre outras. Outra preocupação referida é que precisa ser visto como vai ser distribuído o recurso municipal, pois, a atenção à saúde é por distrito, e muitas vezes dentro do mesmo município, e neste, as Tribos divergem, não querendo ser atendidas no mesmo hospital, muitas vezes o único. Outra dúvida apresentada é quanto a dupla gestão. Na exploração dos critérios sobre recursos novos, e foi repassado para municípios em alguns locais. Os recursos que são utilizados hoje, por exemplo: para acesso as aldeias que no município da Dra.Márcia Veloso, são na maioria por avião, custeados pela Funasa, se o município passa a assumir também a ação, esse recurso do transporte continuará sendo bancado pela Funasa? Aonde vai a responsabilidade de cada um? Considera também que a cobrança será muito maior nos municípios. A mesma quer frizar a necessidade urgente de se resolver essa situação, devido a cobrança cada vez maior dos órgãos de controle e dos próprios índios, a qual será feita diretamente ao município.

**José Noronha** – registra que a fala anterior é importante e agradece a compreensão. Reconhece que o tema requer uma abordagem com a Funai, mas ao mesmo tempo requer soluções que tenham a presteza de uma resposta à situação, muitas vezes extremamente críticas.

**Wanderley Guenka** – A questão Indígena não é fácil e nem tão simples, é muito complexa, poucas pessoas conhecem a fundo a questão, o que aparece na mídia é sempre a coisa ruim, é o Índio fechando estrada, ameaçando derrubar torre, invadindo prédio, mas essa não é a cara da população indígena. Grande parte da população indígena está nas aldeias sofrendo com as dificuldades. Justifica também o próprio interesse, na posição de Diretor de Assistência a Saúde Indígena, juntamente com o interesse do Sr. Ministro de Estado da Saúde o Dr. José Gomes Temporão e do Dr.Danilo Fortes (Presidente da Fundação Nacional de Saúde) de resolver a questão da Saúde Indígena. O mesmo refere dispor atualmente de ampla demanda de serviços, muitos

problemas, muitas reclamações, notícias na mídia de que o atendimento está ruim. E comenta: está ruim porque não tomamos na decisão das Conferências o que deveria ser a Assistência com a Saúde Indígena, criaram os distritos sanitários especiais como local de Atenção a Saúde, respeitando as terras, as distribuições e as etnias, quando foi pensado no Centro Sanitário Especial Indígena que atravessa limites geográficos municipais e estaduais, se pensou em órgão gestor, não no fundo distrital de saúde, e na autonomia administrativa desse distrito, isso em 1999, só que isso não aconteceu, ficou vinculados aos distritos a coordenações regionais, e no Amazonas cinco, seis distritos separados, cada um em um ponto extremo do estado e não é gestor, então criou toda dificuldade de não ter fundo distrital e não ter autonomia de gestão. Comenta que, o que foi pensado na época do Sergio Arouca como distrito sanitário espacial indígena, ficou fracionado e criou todas essas dificuldades atuais, se tivesse autonomia e fundo distrital, isso estaria sendo resolvido. Também não se criou um mecanismo de alocação desses recursos que vão pelo município. O município que tem intercambio e boa aceitação na população indígena ele aceita quase que integralmente, e atende a população vizinha sem problemas. Entretanto, quando existem dificuldades de colonização que eles não aceitam, então vai pelo município, e grande parte das discussões por disputas de territórios e outras coisas estão nos municípios. Sendo assim, encontram-se muitos gestores que não aceitam bem essa comunidade indígena, e esse recurso de R\$150.000.000,00 que vão para o município, não são aplicados a essa população. O índio é atendido no hospital, mas o prefeito sempre acha que isso faz parte da atenção básica que estão lá nas aldeias e que esse recurso não chega, por isso a pressa de regulamentar essa portaria e criar critérios. Na sua fala, ele não pede orçamento a mais, e sim otimizar esse recurso que está disperso. Que seja feita a pactuação com o Prefeito, a Secretaria de Saúde, a Fundação e o Conselho Distrital. Agradece ao Dr. Noronha e ao Dr. Luís Fernando pela discussão e aguarda a reforma sanitária indígena, a qual gostaria que acontecesse.

**José Noronha** – Agradece ao Dr. Guenka. Com esse pronunciamento pode-se encaminhar a proposta aprovada no mérito à CONJUP, que se reunirá com a participação do Dr. Guenka. Encaminha a presidência dos trabalhos ao Dr. Francisco Campos.

**Jurandi Frutuoso** – Diante de uma proposta dentro da visão do Ministro Temporão de descentralizar a CIT, o Conass resolveu fazer um Seminário de consensos para discutir formas alternativas de gerencia de unidades próprias. Esse seminário será em Florianópolis no dia 25 de julho/2007, e a proposta do Presidente é de realizar o próximo plenário da CIT na cidade de Florianópolis no dia 26 de julho/2007. Solicita a decisão.

**José Noronha** – Nada a impor, por parte do Dr. Noronha, mas solicita à Dra. Lúcia Queiroz que encaminhe a Dra. Márcia Bassit, para decisão.

**Helvécio Magalhães** – Se pronuncia sobre a publicação das portarias dos blocos que o Conasems gostaria que fosse competência maio. Segundo o mesmo, o FNS está preparado para ceder as informações. O Conasems solicita que ela viesse para ser apresentada, mas enfim, a segunda coisa é a PT 648 também do DAB, que trata do médico e do enfermeiro. O Dr. Helvécio, solicita também que conste na Ata da CIT, o Ofício conjunto Conass/Conasems sobre a Agenda incompleta.

**José Noronha** – Encaminha os trabalhos para o Dr. Francisco Campos e convida o Dr. Luis Fernando a sentar a mesa para representação da SAS.

**Francisco Campos** – Inicia a fala sobre a questão do PET Saúde. Informa sobre a brecha que existem com as instituições de ensino e de serviços, inclusive a proposta do Pro Saúde que é uma proposta que 90 instituições que nesse momento aderiram, e que tentam mudar os seus currículos de alguma forma para levar o estudante à realidade, fazendo com que a metodologia seja mais ativa, e fazendo com que haja de fato uma interação maior entre ensino e serviço. Refere que foi conseguido incluir a assinatura do chamando PET SAÚDE pelo Presidente da República. Comenta ainda, o que é a historia, tendo em vista essa enorme desintonia entre os serviços e a academia, sendo assim, aproveita-se uma estrutura já existente por parte do Ministério da Educação e Cultura que é o PET – Programa de Educação Tutorial. A idéia do PET Saúde

acrescenta uma novidade em relação ao PET tradicional, o qual se refere a um programa que basicamente disponibiliza uma bolsa ao docente e outra bolsa de iniciação científica a um conjunto de estudantes, para que sejam tutorados. O PET Saúde trata-se da criação do chamado tutor de serviço. Vários profissionais das equipes de saúde da família, já recebem, convivem e interagem no dia-a-dia com os estudantes de medicina, de enfermagem e de odontologia, inclusive, alguns deles do Pro-Saúde, mas esses indivíduos não têm estímulo a exercer atividade docente porque continua recebendo o salário de profissional assistencial e não tem obrigação de assumir responsabilidades de tutorar em relação aos estudantes. Por outro lado tem outro problema que é muito sério ao lado disso que é a baixa motivação e a quase impossibilidade da odontologia e enfermagem contar nos seus quadros docentes com profissionais de saúde da família. Convida a todos a participarem de um Seminário dia 18 e 19 sobre como incentivar a docência e pesquisa em Atenção Básica nos cursos médicos, pois através de uma pesquisa conclui-se que das pessoas emergentes hoje das escolas medicas, de enfermagem e odontologia tem uma referência muito longínqua do que é uma equipe de Saúde da Família, e se por acaso fora vivenciado, foi por alguma curiosidade. O ministério aproveita essas duas oportunidades, de um lado com que o profissional da rede possa ter incentivo a receber e exercer atividade docente sobre a supervisão do professor e/ou doutor da Universidade; segundo, que possa de alguma forma, fazer com que esses profissionais sejam mais valorizados e apontados como modelo de prática. Aproveita a oportunidade para solicitar a inclusão do PET Saúde, em uma portaria interministerial que foi assinada ontem pelo Ministro Temporão e Ministro Fernando Haddad, como uma atividade dentro do pacote. Sugere que seja definido com o Conass e Conasems os valores que são os mesmo do MEC, que é o valor da Bolsa CAP-CNPq para os profissionais e a bolsa de iniciação científica para estudantes, motivando-os a comparecer a unidade e onde está se fazendo a Saúde da Família, no sentido geral de aproximar a instituição acadêmica da instituição de serviço. Passa a palavra para Ana Estela para o detalhamento desse programa, seguindo a apresentação de uma proposta.



**Ana Estela Haddad** – A proposta construída pelo Ministério da Saúde, com a participação de vários departamentos, como: Departamento de Gestão da Educação, Departamento de Atenção Básica; e pelo Ministério da Educação e Cultura – MEC, com a participação da Secretaria de Educação Superior e o Departamento de Projetos e Modernização da Educação Superior que é a área responsável pelo PET (Programa de Educação Tutorial) original. O embasamento legal para poder trabalhar com as bolsas, está referida na Lei do PET que é a Lei 11.380 e da Lei 11.329, que é a Lei que cria as bolsas de educação para o trabalho, permitindo através desta a construção da proposta do PET Saúde na forma de uma portaria interministerial, que aproveita o evento para apresentá-la como informe. A mesma repete que ontem o Presidente assinou o Decreto que institui a Comissão Interministerial de Gestão de Educação na Saúde, o que deixou a Secretaria e o Ministério felizes com esse momento de uma construção que já vem de pelo menos uns seis meses junto com o MEC, pela moção da CIT e de outras entidades favoráveis ao processo. No PET Saúde a figura do preceptor ou tutor clínico, tem no grupo a função de orientação, tendo como sinal de prática o serviço atrelado a função que permanece no tutor acadêmico de respaldo pedagógico, orientação, produção de conhecimento e científica voltada para o SUS. A portaria foi publicada, não lançamos o edital de seleção, mas vai haver um Edital. O público alvo serão as instituições de Ensino Superior Publicas. No edital pretende-se fazer o recorte das Instituições Publicas, das Instituições que são integrantes do Pró Saúde, e nas Instituições Privadas a inclusão dos estudantes bolsistas do Pró-Uni (Programa Universidade para Todos). O valor das bolsas seguindo o que já está respaldado pela Lei 11.380 que é a Lei do PET, o tutor acadêmico e o preceptor no valor de R\$1.045,00 que é o valor da Bolsa do CNPq, e dos estudantes em R\$300,00.

**Helvécio Magalhães** – Considera que tudo o que vem sendo discutido agrega mais valor ao SUS, e que o desafio contemporâneo desse sistema, além do financiamento, diz respeito à Educação Permanente e a viabilização do Programa Saúde da Família no Brasil. Essas são ferramentas fundamentais para

qualificação dos profissionais de saúde e sua fixação nas equipes cumprindo um esforço da estratégia do Saúde da Família. Comenta sobre um estudo de caso com estudantes de medicina em Belo Horizonte que após participarem efetivamente do Saúde da Família, mudaram completamente a visão e a interação com o SUS. O mesmo considera que essas iniciativas vem absolutamente de forma coerente com a Educação Permanente e principalmente no que se refere a questão da Comissão Interministerial que resgata a Constituição Brasileira de ordenação de Recursos Humanos para o SUS.

**Wilson Alecrim** – Cumprimenta a Dra. Ana Estela pela iniciativa, e defende fielmente a proposta. O mesmo relata ter sido usuário desse programa com alunos, participando de varias motivações para que não acabassem com o PET. Comenta que se construiu na realidade um modelo, pois as pessoas que criticavam o PET faziam uma comparação com o Programa da Iniciação Científica. Ambas apresentam objetivos semelhantes, mas não são iguais. Segundo o Dr. Wilson, na realidade, foi um programa que possibilitou melhor capacitação de futuros professores e pesquisadores para as Universidades Brasileiras até os dias atuais. Considera o PET tão bom que se criou o PET Saúde, necessitando assim de um maior esforço para mantê-lo vivo. O segundo ponto diz respeito a essa oportunidade de que pode ser dado ao cidadão o direito de decidir, mas com conhecimento. Então o que acontece hoje na área da Saúde? Profissionais formados nas Universidades tomam decisões profissionais em relação e a Atenção Básica e programas de Saúde da Família, sem nenhum conhecimento de causa porque o currículo não permite isso. Após participar da construção de alguns currículos de cursos de graduação em medicina, o mesmo consegue a inserção do profissional de Saúde no primeiro período e durante o estágio na Atenção Básica, voltada para a estratégia do Saúde da Família. Acompanha currículos que tem inclusive o internato no período de 35 dias como módulo obrigatório dentro da estratégia desse programa, e que certamente se encaixará bem na estratégia do PET Saúde. O Dr. Alecrim coloca à reflexão a regulação e a regulamentação dos usuários do PET. O mesmo comenta que 2/3 das escolas médicas no Brasil são privadas e

apresentam suas grades curriculares bem mais avançadas do que as escolas públicas, no sentido de olhar a estratégia do Saúde da Família. Daí se interroga: aonde vai trabalhar o profissional formado na escola privada? Obviamente no grande empregador que é o serviço público. Então, não concorda que o PET Saúde não seja oferecido pelo usuário da privada. O mesmo relata não estar defendendo a escola privada, pois se considera um defensor do ensino público e gratuito, mas infelizmente, considera que o país não acatou essa oportunidade, e sugere que dentro dessa ótica verificasse incluir esses 2/3 das Escolas Médicas a participarem do Pró Saúde, considerando que os profissionais formados nessas escolas vão trabalhar no Sistema Público.

**Francisco Campos** – Agradece ao Professor Alecrim, e acredita que essa reflexão sobre o Privado, deve ser levada em consideração para começar a discussão.

**Jurandi Frutuoso** – Refere preocupação tanto da questão do enfrentamento do problema da residência médica, quanto da questão do PET. O acadêmico de medicina não pode ser treinado por adoção ou por decisão pessoal para desempenhar seu futuro papel profissional na atenção básica. Atualmente, o aluno tem que ser adotado por um profissional, que lhe acolha, que tenha disponibilidade de implantar e desenvolver conhecimento, uma conduta pessoal, individual e voluntária. Mas isso não pode formar uma equipe de saúde para um país em massa. Do Saúde da Família se dá da mesma maneira. Comenta que os alunos que passavam pelo estágio rural tinham a oportunidade de ver o Saúde da Família funcionando, obviamente com suas mil falhas, e eles geralmente retornavam para trabalhar como profissional, além dos profissionais que vão para outros estados e outros municípios, mas gostam da especialização e voltam para ser um profissional. Comenta ainda que, só quem trabalha Atenção Primária em Faculdade de Medicina, infelizmente são os núcleos de Saúde Coletiva (introduzidos quase a força para falar de Atenção Primária e do Saúde da Família), rejeitados pelo corpo docente da universidade. O mesmo considera-se emocionado com a oportunidade e espera que aqui tenha a capacidade de divulgar isso o quanto antes e fazer a pregação, porque isso é a

revolução para o Ensino Médico nesse país, se ele for tocado com velocidade e intensidade que precisa ser feita.

**Francisco Campos** – Passa a palavra para a Dra. Ana Estela, por ter enfrentado mais esse dilema do privado e do público.

**Ana Estela Haddad** – Existem hoje 38 cursos de medicina inseridos no Pró Saúde, parte deles é privado. Precisa-se de calma para abordar esse tópico, e para de alguma maneira valorizar os privados que estejam caminhando na direção dessa proposta. Trata-se de uma escuta que das próprias escolas, de que o setor privado tem mais agilidade. Não se trata de cortar mudanças, mas diante da limitação dos recursos disponíveis, num primeiro momento, terá que criar uma direcionalidade. A escuta tem sido nas públicas que tem tido uma maior dificuldades de estabelecer essa parceria e integração com os serviços. Daí a necessidade desse recorte, não desmerecendo a importância das questões apresentadas. Quanto às privadas, ainda não está fechado completamente, embora os alunos do Pro Uni sejam uma pequena proporção ali colocada.

**Francisco Campos** – Isso indica uma estratégia de caminhar no sentido de priorizar todas as escolas públicas, escolas privadas que estão fazendo movimentos em direção da transformação e que já estão no Pró Saúde, além do pessoal do Pró Uni, como uma alternativa.

Uma das metas que está por trás disso, seria evitar que algumas instituições privadas, tentem utilizar simplesmente esse mecanismo como forma de pagamento e remuneração de equipes do saúde da família, que seriam contratados como docentes, descontando os R\$1.300,00, e com isso tomando o dinheiro do SUS para poder fazer a docência. Observar cuidadosamente para que as escolas tenham o compromisso com o ensino e com a qualidade desse, que isso seja um adicional e não um substitutivo do pagamento de salário. Pode-se eventualmente conversar sobre isso, avançar no programa, e incorporar outras que se fizerem candidatas.

**Ana Estela Haddad** – Informa que essa atividade de preceptorial que vai ser remunerada com bolsa, não se destina apenas ao pessoal do serviço que orienta a graduação, mas também até por uma grande demanda do

Departamento de Atenção Básica, dos preceptores de residência em Medicina de Família e Comunidade.

**Francisco Campos** – A pessoa ao se sentir valorizada por ter essa bolsa reconhecendo-a, provavelmente terá mais entusiasmo para executar o serviço.

**Jurandi Frutuoso** – Questiona de onde vem o recurso para pagar.

**Francisco Campos** – Responde que da SGTES e da parte assistencial do que está colocado na Atenção Básica. Comenta que esse assunto vai continuar sendo discutido. O primeiro item de informe seria apresentado pela Secretaria Executiva que não está presente, passando a palavra para a Dra. Lucia Queiroz.

**Lúcia Queiroz** – Situação das Pendências encaminhadas ao Ministro pelo Conass e Conasems: refere-se aos itens que foram pactuados na Tripartite e àqueles que ainda não foram pactuados, , mas já foram colocados como relevantes para a Pactuação. Trata-se de 67 itens encaminhados à Secretária Executiva pelo Ministro de Estado da Saúde. A mesma apresenta os encaminhamentos atualizados:

- Qualificação situacional das pendências – se por debilidade técnica ou por questões políticas institucionais;
- Encaminhamento dessas pendências aos diretores dos grupos técnicos da Tripartite, aos representantes de áreas técnicas e às chefias de gabinetes do Ministério da Saúde;

A Dra. Lúcia referencia que das 67 pendências algumas já foram resolvidas e grande parte delas devidamente encaminhadas, dependendo hoje da conclusão de determinadas áreas do Ministério da Saúde. Citando a seguir:

- Pendência Publicada: a Portaria que regulamenta o fluxo do Relatório de Gestão;
- Pendência a ser publicada: a Portaria do repasse fundo a fundo segundo a Portaria 204 do financiamento;
- Pendência no Jurídico: a Portaria do Sistema de Planejamento do SUS - Planeja SUS (solicitado a urgência);
- Pendências pactuadas nesse plenário: a questão da Educação Permanente do SUS e as mudanças nas lógicas e nos valores de financiamento da Assistência Sanitária;

- Pendências a serem relatadas nesse plenário: a respeito do Núcleo de Atenção Integral da Saúde e a utilização dos recursos das especificidades regionais;
- Pendências com possibilidade de serem pactuadas na Tripartite de julho/2007: a prestação de contas sobre a utilização dos recursos de Assistência Farmacêutica por meio de Relatório de gestão no SIFAB e a situação da Comissão Corregedora Tripartite do Sistema Nacional de Auditoria do SUS;
- Pendências absolutamente prioritárias: a Revisão do Termo de Cooperação entre entes públicos; a reformulação do funcionamento da CIB como espaço para pactuação e instância recursal e de solução; e a publicação da Portaria dos Ajustes Sanitário.

As demais pendências são consideradas objeto de análise do primeiro escalão. Uma vez que tenha o direcionamento dos Secretários e do Ministro serão informadas em plenário Tripartite.

**René Santos** – Considera que a apresentação da Dra. Lúcia não é um complemento, e relata que já houve a discussão na Câmara técnica da Tripartite, e que além das pendências, precisa-se atender em curto prazo a questão das prioridades para o Pacto da Saúde a partir de 2008. Questão esta, deveria ser revisada anualmente e na verdade estão rediscutindo a questão das prioridades. A respeito disso há um consenso interno das áreas do Ministério, depois um consenso conjunto do Conass, Conasems e Ministério da Saúde, além, nesse caso específico, da discussão do próprio Conselho Nacional de Saúde, como aconteceram com as outras prioridades. O mesmo registra, e pede agenda, que em relação ao Pacto pela Saúde, a questão da Saúde do Homem está sendo colocada como ponto a ser discutido para a prioridade da Saúde no ano de 2008.

**Helvécio Magalhães** – Reforça que a solicitação do Conasems, que esse documento que foi encaminhado com os desdobramentos conste na Ata na Tripartite, e comenta a satisfação de ver os passos serem dados. A sugestão do Conasems é que no grupo técnico possa ser transformado esse documento e o que for ser agregado a ele, numa grande matriz, numa planilha de

acompanhamento cronológico, para que não perca o controle sobre o que foi encaminhado e solucionado. Sendo assim considera importante ter visualmente, de forma Tripartite, os encaminhamentos que efetivamente estão sendo dados e ver onde passou do tempo imaginado, qual o motivo? Explicação? E quem pode contribuir para essa solução?

**Francisco Campos** – Acata a idéia, considerando-a muito boa, caso contrário, ficam apenas os itens que não foram resolvidos.

**Jurandi Frutuoso** – Solicita da Secretaria Executiva uma solução para a questão dos recursos referentes aos convênios, junto ao FNS e tentar dar uma nova interpretação ou voltar ao que era antes (instrução normativa de 1997), que permitia a utilização de saldo de convênio. Os municípios tem ficado aflitos, pois atualmente este saldo deveria ser devolvido, e não vai dar mais tempo porque vai abrir o GESCON.

**Helvécio Magalhães** – Agradece a lembrança, e relata que esse é um tema absolutamente importante e que estão recebendo do país inteiro solicitações de intermediações junto a Secretaria Executiva e ao Fundo Nacional de Saúde. O esforço, a valorização no marco legal com transparência de economizar recurso, está sendo interpretado como se não tem nenhum valor para isso. Outra questão além dos saldos é a questão dos prazos, que colocam os estados e os municípios em inadimplência com o Governo Federal pela questão da demora na agilização dos aditivos de prazo.

**Francisco Campos** – Comenta que a Dra. Lúcia encaminhará as solicitações anteriores à Dra. Márcia Bassit o mais rápido possível.

**Luis Fernando** – Informa sobre a questão da Portaria dos Núcleos da Atenção Básica, que na última Câmara Técnica de Atenção Básica, o MS fez um acordo com Conass e Conasems de ter reuniões todos os meses para deliberar essa agenda. Essa Portaria encontra-se praticamente concluída. Trata-se na verdade de uma republicação atendendo à algumas demandas que foram colocadas nesse período, especialmente com relação ao desenho do núcleo, tornando-o mais flexível. Que cada município possa ter flexibilidade de adequar as profissões determinadas para atenção básica de acordo com a sua realidade. O mesmo relata mais dois informes: um é das Especificidades Regionais que o MS

conseguiu fechar o valor. Os Estados de IDH acima de 0.8 teriam 5%, de 0.8 a 0.755 teriam 7%, e abaixo de 0.755 teriam 9%, isso vai dar um benefício para estados com IDH mais baixo. Considera um avanço com relação a proposta, e espera com isso poder publicar os tetos de cada estado, seguindo o que está acordado. A norma está publicada e é só uma regulamentação do valor por estado da federação, resolvendo com isso a questão das especificidades regionais. O outro informe diz respeito ao fechamento do semestre relacionado ao Bolsa Família. Refere que no mês passado(maio/2007) foi feito um balanço com 15% de informações. O Dr. Luís Fernando volta a discutir que a alimentação do sistema de informação das condicionalidades é uma das prerrogativas obrigatórias para o recebimento do PAB, uma vez que faz parte da cobrança do Tribunal de Contas da União. A alimentação desse Sistema de Informação continua com problemas. O MS não está bloqueando transferência de recurso por conta do sistema de informação, exceto o SIAB. Solicita o apoio do Conass e Conasems na divulgação de que a cobertura está baixa e precisa ser melhorada. O MS recebe a recomendação do Tribunal de Contas, para que o mesmo esteja mais presente na fiscalização das equipes de Saúde da Família, em virtude da quantidade de falas de que há irregularidades. Não podendo o MS acompanhar todos os municípios, que os estados assumam essa responsabilidade de monitoramento. O ministério precisa se aproximar desse movimento junto com Conass e Conasems, para reforçar essa discussão do Processo do Saúde da Família. O último informe foi sobre a Portaria nº 648, que ainda se encontra no Supremo Tribunal, com o Procurador Geral da República. A Republicação da Portaria está na CONJUR.

**René Santos** – Referencia que o teor dessa portaria já havia sido discutido anteriormente, há uns dois ou três anos atrás, e entende que está em discussão novamente o teor da minuta da portaria.

**Luis Fernando** – Explica que existe uma portaria publicada sem orçamento, e o que está sendo discutido é a orçamentação. Ou seja como será o pagamento dos profissionais. O MS está com uma proposta que seja no orçamento geral para uma equipe flexível.

**René Santos** – Questiona que isso irá alterar a portaria.



**Luis Fernando** – Responde que com certeza.

**René Santos** – comenta que trata-se de um esclarecimento de que não está se buscando a operacionalização da portaria, mas a revisão da mesma, a qual será objeto de pactuação na próxima CIT.

**Helvécio Magalhães** – Declara publicamente a posição do Conasems com relação a dois princípios: como vai se dá a questão do não estabelecimento de cortes populacionais. Refere que sabem quanto as questões de escalas, no entanto considera que a solução para os problemas de escalas se dão com Regionalização adequada (micro regionalização). Comenta que o Núcleo de Saúde Integral pode ser o primeiro grande ensaio de que a micro regionalização seja efetivamente para dar substancias as equipes em cada um dos municípios, mesmo aos menores. A segunda questão é além do não corte populacional, como regra que não pode ser superada.

A possibilidade de existir tipologias diferentes de acordo com o porte do município. Sendo assim para municípios menores há a possibilidade de Ter um núcleo com composição menos complexa e menos remunerada, sendo essas questões consideradas absolutamente importantes do ponto de vista de princípios. O Grupo Técnico fica encarregado de como operacionalizar. O mesmo solicita que seja levado à Secretaria Executiva a reiteração dos atrasos dos repasses, como: PAB Variável, Incentivos do Saúde da Família, e o PAB Fixo, dificultando a previsibilidade para remuneração dos profissionais, esperando que todos fossem igual aos tetos da gestão plena.

**Odilon Cunha** – Solicita um encaminhamento para a questão da Desprecarização dos Agentes Comunitários e que seja colocado como tema importante na discussão do andamento. Considera também, muito importante para os pequenos municípios a questão do orçamento geral para uma equipe flexível.

**Francisco Campos** – Passa a palavra para Dr. Fabiano Pimenta.

**Fabiano Pimenta** – Informa que hoje(21/06/07) está sendo realizado uma simulação para o Plano Brasileiro de preparação para a Pandemia da Influenza, e com certeza na próxima CIT terá um informe da situação.

**Cleuza Bernardo** – Solicita a alimentação do banco de dados. Atualmente existem vários estados e municípios que não estão alimentando, sem levar em consideração a regulamentação, que exige a suspensão da transferência após dois meses consecutivos e/ou três meses alternados. Sendo assim, o maior problema que está sendo enfrentado é a impossibilidade de transferir os recursos do FAEC. A mesma comenta que existem estados que estão há cinco meses sem alimentar o banco de dados, e isso é complicado. O DRAC apresenta um problema de lançamento referente ao financeiro, que se o mesmo puder transferir o FAEC, atrapalhará toda a rede do funcionamento dele. Sendo assim, solicita o apoio do Conass e Conasems para solução desse problema. O outro informe é referente a Tabela Unificada. Por vários fatores teve-se que prorrogar a implantação dessa. O primeiro, foi por solicitação dos próprios estados e municípios no sentido de se adequarem a implantação da tabela unificada. Os quais passaram por um treinamento(regional), finalizados a semana passada. A mesma relata um problema com o Datasus de preparar o sistema até julho, que até o momento encontra-se em greve, sem previsão de retorno. Após reunião com o Conass e Conasems ficou acordado que seria implantado a partir de outubro/2007. Entretanto, em uma reunião com o Dr. Noronha e o Dr. Gabardo sugere-se passar para janeiro/2008.

O último informe do DRAC, após uma reunião com o Dr. Bandarra e com os representantes da gerência do Rio de Janeiro, é que já estão recebendo a produção do SIA e do SIH, anteriormente suspensos pela greve do Datasus. Atualmente há problemas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES, tanto que o cadastro do Saúde da Família encontra-se parado. No entanto foi prorrogado o prazo para que estados e municípios encaminhem esses dados, até sexta-feira dia 22/06. Outro problema relatado trata-se de quando será feito o processamento do FAEC para ser pago. Apesar de estar descentralizado o FAEC, a seleção para o pagamento é feita por eles. Caso não seja resolvido por produção, deve-se estudar uma nova forma. Seguindo recomendação do Tribunal de Contas da União, a qual difere do sugerido pelo Dr. Bandarra, que seria por estimativa, baseado no último mês, pois em transferências passadas surgiu o problema das instituições que saíram do

Sistema e não foi possível fazer esses acertos. A mesma sugere aguardar o retorno do Datasus e solicita reunião com Conass e Conasems para tentar resolver essa questão.

**Carla** – Informa sobre o Programa de Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos. Dos 752 Hospitais integrantes do Programa, 219 hospitais haviam finalizado o contrato e 29% do universo potencial. Em função do número de contratos que estão sendo encaminhados e de envolver um quantitativo grande de hospitais que estão formalizando seus contratos, foi prorrogada até agosto a data para finalização desse processo. Foi Constituído, na Portaria que institui o Programa, um grupo de trabalho com a participação do Conass, Conasems, Ministério da Saúde e Confederação das Misericórdias do Brasil, para propor medidas nesse momento de apoio a estados e municípios com relação as dificuldades de dirimir as dúvidas para a finalização desse processo. Está sendo elaborada uma Nota Técnica (fase final) e será assinada por todos os participantes, e disponibilizados aos gestores. A Nota Técnica servirá para esclarecer os principais pontos de dúvida quanto ao processo de contratualização, e informar o andamento do Programa.

**Helvécio Magalhães** – Pronuncia sobre a questão da greve do Datasus. Como os prestadores ficam pressionando estados e municípios, os mesmos, precisam de um documento formal (escrito) sobre essa questão do atraso no processamento, mesmo sem previsão. Segundo ponto abordado pelo mesmo foi a respeito dos 140 ou 120 milhões com a unificação da tabela que estavam no orçamento de 2007. Desses, existem no MAC 60 milhões que não vão ser alocados nisso. Sendo assim há uma necessidade de se discutir a forma de alocar esse recurso.

**Antônio Carlos (Maninho)** – Questiona se o faturamento que está sendo pago agora é o faturamento de dois meses atrás, devido a greve do Datasus.

**Cleuza Bernardes** – o FAEC e a Alta Complexidade para os hospitais contratualizados.

**Antônio Carlos (Maninho)** – Outro questionamento é quanto ao banco de dados do CNES. Foi passado o estado da portaria, encaminhado uma senha,

que pode ser modificada, mas não consegue receber o banco de dados do município.

**Cleuza Bernardes** – Responde que não se conseguiu a regularização por parte do Datasus.

**Antônio Carlos (Maninho)** – Comenta que a Secretaria Estadual do Rio de Janeiro elaborou um Termo de Compromisso que o Secretário é obrigado a assinar esse termo para que ele se responsabilize pela atualização das informações, questionando se quando o município modifica a senha, somente ele e o Datasus poderá alterar algum dado. Sendo assim torna-se desnecessário a assinatura desse termo de compromisso.

**Carlos Manoel Santos** – Comenta em relação ao programa de reestruturação e contratualização das filantrópicas. O mesmo referencia que não adianta estarmos mobilizando as Filantrópicas pela Contratualização, quando uma das Filantrópicas em reunião do Conselho Estadual de Saúde manifesta-se de que aquilo que foi contratado, até agora não foi efetivado. Na mesma ordem encontra-se um Hospital Universitário que está no âmbito e na gestão do estado, na mesma data encaminhamos, e no caso específico do Hospital desde o dia 14 de maio está aguardando a publicação da portaria, impossibilitando-o de responder ao Reitor e ao Provedor da Santa Casa.

**Carla** – Se compromete em olhar se há algum entrave específico, mas responde que normalmente as portarias estão sendo encaminhadas e o DRAC providenciado a publicação sem maiores atropelos.

**Wilson Alecrim** – Reforça a solicitação do Helvécio sobre a questão dos prestadores, porque grande parte desses recursos estão sendo aplicado para pagar recursos humanos, então quando atrasa o salário é um caos dentro das empresas dos prestadores, podendo gerar uma certa crise. Precisa-se ser enviado ao Conass a relação dos estados que estão inadimplentes com o Cadastro para a devida regulamentação.

**Cleuza Bernardo** – Prevê uma posição mais clara da posição do Datasus até a próxima Segunda-feira.

**Wilson Alecrim** – Considera que esse seria um prazo razoável para mandar o documento amanhã e segunda-feira sobre a posição.

**Helvécio Magalhães** – Reforça o convite a participarem do Congresso do Conasems em Joinville de 27 a 30 de junho de 2007 na semana seguinte.

**Francisco Campos** – Agradece ao Dr. Helvécio, agradece aos presentes e comenta que para a área de Gestão do Trabalho, essa foi uma Tripartite histórica, tanto pelo decreto ontem, quanto pelo PET Saúde. A próxima Tripartite será em Florianópolis.