



Ministério da Saúde

Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT

PRINCIPAIS DISCUSSÕES E CONSENSOS DA 9ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE DE 2012

05 DE DEZEMBRO DE 2012

Em 05 de Dezembro de 2012, participaram do Plenário da Tripartite:

MS: Márcia Aparecida do Amaral; Luiz Odorico Monteiro de Andrade; Andre Luis Bonifácio de Carvalho; Helvécio Miranda Magalhães Junior; Maria do Carmo; Jarbas Barbosa da Silva Junior; Sônia Maria Feitosa Brito, José Miguel do Nascimento Junior.

CONASS: Wilson Duarte Alecrim, Jurandi Frutuoso, Hélio Franco de Macedo Junior, Beatriz Figueiredo Dobashi, Wanda Maria G Paiva.

CONASEMS: Antônio Carlos Figueiredo Nardi, José Ênio Servilha, Pedro Herman Madeiro, Aparecida Linhares Pimenta, Lucélia Borges de Abreu Ferreira, Mauro Guimarães Junqueira, Celso Luiz Dellagustina, Valdemar Ferreira Fonseca.

Conforme lista de presença anexa a este resumo.

1. Abertura dos Trabalhos

2. Apresentações e Discussões

a) Avaliação da Implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde – SAS/MS

MS: Esta avaliação diz respeito à implantação das Redes temáticas pelo país, salientando o enorme esforço de estados e municípios neste sentido. Informou que este material será disponibilizado e sugeriu que fosse discutido no GT de Atenção. Considerou que esta discussão esteja no centro do que diz respeito a Política de Atenção a Saúde, mesmo que a implementação destas redes ainda se encontre em fase organizativa, sem o devido impacto sobre a população em todas as suas necessidades. Informou que, neste processo, a Atenção Básica teve seus eixos voltados para as seguintes ações: ampliar o financiamento de custeio das ações e serviços, bem como o número de equipes e de investimento, voltados para a melhoria da infraestrutura das edificações prediais, equipamentos, inclusive com novas unidades vinculadas ao Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), ampliando o acesso e a qualidade da prestação dos serviços. A pesquisa que avaliou o PMAQ entrevistou 16.430 equipes de Atenção Básica (AB) o que representa um total de 94,9% das equipes, de acordo com dados coletados até novembro de 2012. Também foram entrevistados mais de 55 mil usuários, sobre a utilização dos serviços das unidades e o cuidado recebido pelas equipes de saúde, onde a etapa primária de coleta de dados foi concluída em 30 de novembro. Na primeira quinzena de dezembro, o trabalho de campo junto às equipes será concluído, uma vez que, com a validação dos dados, as unidades estão sendo revisitadas. No Censo das Condições de Infraestrutura das UBS, já foram visitadas 33.323 UBS (85,9%) em 5.124 municípios de todos os estados brasileiros. Acrescentou que em 2010 o Brasil possuía 31.660 equipes de saúde da família (ESF), e que em 2012 esse número passou para 33.434, aumentando assim o atendimento que foi de 100.068.661 para 105.542.967, o que representou um crescimento de 3% sobre a população coberta em relação aos dois anos avaliados, evoluindo de 52% para 55%. O financiamento dos ESF, com ou sem equipe de saúde bucal (ESB), receberam no ano de 2012 (R\$ 3,9 bilhões), o que significou um valor global de 14,7% a mais em

relação a 2010 (R\$ 3,4 bilhões). Em seguida informou a ampliação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família 2 (NASF) em 2012, com incremento dos investimentos em relação a 2010 na ordem de 56% dos recursos destinados a melhoria da AB, e que ainda no fim deste ano será lançado o NASF 3 para atender municípios com porte populacional ainda menor. Portanto, em 2010 foram aplicados R\$ 262 milhões, e, em 2012 R\$ 409 milhões. O impacto deste financiamento pode ser observado no componente de equidade, quando avaliado o novo PAB fixo; no componente indutor do modelo Estratégia de Saúde da Família; no componente de qualidade Programa de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (PMAQ); componente de qualificação da infraestrutura - Programa de Requalificação das UBS – pactuados. Em 2010 foram aplicados no Piso de Atenção Básico (PAB) fixo R\$ 3,65 Bi, em 2012 este valor foi de R\$ 4,42 Bi, o que significou um incremento de 21% em relação a 2010. Em relação ao PAB variável, para os dois anos, foram de R\$ 5,92 Bi (2010) e R\$ 8,31 Bi (2012) que representaram 40% de crescimento em relação a 2010. Os investimentos em estruturação, associado à construção e ampliação dos serviços de forma a dotá-los de condições de funcionamento melhorando o acesso, significaram um crescimento de 330%, o que significa dizer que em 2012 foram aplicados R\$ 633 Mi, contra os R\$ 147 Mi de 2010. Ao comparar 2012 com 2010 observou-se que foram investidos mais R\$ 3,63 Bi na AB nos seus diferentes componentes de forma a estruturá-lo, o que significou um aumento médio de 37%. Em relação ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde quanto à infraestrutura as propostas foram organizadas em duas tipologias para 2012, uma com financiamento via o PAC e outra Não PAC. Para financiamento PAC participaram 1.156 municípios, onde foram enviadas 2.105 propostas, cujo valor repassado soma-se um total de R\$ 135.540.000,00. Para a construção Não PAC 1.421 municípios, 1.861 propostas e o valor repassado foi de R\$ 233.716.667,00. Para o componente reforma ainda em 2012, participaram com 5.247 propostas, 1.788 municípios, o que totalizou um repasse na ordem de R\$ 197.431.108,00. Para o componente ampliação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) foram repassados R\$ 109.512.250,00, para 2.265

municípios, em 5.458 propostas. No tocante ao PAB variável, competências novembro e dezembro do exercício de 2011, e de janeiro a setembro de 2012, num total de 11 meses, foram transferidos do componente de qualidade o valor de R\$ 534.121.900,00. A Atenção Básica vem desenvolvendo ações na Rede Cegonha com os kits UBS (10.820 - detector fetal, balança antropométrica adulta DICONs de PE, BA, TO, RO, AC, AP, PI, RN, SE e AM), cadernos de Atenção Básica (CAB 32 Pré-natal: Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco na AB; CAB 33 Criança: Acompanhamento e Desenvolvimento). Formação de multiplicadores para testes rápidos de HIV e Sífilis em parceria com Departamento de DST/Aids e HIV; na Atenção Básica e as Redes de Atenção à Saúde; Rede de Atenção Psicossocial, em 2011 - introdução de dados no SIAB, em 2012. Sobre Consultórios na Rua informou sobre os principais indicadores em 2012, quais sejam: criação de 3 modalidades de Equipes de Consultórios na Rua na PNAB, com financiamento regular e mensal. Além disto, os seguintes números: 53 consultórios pré-existentes com financiamento por editais, 26 implantados sendo 79 o total de Consultórios na Rua. Quanto ao Programa Saúde na Escola explanou sobre a definição das linhas de ação psicossocial com participação do GT Ação Psicossocial. Sobre a Rede Cegonha esclareceu que 3.741 municípios contemplados em 2012 receberam recursos para financiamento do componente Pré-Natal, até outubro de 2012, o que representou 67,18% do total de municípios, com uma cobertura de aproximadamente 1.828.513 gestantes. Foi repassado R\$ 91.993.571,40 aos Fundos Municipais e Estaduais de Saúde para custeio dos novos exames de pré-natal, previstos na Portaria nº 1.459/GM, de 2011. Em relação à Avaliação do componente do parto e nascimento frente ao Plano de Ação da Rede (PAR) aprovado para o período 2011 – 2012 observa-se que o Estado do MA não teve nenhum plano aprovado; e com 1 PAR, os seguintes Estados: ES, RS, RS, PR, SE, AL, RN, CE, PB, MT, TO, GO, MS, RR, AC; e AP; com 2 PAR: MG, BA, PE, PI e AM; com 3PAR: PA e SP; e até dezembro de 2012, Santa Catarina e Rondônia. Esclareceu ainda que a partir da qualificação dos leitos para gestação de alto risco (GAR), os estados que ainda não estão com leitos qualificados são o AP, AM, RO, MA, ES, SC e RS. Estados com

leitos qualificados de 1 a 50: RR, AC, PA, TO, MT, MS, GO, DF, RN e PB; de 51 a 100 leitos: PI, AL, SE, MG e SP e >200 leitos: RJ, BA, PE e CE, num total de 1.570 leitos qualificados no período de 2011 a 2012, onde o valor repassado até outubro de 2012 soma-se um total de R\$ 107.160.350,00. Cabe uma ressalva quanto aos estados do RS, AP e AM que não dispõe de maternidade de atenção ao parto de alto risco de acordo com a Portaria nº 347/1998. Em relação aos leitos de UTI neonatal qualificados nos anos de 2011 e 2012 soma-se um total de 1.684, onde foram repassados R\$ 174.465.867,11; desse total, 35,57% encontra-se na região sudeste. Em relação aos aspectos de financiamento das redes a descentralização fundo a fundo representou para Rede Cegonha um total de R\$91.169.658,18, dos quais R\$25.691.661,36 (28,18%) estados e R\$65.477.996,82 (71,82%). Além dos recursos supra ainda foi incorporado aos limites MAC para o financiamento da Rede Cegonha, por tipo de gestão MAC: municipal R\$307.585.338,62 igual a 60% e estadual R\$201.565.515,55 equivalente a 40% de um total de R\$509.150.854,17. DESAFIOS COMUNS A TODAS AS REDES PARA SUA IMPLEMENTAÇÃO: continua sendo a atenção psiquiátrica nos 5568 municípios, a criação de uma quarta tipologia para UPA, menor que a UPA I de forma a atender os municípios pequenos, além da criação de cultura e de práticas de trabalho em rede, com a utilização do planejamento territorial para a construção das RAS (demora na elaboração dos planos de ação regionais), financiamento ainda insuficiente para a dimensão das necessidades do sistema; e inadequado (pagamento por tabela e procedimentos); capacidade gestora ainda insuficiente para o monitoramento de todos os processos; pactos regionais que visam muito mais a captação do recurso e pouca intervenção das práticas assistenciais; pactuação competitiva, pouco solidária e com descumprimento do acordado (falta de repasse); implantação de Regulação efetiva – processo ainda frágil e burocrático; contratualização dos estabelecimentos das redes; formação, capacitação, qualificação e EP dos trabalhadores; qualificação do cuidado em todos os níveis; monitoramento e avaliação dos resultados – aprimoramento dos sistemas de informação; grupos condutores das redes que não exercem papel de articulador, interlocutor, negociador, avaliador e

responsável pela tomada de decisão. Perspectivas Comuns: elaborar Planos de Ação Regionais mais “vivos” e que impactem efetivamente na melhoria da atenção a saúde e que não visem apenas o aumento do financiamento; fortalecer a Atenção Básica como coordenadora e ordenadora do cuidado; estimular o Protagonismo dos Grupos Condutores; garantir a capilarização das ações das redes nos territórios como um todo; apoiar a implementação da educação permanente em saúde de uma forma sistêmica; fortalecer o apoio institucional como uma ferramenta para potencializar as redes no MS, Estados e Municípios; repasse regular dos recursos pelos estados e municípios aos prestadores de serviços e aos municípios que não gerem o MAC; revisão da definição dos recursos imediatos dos planos de ação; definir regramento para continuidade de repasse dos recursos compatível com o cumprimento dos compromissos; Fortalecer os mecanismos de governança (colegiados regionais, estaduais, conselhos de saúde - participação sociedade) – COAP; construir o processo de pactuação menos competitivo e mais solidário e complementar – papel dos gestores e sua atuação plena e articulada; cumprimento do pactuado; qualificar o cuidado em todos os níveis; desenvolver ações para melhorar a execução dos projetos de investimento; apoiar o monitoramento e avaliação de resultados – aprimoramento sistemas de informação; construir e efetivar uma proposta de monitoramento e avaliação tripartite das Redes. Próximos Passos: instituir um grupo tripartite para alinhamento da avaliação do processo de implementação das Redes; apresentação da proposta tripartite de implementação das redes para os dois anos seguintes, na primeira tripartite de 2013.

Conass: Cumprimentou o Conasems pelos seus 25 anos, referenciando que este tem sido uma escola de aprendizado na implantação das redes, e uma nova modalidade de trabalho junto aos técnicos e secretários, sendo um novo locus capaz de responder as demandas numa lógica de mudanças que devem se alcançadas até 2014, considerando não só os indicadores de cobertura, como também a qualidade aliada ao olhar e a percepção da população sobre o SUS. Ressaltou que se deixe de olhar para o SUS como possuidor de muito recurso financeiro sem aplicação adequada dos mesmos,

	<p>qualificando o financiamento, o que possibilita apontar a existência do subfinanciamento, bem como os gargalos inerentes as políticas sociais, com vistas a construção de pactos. Indicou ainda, que para 2013/2014, haja maior velocidade para aumentar não só a cobertura, mas a resolutividade também.</p> <p>Conasems: Expressou que a comemoração é conjunta e a construção é coletiva. Quanto a implementação das Redes, demonstrou preocupações frente à regionalização, e as dificuldades em enfrentar o avanço para além das capitais e grandes centros na implantação das redes; levando-as para os interiores. Avaliou que o material apresentado representa um balanço importante, sugerindo que este fosse feito trimestralmente pela SAS, pois os Cosems cobram este tipo de avaliação, e, caso não seja possível, trimestralmente, que seja quadrimestralmente. Concorda que neste momento de implantação das redes, a fase é técnico operacional, havendo necessidade de qualificar o cuidado com precaução, uma vez que o momento é de expansão das UPA, no entanto o que se observa é uma certa deteriorização do trabalho. Por fim, corroborou com o posicionamento do Conass, enfatizando para 2013/2014 a expansão das RAS (5 prioritárias) vislumbrando a assistência em sua totalidade, principalmente com o financiamento, pois só assim há efetiva concretização das redes. Solicitou trazer a CIT um balanço trimestral ou quadrimestral para esclarecer aos Cosems e as CIB de todo o Brasil em que tempo a rede será implantada, pensando inclusive em estratégias conjuntas para qualificação e o porquê de não ter sido implantada.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: Apresentar no plenário da CIT a avaliação do processo de implantação das redes.</p>
<p>3. Discussões e Pactuações</p>	
<p>a) Minuta de Portaria que regulamenta a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde na forma de blocos de financiamento, na modalidade</p>	<p>MS: Contextualizou o processo de construção desta minuta de portaria, abordando o processo de revisão da portaria GM/MS nº 204/2007, desde o pacto pela saúde até o Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP. Destacou que a proposta de financiamento ainda não ficou clara neste processo. No</p>

fundo a fundo. SE/MS.

entanto, ressaltou que todo o processo demonstrou o caminho a ser seguido, a exemplo dos instrumentos que deverão ser adotados para chegar em um modelo de financiamento baseado no Plano de Saúde e não apenas nas políticas. Explicou ainda que foi realizado um levantamento sobre as normalizações existentes vinculadas à portaria GM/MS nº 204/2007, e com o advento da LC 141/2012 será necessário revisar o critério de rateio do orçamento federal. Do ponto de vista federal, esta minuta de portaria não interfere na dinâmica, no entanto, irá desfragmentar os componentes dos blocos, proporcionando maior mobilidade dentro destes. Salientou que para reprogramação dos saldos será necessário estar atento a funcional programática, na origem orçamentária, tornando clara a regra do saldo. Ressaltou que o orçamento federal está muito fragmentado, como exemplo o bloco de gestão que possui recursos de 05 fontes, o que dificulta o processo de reprogramação. Afirmou que a mudança é pequena, em relação a expectativa de Conass e Conasems, entretanto o maior avanço foi a descoberta de um caminho para desfragmentação do orçamento e a redução dos blocos de financiamento.

Conasems: Pontuou que seria um “sonho de consumo” para os gestores conseguir solucionar todos os problemas em uma única portaria referente às transferências por meio de blocos, todavia em conformidade com o preconizado pela LC 141/2012 e em busca de uma possível facilidade para os gestores, no que tange a reprogramação dos saldos, com menor intensidade de rigor pelos órgãos de controle referentes a financiamento. Sugeriu o encaminhamento de voltar a discutir a relação das portarias revogadas integralmente, a relação de teores que poderiam estar sendo alocados complementarmente na nova portaria, e a formação de um grupo de controle de estudo para facilitar o processo de revisão. Indicou ainda a fixação de um prazo (30/04/2013) para finalização desta etapa do processo de revisão da Portaria 204/2007. Entendeu também a necessidade de uma ação política do MS, CONASS e CONASEMS no intuito de alterar a legislação vigente, no que tange ao financiamento

b) Minuta de Portaria que Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer nas Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. SAS/MS.

da saúde pública.

Conass: Informou que esta minuta de portaria não atendeu as expectativas dos técnicos e secretários que compõem o referido conselho. Afirmou que a expectativa era o gestor com maior poder para aplicar os recursos do rateio federal. Questionou sobre a revogação da portaria GM/MS 3.252/2009. Sugeriu pelo encaminhamento de pactuação desta portaria, considerando as sugestões de alteração, formando ainda uma proposta de agenda para discussão do grupo solicitado pelo CONASEMS, debatendo também a relação de portarias que necessitarão ser consideradas. Entendeu ser necessária uma adequada interpretação e discussão sobre o artigo 17 desta minuta de portaria, para definir como se dará a relação entre os 03 (três) entes federados. Destacou que as expectativas do CONASS norteiam-se pelas: redução do número de Blocos de financiamento e também de seus componentes; redução de riscos de interpretação pelos órgãos de controle e também sobre questões relativas à reprogramação de recursos.

ENCAMINHAMENTO: Definir e publicar por meio de resolução tripartite a formação de um grupo de trabalho para a Revisão das portarias específicas, referentes ao bloco de gestão e para definição da metodologia dos critérios de rateio, com previsão de conclusão deste processo até o dia 30/04/2013. As alterações imediatas para a minuta de portaria em discussão são: Recuperar a produção de serviços próprios, caracterizar o uso dos recursos entre os componentes, caracterizar o custeio como uma ação que compreenda a reforma, verificar questão da reprogramação observando a funcional de origem, revisar o art. 3º, abranger o plano e a programação orçamentária do ente federado.

MS: Abordou o processo de construção iniciado no 1º semestre de 2012, com discussão interna do MS no grupo executivo do câncer e também das crônicas e, maior aprofundamento da discussão no GT de Atenção à Saúde no segundo semestre. Destacou a participação do MS nas assembleias do Conass e

Conasems, ponderando sobre as considerações destes e os ajustes feitos no documento: alteração no caput da minuta explicitando a prevenção e controle do câncer na rede de atenção às pessoas com doenças crônicas; inclusão do Art. 4º da Lei 12.732, que define o tempo para diagnóstico e tratamento, no §2º do Art. 3º e revisão do § único do Art. 5º, esclarecendo que as normas específicas serão pactuadas e publicadas e não apenas publicadas. Informou que a proposta, por meio desta portaria, é rever e inserir as linhas gerais da política nacional de atenção oncológica na lógica de rede de atenção às pessoas com câncer. Quanto às diretrizes e bases conceituais, estas serão disponibilizadas no site do MS, após uma maior discussão no GT de Atenção à Saúde, uma vez que as diretrizes que definirão o funcionamento da linha de cuidado e as responsabilidades de cada ponto de atenção, bem como os parâmetros que necessitam ser flexibilizados. Ressaltou a proposta do MS em diminuir a proporção de 1/1.000 casos novos da população na população em geral para 1.000/500 mil habitantes acima de 50 anos de idade, com vista à interiorização e regionalização, assim como a elaboração de uma matriz diagnóstica a partir de parâmetros mais flexíveis, por estado, também a ser apresentada no GT de Atenção à Saúde para discussão. Citou ainda, algumas outras discussões ocorridas nas assembleias supracitadas, a exemplo dos antineoplásicos, judicialização da saúde e financiamento da média complexidade para diagnóstico precoce. Propôs a pactuação da minuta de portaria com o compromisso de que as diretrizes e bases conceituais sejam aprimoradas no GT de Atenção à Saúde para apresentação na primeira CIT de 2013, juntamente com a linha de cuidado e as responsabilidades de todos os pontos de atenção, assim como, com os novos parâmetros dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) e Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon). Por fim, ponderou sobre a minuta de portaria das cirurgias oncológicas, ressaltando a existência de uma grande defasagem nos procedimentos de cirurgias oncológicas, o que tem sido apresentado pelos prestadores como justificativa por não estarem realizando as cirurgias, implicando assim em filas na questão oncológica, problema este alegado por muitos gestores. Disse que, diante do diagnóstico

apresentado, o MS propõe uma atualização dos procedimentos de oncologia: aumento de 50% em todos os procedimentos no SP e no SH, de 30% para migração de procedimentos da média para a alta complexidade e 20% como incentivo para aqueles que têm produção maior que 600 cirurgias, o que totaliza R\$ 231.000.000,00, incluindo um procedimento de internação na oncohematologia. A perspectiva é a utilização dos recursos de 2012 para esta atualização. Em resposta aos questionamentos do Conasems disse que: no tocante à revisão, existe um grupo trabalhando a revisão da média complexidade como um todo, mas ainda não há um produto a ser discutido de forma tripartite. Quanto ao Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico - SADT, mencionou a revisão da Port. 1.101 e que estará contemplado na definição das linhas de cuidado, como feito nas outras redes a exemplo da urgência e emergência. Já em resposta ao Conass, em relação à contratualização dos hospitais na média complexidade, propôs a inclusão de um artigo orientador sobre a renovação e atualização dos contratos. Disse ainda que será publicada na portaria a memória de cálculo por cada estabelecimento de saúde para que possa subsidiar os gestores na celebração dos aditivos, compondo os três percentuais: o que é 50%, o que é 30% e o que é 20%. Reiterou também que, mesmo considerando a previsão de 30% para aumento de produção com a migração dos procedimentos da média para a alta, onde serão alocado recursos, é possível um aumento para além deste percentual, mas mesmo assim o recurso ficará no teto dos gestores. Por fim, justificou sobre o atraso no envio dos documentos.

Conasems: destacou que embora já tenha sido pactuado na CIT, ainda não ocorreu à revisão de todas as redes de alta complexidade, o que significa a explicitação dos vazios existenciais do financiamento, do custeio, da linha de cuidado, da identificação das filas, das prioridades, dos tetos, etc não fazendo referencia apenas a rede de oncologia. Reivindicou o não cumprimento do prazo de envio da pauta e dos documentos da CIT, uma vez que isso precisa ser feito com uma semana de antecedência para agilizar a discussão na plenária. Solicitou que constasse como protesto por só ter recebido o e-mail com os documentos no dia anterior a esta plenária, às 12h27. Quanto à atualização dos procedimentos

oncológicos entende tratar-se de um valor considerável, todavia mais uma vez esta contemplando apenas os prestadores e as questões cirúrgicas, ficando aberto aos municípios o Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico – SADT, onerando ainda mais os gestores municipais. Talvez o objetivo em financiar estes procedimentos para ampliar a oferta cirúrgica da área oncológica, possam ficar comprometido pela falta de dispositivo financeiro dos municípios em fornecer as consultas e os exames complementares para realização desses procedimentos cirúrgicos. Disse ser inviável a pactuação de mais de 230 milhões para área cirúrgica e hospitalar da oncologia, sem uma abertura de discussão de investimento de recursos financeiros no custeio dos exames complementares que estão sobrecarregando os municípios. Ponderou não ser contra a estratégia de oportunização do acesso e solicitou que seja feita em janeiro e fevereiro de 2013, a discussão de toda a rede de alta complexidade com financiamento para a média complexidade no SADT para os exames complementares.

Conass: Lembrou que a participação do MS na assembleia proporcionou o entendimento de vários questionamentos. O único ainda não esclarecido está relacionado a portaria do Sistema de Gerenciamento da Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais especiais - OPM do SUS - SIG TAP, aonde não foi compreendido se há ou não impacto nos contratualizados relacionados a política nacional de prevenção do câncer, pois com a retirada de alguns procedimentos, tendo como exemplo a migração da média para a alta complexidade e, considerando que a forma de pagar em um é por eventos e no outro por metas, entende que poderá haver algum impacto, principalmente no evento por metas, e que não será visível no controle do MS por este ser por procedimento. Solicitou acompanhamento para que caso haja alteração, esta não provoque um desequilíbrio financeiro por conta do cálculo que é feito exclusivamente em cima do procedimento.

Na oportunidade, ressaltou que como a atenção especializada tem sido discutida de forma recorrente, faz-se necessário concretizar qual o real papel dos pontos de atenção de média complexidade e ou especializados, sua forma de financiamento e como superar este verdadeiro aperto que representa para

<p>c) Minuta de Portaria que define a estratégia de aumento do acesso aos procedimentos Traumato-Ortopédicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). SAS/MS</p>	<p>se chegar até a alta complexidade.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: Pactuada, considerando as seguintes pontuações de Conasems e Conass, respectivamente: Solicitou para janeiro e fevereiro de 2013 a discussão de toda a rede de alta complexidade, com financiamento para média complexidade no Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico para os Exames Complementares – SADT e consultas especializadas, assim como o esclarecimento da Portaria relacionada ao Sistema de Gerenciamento da Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e OPM (Órteses, Próteses e Materiais especiais) do SUS.</p> <p>MS: Informou que esta é uma estratégia de Média Complexidade que faz parte de um conjunto de ações da Linha de Cuidado ao Trauma envolvendo a Ortopedia, Neurocirurgia e Cirurgia Geral da Rede de Urgência e Emergência (RUE). Possui como foco, especificamente, os pacientes de lesões traumatólicas internados na RUE que, atualmente, aguardam cirurgias por, em média, 45 a 65 dias. Considerou importante esclarecer também, que esta proposta não deseja institucionalizar o tempo em que o paciente realizar o procedimento (cirurgia). Este paciente deve ser operado em um primeiro momento, mas levando-se em consideração a avaliação do especialista, pode ser operado em um segundo momento. Por isso, no § 2º do Art. 2º foi posto que “o agendamento regulado, conforme descrito no § 1º do Art. 2º, não exclui a obrigatoriedade da assistência imediata ao trauma”. No entanto, foi solicitado por Conass e Conasems que se estipulasse uma margem de tempo para que este paciente seja avaliado. Em resposta a isto, citou o § 4º do Art. 6º: “compete ao gestor local auditar, controlar e avaliar os procedimentos do TOM que apresentarem tempo superior a 30 (trinta) dias para sua realização, a partir do momento da indicação pelo especialista e pela marcação pela regulação, podendo o estabelecimento de saúde deixar de fazer parte do TOM, a critério do gestor local”. Relatou que após reunião tripartite foi proposto a redução deste prazo para apenas 15 dias, mas se posicionou a favor do prazo de 30 dias, afirmando que 15 dias seriam inviáveis para os municípios, colocando-os à</p>
---	---

mercê da imprensa e do Ministério Público. Por fim, interrogou à Plenária quanto a um consenso sobre este assunto. Em resposta ao questionamento de Conass e Conasems sobre os procedimentos, disse que houve um erro interdepartamental, no qual, cerca de 150 procedimentos estão listados como eletivos, sendo que são de urgência, que será corrigido. Em reunião anterior foi pleiteada a mudança das cirurgias eletivas em TOM apenas em Junho, já que as cirurgias eletivas foram pactuadas anteriormente. No entanto, a mudança será feita até o mês de Abril de 2013. Além disto, esclareceu que não foi possível financiar esta estratégia com o FAEC, devido a grande quantidade de procedimentos no país, logo, deve ser MAC.

Conass: Levantou dois questionamentos: em primeiro lugar, a questão do prazo de 15 ou 30 dias para que o gestor municipal informe ao MS o não cumprimento desta Portaria, e em segundo lugar a definição do formato de repasse destes recursos. Quanto ao prazo, propôs buscar no meio técnico-científico uma resposta sobre isto. Além disto, interrogou sobre aqueles municípios que não possuem rede contratada para estes procedimentos e propôs que se crie um mecanismo para esta situação na regulação. Por fim, questionou sobre procedimentos listados nesta proposta, mas que já estão contemplados no roll de cirurgias eletivas que já foram pactuadas e seus recursos respectivamente repassados aos gestores.

Conasems: Parabenizou o trabalho da SAS/MS. Fez-se favorável ao prazo de 15 dias, não como tempo de espera de cirurgia, mas como tempo para o gestor municipal, no seu sistema de controle, regulação e auditoria, fazer a comunicação imediata ao MS de que o conteúdo desta Portaria não esteja sendo cumprido e a solicitação imediata da suspensão dos recursos. Acordou o prazo de 30 dias para que o gestor entre em contato com o MS.

ENCAMINHAMENTO: Pactuado. Com o consenso de que o gestor comunicará ao MS quando o tempo de tratamento ultrapassar 30 dias, conforme especificações desta portaria. Os procedimentos listados na minuta da portaria serão os da estratégia do Trauma Ortopédico de Média Complexidade (TOM).

d) Minuta de Portaria que dispõe sobre a transferência de recursos aos Estados e ao Distrito Federal para a qualificação da gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), fortalecimento da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (ParticipaSUS), com foco na implementação dos dispositivos do Decreto nº 7508/11. SGEP/MS

MS: Explicou que a referida Minuta é objetiva, principalmente porque advêm e reforça alguns aspectos da Portaria nº 2979/11, apresenta um foco específico da Política do ParticipaSUS e fortalecimento da implementação dos dispositivos do Decreto 7.508/11, com vistas ao COAP. Informou que esta Minuta tem vínculo com o Bloco de Gestão e que antes de sua publicação serão necessários pequenos ajustes no formato e a inserção dos aspectos da Ouvidoria nos itens do Artigo 3, contemplados na Portaria nº 2.979. A referida minuta já está atualizada, no que se refere aos processos de uso dos recursos dos saldos, sem consonância com a primeira pactuação da CIT. Pontuou ainda, que embora não seja o mesmo valor, o anexo desta Minuta de Portaria possui um volume de recursos trabalhados com base no 1º anexo da Portaria nº 2979. Indicou a formação de um grupo tripartite para discussão dos desenhos de sustentabilidade das estruturas e o funcionamento dos foros de negociação, além da capacitação dos técnicos/gestores.

Conasems: Referiu que a Portaria representará um avanço, e além da inserção da Ouvidoria, defendeu o pleito da possibilidade de garantia da rubrica orçamentária, para o repasse de recurso financeiro aos COSEMS, com vistas à responsabilidade no apoio, atuação e representatividade nas CIR, em todos os 26 estados. Reforçou o posicionamento do Conasems, justificando que as CIR se fazem representadas pelos COSEMS do Brasil, e por isso, assegurar a possibilidade das transferências de recursos aos COSEMS são fundamentais para o fortalecimento das instâncias de pactuação, da regionalização e da instrumentalização do Decreto e do COAP.

Conass: Encaminhou pela aprovação, todavia, com relação ao questionamento do Conasems, respondeu que não conseguiu vislumbrar uma forma de como especificar as transferências de recursos ao Cosems, nesta Portaria. Sugeriu que esta seja uma articulação local, inclusive em função das divergências dos parâmetros, onde alguns estados têm convênio próprio com alguns COSEMS. Após resposta do Conasems, corroborou com a solicitação. Atentou-se ainda aos tempos; tendo em vista que

e) Calendário de Reuniões da Comissão Intergestores Tripartite 2013. CONASS/CONASEMS/MS

esta Portaria tem orçamento 2012, entendeu que o MS pretende publicá-la e achar um mecanismo de empenhar num prazo para execução 2012. Neste sentido, questionou se há a intenção de esperar a publicação da Portaria que regulamenta a transferência dos recursos federais para ações e serviços de saúde na forma de blocos de financiamento, na modalidade fundo a fundo, uma vez que é citado o número da Portaria, no Artigo 6.

Parabenizou o MS pela preocupação relacionada a estruturação dos foros de negociação e capacitação dos técnicos e gestores, indicou que a melhor estratégia será uma discussão no GT de Gestão, vinculada ao planejamento na região.

ENCAMINHAMENTO: Pactuada. Inserir na discussão do planejamento regional, no GT de Gestão, a estruturação e o funcionamento dos foros (regional e bipartite).

MS: apresentou a proposta de Calendário para Reuniões da Comissão Intergestores Tripartites 2013, apresentando as datas previstas mês a mês, ponderando sobre a Copa das Confederações prevista para o mês de junho em destaque.

Conasems: Iniciou considerando a programação de Calendário apresentado para pactuação pela Secretária Técnica da Tripartite ressaltando que:

- 1) Em junho quando da ocorrência da Copa das Confederações e considerando a baixa disponibilidade de oferta de leitos de hotéis disponíveis na cidade de Brasília, sugeriu não haver realização da CIT neste mês.
- 2) Para o mês de julho sugeriu que a reunião ocorresse no período do congresso do Conasems, pois o mesmo ocorrerá aqui em Brasília.

ENCAMINHAMENTO: Pactuado com as seguintes ressalvas: Cancelada a CIT de JUNHO, em função da Copa das Confederações e o plenário da CIT de JULHO acontecerá possivelmente na 3ª semana,

	em Brasília no Congresso do CONASEMS.
4 Informes:	
<p>a) Banco de dados e atuação tripartite frente à judicialização. CONJUR/MS</p>	<p>MS: MS: Em razão da problemática da judicialização informou que houve reunião com a Conjur, SE, SGEP, Conass e Conasems, para tratarem de assuntos relacionados a um trabalho que vem sendo conduzido pela USP de Ribeirão Preto. Diante de problemas como a desinformação; as experiências estaduais e municipais com relação ao tema (como a falta de dados dos gastos com a judicialização); quais os medicamentos mais pedidos em nível nacional; e sabendo que são os municípios os que mais sofrem com esse tema, considerou que a ideia é coordenar esse trabalho de forma tripartite para conhecer as ações judiciais, e os impactos orçamentários para a União, Estados e Municípios. Além de reconhecer as experiências feitas, a intenção é difundi-las para que outros possam utilizá-las, bem como angariar investimentos em pesquisa, a exemplo do que o Estado de São Paulo tem feito em relação ao que a lei paga pela judicialização. Por isso, vislumbra a criação de um banco nacional ou site interfederativo com todas as informações. Ressaltou ainda que, a exemplo da USP de Ribeirão Preto, a qual tem um setor de pesquisa sobre a judicialização, o MS poderia agregar outras entidades como a Fiocruz, a Rede Direito e Saúde – DS, dentre outros, para a criação de um fórum, no âmbito do GT de Gestão. Reforçou que isto possibilitará uma discussão de forma mais conjunta, metodologicamente mais embasada, viabilizando maior respaldo para elaboração de Notas Técnicas e outros documentos pelos Procuradores, uma vez que a justiça estadual e municipal tem muita carência de informações que possam embasar respostas relacionadas às demandas que envolvem a judicialização.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: Dada a relevância do tema, Conasems indicou que seja por meio de resolução tripartite a instituição de um grupo para discussão acerca da judicialização.</p>

b) Instituições dos Comitês Estaduais das Políticas de Equidade. SGEP/MS.

MS: Iniciou lembrando que a Portaria que criou a Política da População LGBT e a que criou a Política do Campo e Floresta foram aprovadas e assinadas pelo Ministro da Saúde durante a 14ª Conferência Nacional de Saúde. Quanto a Portaria referente à População Negra, está já havia sido aprovada anteriormente. Acrescentou que durante o ano de 2012, teve-se como estratégia a realização de seminários regionais para a discussão do conjunto das políticas envolvendo a participação das secretarias estaduais de saúde, das secretarias municipais das capitais e das secretarias dos maiores municípios e a representação de lideranças dos movimentos respectivos e dos conselhos de saúde. Foram realizados 6 (seis) seminários com a participação de todos os estados. O estágio atual de constituição dos comitês é o seguinte: em 3 (três) estados houve a definição de criação de um comitê único de promoção das políticas de promoção da equidade, quais sejam: MS; PI e RN, e, nos comitês, haverá um grupo de trabalho de cada uma das políticas. Com relação à população negra há comitês técnicos constituídos em 9 (nove Estados), quais sejam: SP, BA, RS, RJ, PB, MG, AC, GO e PR. E, em andamento, há comitês nos Estados de RR, AL e DF, totalizando 12 (doze Estados) em processo de construção do comitê da População Negra. Quanto à população LGBT foram constituídos comitês nos seguintes estados: GO, PE e PB, e também em andamento em 3 Estados, ES, RJ e BA. Quanto a População do Campo e Floresta, estão em andamento nos estados RJ, MT e ES. Há discussões de constituições de comitês da população em situação de rua, nos estados da BA, PE, PR, MG e RJ, lembrando que a Resolução nº5/2012, que estabelece diretrizes para a organização de estratégias e ações por meio de planos operativos para implementação de ações em saúde para a População em Situação de Rua no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), precisará ser republicada. Acrescentou que consta em seu planejamento a realização de oficinas nos estados que constituíram comitês, e dos que estão em andamento a intenção é, em parceria com Conass e Conasems, organizar agenda para a discussão da descentralização desses comitês.

<p>c) Situação das transferências dos recursos financeiros referentes à Portaria GM/MS nº 2.979/11. SGEP/MS</p>	<p>MS: Avisou acerca da Portaria GM/MS nº 2979/11 no que se refere aos recursos a serem disponibilizados, em 3 parcelas, sendo: - a 1ª automática, que foi em torno de 12 milhões para todos os estados; - a 2ª focada na questão da informação dos instrumentos de planejamento e o cadastramento via SargSUS. Seis Estados ainda não fecharam essa informação, quais sejam: ES, PE, PI, RJ, RN e RS, sendo que os recursos só poderão ser liberados quando da informação desse cadastramento, conforme prevê a portaria. E a 3ª parcela relacionada às informações com relação ao processo de funcionamento das regiões de saúde e a informação sobre o processo de construção e implementação do COAP. Informou ainda que apenas os Estados do AC e PB não encaminharam suas agendas referente ao processo de planejamento, Mapa e a implantação do COAP. Acrescentou que há um resíduo no valor de R\$ 12.300.000,00 (doze milhões e trezentos mil reais) a serem liberados, e, por isso, solicitou o apoio de Conass e Conasems para o fechamento deste quadro, o mais tardar, em meados de dezembro.</p>
<p>d) Situação sobre a pactuação dos indicadores referentes às regras de transição após prazo de encerramento no SISPACTO. SGEP/MS.</p>	<p>MS: Comunicou que 99,9% dos municípios pactuaram seus indicadores, restando apenas 4 que não finalizaram ou ainda não iniciaram suas pactuações, quais sejam: o município de São João da Fronteira, no estado do PI, que não teve sua pactuação iniciada; Santana no Amapá, Juiz de Fora em Minas Gerais e Normandia em Roraima que estão com suas pactuações em preenchimento. Com relação aos indicadores estaduais, os 25 Estados e o DF finalizaram suas pactuações, faltando apenas o Estado do PI, que está em preenchimento.</p>
<p>e) Nota Técnica sobre a situação dos Municípios quanto aos Relatórios de Gestão no Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão – SARGSUS. SGEP/MS</p>	<p>MS: Notificou que atualmente 96% dos municípios informaram sobre o relatório de gestão no SargSUS, permanecendo 371 municípios sem informação. Informou que será enviada Nota Técnica dando ciência a estes 371 municípios. Ressaltou que dos 5.568 municípios, onze ainda não se cadastraram no SargSUS, obtendo como resultado 99,8% dos municípios e 98,3% de conselhos municipais cadastrados. Enfatizou que é preciso concluir este processo de cadastro em razão do relatório</p>

	<p>quadrimestral de 2012 e, em março, o relatório anual de 2012, a serem informados no início do ano de 2013. Lembrou que a preocupação é manter a regularidade da informação e na oportunidade, solicitou apoio de Conass e Conasems para esta demanda. Acrescentou ainda que será enviada aos Cosems a lista de todos os cadastrados no SargSUS, visando antecipar a atualização dos contatos a serem feitos, tendo em vista as possíveis mudanças dos profissionais que utilizam esse sistema para a informação do Relatório Anual de Gestão.</p>
<p>f) Diagnóstico do Sistema Nacional de Auditoria do SUS. SGE/MS</p>	<p>MS: Comunicou a conclusão do diagnóstico do Sistema Nacional de Auditoria, em que alguns dados já foram apresentados na reunião com o TCU. Agradeceu o importante apoio de Conass, Conasems, e em especial, do Cosems de Alagoas, que mobilizou seus municípios para realização deste diagnóstico, cujas respostas estão disponíveis em suas páginas eletrônicas. Dos 1.035 municípios que aderiram respondendo ao diagnóstico, depois da limpeza e da retirada das duplicidades dos banco de dados, 960 municípios tiveram suas respostas consolidadas, sendo identificado em torno de 260 municípios com componente municipal de auditoria implantado. Quanto às outras informações relacionadas à solicitação de implantação, condições de recursos humanos e infraestrutura, estas serão sistematizadas e disponibilizadas posteriormente para os componentes estaduais e municipais, assim como Conass e Conasems, visando à discussão de estratégias para intensificar a implantação dos componentes de auditoria em cada estado.</p>
<p>g) II Fórum Nacional de Auditoria do SUS. SGE/MS</p>	<p>Informou sobre o II Fórum Nacional de Auditoria, ocorrido no período de 26 a 28 de novembro, com a participação de 300 auditores dos componentes municipais, estaduais e federais, bem como a participação de Conass, representantes dos Cosems de vários estados e gestores municipais. Ao final do Fórum foi discutida e aprovada uma Carta Política, que já se encontra disponível para todos, cujo texto discorreu acerca das atribuições e do alinhamento conceitual da auditoria como figura importante no controle interno do SUS, com transparência no monitoramento e avaliação.</p>

h) Dia Nacional de Luta contra a AIDS. SVS/MS	MS: Agradeceu a todos, inclusive a Estados e Municípios pelo apoio a Campanha da detecção e informou que só no Município do Rio de Janeiro foram realizados, num único dia, 48.000 exames de sífilis e HIV, sendo 100 mil desde o início da campanha até o dia “D”, o que considerou muito satisfatória essa combinação de se fazer ações durante todo o ano, com foco num determinado período, cujo chamamento desmistifica, tira a barreira cultural e o medo das pessoas de irem fazer o exame.
---	---

DESTAQUES	<ul style="list-style-type: none"> - A SVS solicitou apoio dos escritórios do Conass e do Conasems para obtenção, sem atraso, das informações, solicitadas pela Portaria GM/MS nº 2.363/12, que institui repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, por meio do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, para fomento na implantação do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no âmbito das unidades de saúde. - Para não prejudicar nem municípios, nem estados, principalmente devido à mudança de gestão, a SVS comunicou que será prorrogado por mais 120 dias, o prazo para envio pelas CIB da pactuação da responsabilidade pela gerência e aplicação dos recursos financeiros de vigilância em saúde dos Municípios que não assumiram a gestão das ações de vigilância em saúde, conforme o disposto no Art.5º da Resolução Tripartite nº4/2012. - Consenso tripartite para proposição de informe dos resultados dos trabalhos do Grupo Interministerial acerca da organização do setor saúde para a Copa das Confederações no plenário da CIT de 28/02/2013. - Consenso de que seja feita apresentação dos resultados dos trabalhos do Grupo Interministerial sobre o trabalho processado de organização da Copa do Mundo, a ser apresentado na reunião da CIT de
------------------	--

28/02/2013.

- Ministério da Saúde responderá ao questionamento do Conasems sobre o pagamento da 2ª parcela das Unidades Básicas de Saúde (UBS), bem como a parcela referente ao incentivo da Academia da Saúde das competências de novembro e dezembro de 2012.

- Pactuada revogação imediata da Resolução Tripartite nº 5/2012 que estabelece diretrizes para a organização de estratégias e ações por meio de planos operativos para implementação de ações em saúde para a População em Situação de Rua no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).