



COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT
PRINCIPAIS DISCUSSÕES E CONSENSOS DA 8ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE DE 2013
31 DE OUTUBRO DE 2013

Em 31 de outubro de 2013, participaram do Plenário da Tripartite:

MS: Luiz Odorico Monteiro de Andrade; Márcia Aparecida do Amaral; André Luis Bonifácio de Carvalho; Helvécio Miranda Magalhães Junior; Maria do Carmo; Jarbas Barbosa da Silva Junior; Sônia Maria Feitosa Brito; Carlos Augusto Graboys Gadelha; José Miguel do Nascimento Júnior e Mozart Júlio Tabosa Sales.

CONASS: Wilson Duarte Alecrim; Jorge de Souza Villas Boas; Michele Caputo Neto; Vanda Maria Paiva e René José Moreira dos Santos.

CONASEMS: Antonio Carlos Figueiredo Nardi; Charles Cezar Tocantins de Souza; Raul Moreira Molina Barrios; Frederico Marcondes Neto e José Fernando Casquel Monti.

Conforme lista de presença anexa a este resumo.

1. Abertura dos Trabalhos

Programa Mais Médicos SGTES/MS: Contextualizou o tema com uma apresentação destacando os itens mais discutidos sobre o Programa Mais Médicos.

Quanto à Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013, que substitui a MP nº 621, de 8 de julho de 2013, citou responsabilidades do Ministério da Saúde, como a emissão e adaptação da nova nomenclatura dos números dos registros dos profissionais estrangeiros, cuja fiscalização ficará à cargo dos Conselhos Regionais de Medicina. Ressaltou que todos os números anteriormente registrados pelos CRMs serão convertidos por números emitidos pelo MS e que somente estes, serão válidos.

Referente aos Cursos de especialização caracterizados como residência: Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Conselho Federal de Medicina (CFM) e Associação Médica Brasileira (AMB), disse que, a fim de padronizar o cadastro de profissionais no âmbito da Saúde Pública, o MS fará um apanhado de todos os profissionais brasileiros especialistas. O Cadastro Nacional de Especialistas (CNE) será instituído e regulamentado por meio de Portaria e de Decreto, cujas instituições deverão enviar anualmente ao CNE o número de profissionais especialistas inscritos.

Ainda sobre cursos de especialização, informou que há previsão de oferta de complementação financeira às Bolsas de Medicina Geral de Família e Comunidade, tendo em vista a possibilidade de regulamentação nesta área e com provável remuneração da própria bolsa do Programa Mais Médicos.

Destacou que antes da Lei o módulo de acolhimento era previsto em 120 horas, com modelo de avaliação contemplada apenas em Portaria do MEC, atualmente, a Lei determina

que este 1º módulo terá duração de 4 semanas com carga horária mínima de 160 horas e modelo de avaliação específico.

O Programa prevê o aperfeiçoamento dos médicos participantes por meio de cursos de especialização por Instituições Públicas de Ensino Superior e envolverá as atividades de ensino, pesquisa e extensão. Estas atividades terão componente assistencial mediante integração ensino-serviço. Reforçou que os profissionais que participarem do Programa Mais Médicos por pelo menos 1 ano receberão ponto adicional de 10%, na nota de todas as fases do processo seletivo de Residência Médica.

A autorização para o funcionamento do curso de graduação em Medicina em Instituições de Educação Superior Privadas será realizada por meio de chamamento público e observará critérios de pré-seleção dispostos na Lei, tais como: necessidade social da oferta do curso de Medicina no Município e disponibilidade de equipamentos públicos nas Redes de Atenção à Saúde do SUS. Sendo estes equipamentos, adequados e suficientes para a oferta do curso, com no mínimo ações e programas de atenção básica e psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, serviços de urgência e emergência e de vigilância em saúde. A pré-seleção dos Municípios será regida pelo Edital Nº 03, 22 de outubro de 2013 do Ministério da Educação.

De acordo com o Ministério da Educação, o Município deverá: possuir 70 mil habitantes ou mais (segundo os dados do Censo 2012-IBGE); não se constituir Capital do Estado e não possuir curso de graduação de Medicina em seu território. Complementou que há proposta de discutir junto ao MEC as situações dos Municípios que possuem o campo de prática muito extenso e um curso com poucas vagas. A sugestão é pensar em uma co-relação vaga/leito, e sendo esta muito baixa, será feito um ajuste no Edital discorrendo que, nestas situações, esse critério não seja excludente.

O Edital MEC rege que o Município deverá possuir o número de leitos disponíveis no SUS por aluno, maior ou igual a 5 leitos, para que cada curso com 50 vagas, disponibilize no mínimo, 250 leitos. Já o número de alunos por equipe de Atenção Básica deverá ser menor ou igual a 3, sendo o número de 17 equipes, no mínimo.

O Município também deverá disponibilizar leitos de urgência e emergência ou Pronto Socorro e pelo menos 3 programas de Residência Médica nas especialidades prioritárias: Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Medicina de Família e Comunidade. Os Municípios que não possuem pelo menos 3 programas de Residência Médica, deverão assinar um termo se comprometendo em providenciar esses programas em até 1 ano.

Deverão ainda, obrigatoriamente, aderir ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), possuir um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um Hospital de Ensino ou Unidade Hospitalar com características de Hospital de Ensino, além de ter hospital com, no mínimo, 100 leitos exclusivos para o curso. Chamou atenção, ao último critério, pois esta obrigatoriedade não era prevista anteriormente. O que ocorria era muito compartilhamento de leitos e de estrutura hospitalar entre vários cursos, atualmente, a Lei preconiza exclusividade destes leitos para o curso de Medicina.

Informou que haverá também análise de projeto de melhoria da estrutura de equipamentos públicos e de programas de saúde. A análise dos projetos e avaliação *in loco*, poderá ser realizada pela Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior (SERES). Embora, exista uma reivindicação junto ao Ministério da Educação, para que o MS, o

CONASS e CONASEMS possam participar dessas visitas e contribuir com as análises e avaliações dessas estruturas.

Quanto à supervisão das atividades do Programa, o MS solicita apoio aos gestores das Secretarias Estaduais e Municipais para o processo de acompanhamento acadêmico, pois há necessidade de profissionais supervisores para o fortalecimento e o crescimento do Programa. A ideia é que os gestores locais disponibilizem profissionais com formação em Medicina Geral para supervisionar os profissionais médicos de família participantes do Programa.

No dia 21 de outubro de 2013, foi publicado Edital no site UNA-SUS com objetivo de inscrever profissionais para compor o Cadastro Nacional de Supervisores do Programa. Deste modo, solicitou apoio na divulgação destas inscrições.

Relativo ao Decreto nº 8081/2013, que institui o Comitê Gestor e o Grupo Executivo do Programa Mais Médicos, para dispor sobre o pedido de inscrição do registro provisório de médico intercambista, mencionou a articulação quanto à participação dos órgãos auxiliares: CONASS, CONASEMS, ANDIFES e ABEM, a periodicidade das reuniões e que está em processo de finalização, junto à Casa Civil o Regimento Interno do Comitê Executivo.

Apresentou o balanço dos profissionais brasileiros e estrangeiros do Programa Mais Médicos no 1º ciclo, a perspectiva e previsões para o 2º ciclo, iniciado recentemente, a distribuição dos profissionais por Estados e a parcela de Municípios que não aderiram ao Programa (apresentação anexa).

Solicitou esforço do CONASS, CONASEMS e COSEMS para realizar a re-territorialização e uma reprogramação no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), devido ao impacto do Programa frente aos parâmetros de cobertura de uma Equipe de Saúde.

CONASEMS: Indicou que dificuldade na comunicação tem sido o principal problema do Programa, por isso, sugeriu ajustes, especialmente informando as mudanças das regras do Programa, agilizando e uniformizando a informação e na indicação de um profissional responsável por essa comunicação.

Alertou que a sensibilização feita, para que os Secretários Municipais de Saúde acolham estes profissionais, oferecendo condições de moradia e recursos financeiros antes mesmo da sua chegada, são essenciais para a fixação dos profissionais nos Municípios.

Quanto à semana de acolhimento dos profissionais, solicitou que o ideal é que os profissionais, ao chegarem às Capitais, sejam imediatamente encaminhados para o Município que atuarão, para que conheçam a realidade de cada região, proporcionando a adaptação e o vínculo das equipes nestes Municípios.

Requeru a flexibilização do SCNES, de imediato, a fim de que seja possível a abertura no sistema para realizar alterações na lotação dos profissionais médicos e evitar transtornos na fixação destes profissionais junto ao Programa.

CONASS: Reiterou o posicionamento do CONASEMS e sugeriu que o modelo de comunicação seja realizado por comando local, articulada a uma coordenação estadual para tratar dos assuntos afetos ao Programa, ligada diretamente ao Secretário Estadual de Saúde. Outro ponto que deve ser buscado para o aprimoramento do Programa é a tomada decisão para abolir a prática do aluguel do nº do CRM para compor as Equipes de Saúde da Família.

Propôs a viabilidade e modelagem, nos termos da Lei, para ampliação do número de vagas e custeio financeiro às Instituições Estaduais de Ensino Superior.

ENCAMINHAMENTO: O Ministério da Saúde viabilizará um modelo para a ampliação de vagas e apoio financeiro junto às Instituições de Ensino Superior que tenham interesse na expansão das vagas.

Reprogramar o tempo de acolhimento nas Capitais para que seja feita uma inserção regional dos profissionais e repensar um novo modelo para essa adaptação dos profissionais nos Municípios.

Repensar a flexibilização do Sistema do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES.

Comunicar, por meio de Informe, na CIT de 21 de novembro, o impacto da Portaria nº 2.355/2013, que dispõe sobre o parâmetro de cobertura de uma Equipe de Saúde, além do estado da arte desta informação para que as alterações já sejam contempladas no 3º ciclo do Programa.

2. Apresentações e Discussões

a) Estado da Arte e-Saúde – SGEP/MS.

ENCAMINHAMENTO: Consensuou-se que a referida apresentação será realizada na próxima CIT.

b) Estado da Arte do novo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Projeto Sinan/Proadi – SVS/MS.

MS: Solicitou empenho e colaboração do Conass e Conasems na conclusão do processo de mudanças no Sistema de Agravos de Notificação – Sinan, salientando não tratar apenas de uma questão de *software*. Disse ainda que apesar de 25 anos de SUS, apenas em 9 Estados brasileiros os dados de notificação de doenças são digitados nos municípios e que nos demais Estados, a informação de dá via Regionais ou Secretarias Estaduais de Saúde. Acrescentou que, como resultado, as doenças de notificação imediata são sabidas 15 dias após o diagnóstico. Ponderou sobre os casos de cólera ocorridos em Cuba e México, informando que a Organização Pan-americana de Saúde está divulgando uma nota de alerta. Reforçou que o Sinan é um excelente sistema de registro e deve ser preservado, pois nos permite conhecer todos os dados ocorridos no passado. No entanto, deixa a desejar enquanto sistema de vigilância, pois não permite a transmissão dos dados em tempo hábil, aos gestores municipais, estaduais e ao MS, que a vigilância necessita. Disse ser importante pensar a organização da Vigilância no Brasil e afirmou a necessidade da municipalização da

	<p>Vigilância, iniciando pelo Sinan. Por fim, pediu ao Conass e Conasems maior envolvimento por parte dos gestores e informou que estará apresentando na próxima CIT o detalhamento de todo o processo.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: Consensuou-se que a referida apresentação será realizada na próxima CIT.</p>
<p>c) 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – CNS</p>	<p>CNS: Agradeceu a oportunidade de apresentação da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador nesta CIT e a presença de alguns Secretários de Saúde na atividade realizadas em 30/10, sobre o Movimento Saúde +10, cuja agenda tem estabelecido uma parceria entre: Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conass, Conasems e também MS.</p> <p>Reforçou ao Secretário de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), Mozart Sales, o interesse deste Conselho em dar continuidade às discussões acerca do Programa Mais Médicos, a partir da aprovação da Medida Provisória, tendo em vista o que está posto para os Conselhos de Saúde, como a responsabilidade de acompanhar a implementação e avaliação do programa. Salientou que esta demanda não foi uma reivindicação apenas dos prefeitos e dos secretários municipais, mas principalmente à capacidade de resposta organizada a demanda da população. Nesse sentido, indicou que o CNS continuará unido aos parceiros na referida agenda estratégica.</p> <p>Em relação à 4ª Conferência de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, pontuou que o Conselho tinha uma posição de não realização de Conferências Temáticas, todavia, foi convencido da necessidade de se ter uma Conferência deste porte e com essa problemática, haja vista a forte mudança no mercado e mundo de trabalho globalizados. Atualmente, um dos maiores investidores do desenvolvimento econômico no país é o próprio governo federal, com aporte de Estados e Municípios, a exemplo do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social - BNDES e do Programa de Aceleração do Crescimento - PAC. Assim, seria uma grande contradição do Controle Social não promover um debate, olhando os últimos 10 anos de transformações no Brasil e no mundo, inclusive o papel que o SUS tem no impacto dessas mudanças no mundo do trabalho, na saúde do trabalhador e da trabalhadora. Sendo este o mote da Conferência: “Saúde do trabalhador e da trabalhadora, Direito de Todos e Todas e Dever do Estado”.</p>

Informou que em conversa prévia com o Secretário de Vigilância Epidemiológica (SVS), Jarbas Barbosa e com o Ministro de Estado da Saúde, Alexandre Padilha, houve a compreensão da importância e da oportunidade dessa agenda ganhar peso no debate da Saúde, por isso, nesta CIT, o intuito é ter o aval também dos Secretários de Saúde para realização dessa Conferência. Deste modo, o objetivo é assegurar o papel do Estado, tendo em vista a relevância do Brasil no cenário internacional, não só para reafirmar a importância do bem estar social à classe trabalhadora, mas também da participação cidadã. Ressaltou que não será uma Conferência voltada ao corporativismo sindical, mas dirigida à percepção de avaliar o Brasil com as suas desigualdades regionais e sociais, não apenas a partir dos grandes centros urbanos industriais, mas também a partir do Brasil rural e de todos os setores produtivos que dinamizam a economia brasileira, por isso, o eixo principal é a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Ponderou que, mesmo sendo o SUS a porta de entrada aos trabalhadores acidentados ou submetidos a riscos e agravos à sua saúde, lamentavelmente esta temática ainda se discute com muita ênfase na Previdência, sem priorizar e dar a devida importância e visibilidade social à saúde do trabalhador (a) necessária como política de governo. O objetivo é pensar também no SUS diante da perspectiva da proteção e promoção à saúde, inclusive desonerando a assistência à saúde e a previdência com tantos benefícios. Por isso, o eixo é na linha de implementação da política de uma dimensão inter e intrasetorial. Citou os sub-eixos, as etapas, o cronograma e a composição da comissão organizadora, do Comitê Executivo, Comissão de Comunicação e Mobilização e Comissão de Formulação e Relatoria (apresentação anexa) e o desafio de pensar o desenvolvimento social e econômico olhando os setores produtivos, a partir das regiões de saúde, especialmente as macrorregiões, com vistas a uma agenda ampla e em Defesa do SUS.

Referiu que, embora haja um esforço enorme da SVS de aportar recursos para os Estados e Municípios, ainda há ausência de expressão no compromisso dessa pauta seja no COAP ou nos Planos Estaduais e Municipais de Saúde.

Solicitou ainda a indicação de representantes de Conass, Conasems e MS, para compor a Comissão Organizadora da 4ª Conferência e aprovar o regimento.

CONASEMS: Registrou a satisfação em receber a Presidenta do CNS na CIT, Socorro Souza, citada como grande parceira, responsável pelo novo rumo do Conselho e pela construção e fortalecimento do Controle Social. Desta maneira, felicitou-a por este processo.

Disponibilizou-se e comprometeu-se em apoiar e mobilizar todos os COSEMS do Brasil para aderir e fomentar esse tema devido à relevância desta Conferência, com a execução de conferências regionais e estaduais.

Ressaltou que o maior desafio ainda é a informalidade do trabalhador, que não está em nenhum tipo de estatística, mas se apresenta como um problema de saúde, por isso a dificuldade de se responsabilizar por este processo.

Na oportunidade, fez o registro e entregou a Presidenta do CNS, seu perfil nos homenageados na revista do Conasems.

CONASS: Cumprimentou expressando o carinho à Presidenta do Conselho. Com relação ao papel das Centrais Sindicais concordou com quase tudo dito, porém, frisou que a discussão não pode ser político-ideológica.

MS: A Secretária Executiva, Marcia Amaral, sugeriu acrescentar à Comissão, tendo em vista o tema relevante da Conferência, a discussão com a Seguridade Social. O intuito é intensificar a participação dos demais Ministérios, desde o início (da organização à execução), sendo fundamental assegurar os interlocutores na construção de propostas.

CNS: Diante do desafio de presidir o Conselho, disse estar feliz e emocionada pela homenagem e pontuou que o avanço no CNS só foi possível diante do respaldo dado pelos trabalhadores, gestores e usuários, por isso, espera não decepcionar.

Expressou estar atenta em não dar uma conotação política partidária à Conferência e com isso também não

	<p>comprometer a agenda da saúde.</p> <p>Referente aos outros Ministérios, afirmou que há o diálogo e a articulação entre o Ministério do Trabalho e da Previdência, todavia, entende que a centralidade é o SUS, Ministério da Saúde, por isso os outros setores veem junto para aportar e dar objetivo e foco à 4ª Conferência.</p> <p>Finalizou, informando que ontem (30/10), em frente ao Congresso Nacional, militantes do Movimento Saúde+10 fizeram uma grande ciranda para o ato de lançamento da "Campanha Nacional em Defesa do SUS Público de Qualidade e para Todos", pelo CNS, cujo objetivo é comemorar os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) e pensar os próximos 25 anos, que irá até a 15ª Conferência Nacional de Saúde. Destacou ainda o apoio da SGEP para divulgar a citada Campanha.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: Pautar como Apresentação e Discussão, a Campanha em Defesa do SUS, na CIT de 21 de novembro de 2013.</p>
<p>3. Discussões e Pactuações</p>	
<p>a) Política Nacional de Informação e Informática em Saúde – PNIIS e I Plano Operativo (2014-2015) – SE/MS</p>	<p>MS: Informou sobre os documentos da Política Nacional de Informação e Informática e do Plano Operativo, sendo a primeira produto de um trabalho coletivo, iniciado em 2012, com 5 reuniões ampliadas, envolvendo todas as Secretarias do Ministério da Saúde, bem como os parceiros: Conass, Conasems e CNS. Disso resultou , em novembro de 2012, uma consulta pública, que ficou disponível por 30 dias, e recebeu mais de 90 sugestões para conceitos e incorporações, e, posteriormente, passou a ser discutido internamente, sob a Coordenação do Subcomitê de Informação e Informática em Saúde/CIINFO. Acrescentou ainda que, em agosto de 2013, foi aprovado o texto da Política e a mesma também foi apresentada na CIT de 29 de agosto.</p> <p>Por fim, mencionou que, uma vez pactuados, os referidos documentos serão encaminhados para o Conselho Nacional de Saúde ainda no mês de dezembro e, em seguida, serão submetidos à Conjur para a configuração em formato de Portaria e Resolução, respectivamente, para consolidação da iniciativa.</p>

	<p>CONASS: Pactuada.</p> <p>CONASEMS: Pactuada.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: Pactuada.</p>
<p>b) Minuta de Portaria de regulamentação do incentivo para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, com a definição dos critérios, financiamento, monitoramento e avaliação – SVS/MS.</p>	<p>MS: Fez menção a participação na assembleia do Conass e reunião do Conares. Destacou a solicitação do Conass para que haja maior flexibilização do uso do incentivo único, que engloba 7 financiamentos anteriormente fragmentados. Deste modo, acatada a sugestão, a SVS/MS revisará o § 1º do Art. 7, explicitando que o <i>“os recursos atuais disponíveis comporão o montante”</i>. Comunicou que na próxima CIT será pautado o incentivo da DST e Aids, finalizando assim o arranjo do financiamento de Vigilância em Saúde, de modo simplificado e voltado para resultados, o que facilitará a adesão e habilitação de novos serviços no futuro.</p> <p>Na oportunidade, destacou que o prazo da adesão do Piso de Qualificação das Ações de Vigilância à Saúde encerra na presente data e que, até o momento houve a adesão de 95% dos municípios brasileiros o que compromete 97% dos recursos, ou seja, 121 milhões de reais, repassados àqueles municípios que se comprometem a acelerar e ampliar o alcance de resultados sanitários.</p> <p>CONASEMS: Parabenizou ao MS pela realização da 13ª EXPOEPI realizada pela Secretaria de Vigilância em Saúde e, em seguida, propôs que as demais secretarias do MS possam seguir esta normatização, no intuito de unificar seus incentivos evitando as diversas “caixinhas”, o que permitirá a tramitação do recurso para execução sem vinculação as diversas rubricas orçamentárias. Além disso, entende que a unificação irá romper com as dificuldades na utilização dos recursos, de modo a obter resultados em indicadores de ações e serviços de saúde, disponibilizada para toda a população. Favorável a pactuação.</p> <p>CONASS: Agradeceu a SVS/MS pela presteza à solicitação, indicou pela pactuação.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: Pactuada com o ajuste proposto pelo Conass.</p>
<p>c) Minuta de Portaria que redefine critérios e parâmetros para</p>	<p>MS: Antes de iniciar a discussão sobre a Minuta de Portaria fez a apresentação de alguns dados do exame</p>

organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação para os estabelecimentos de saúde habilitados em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) – SAS/MS.

preventivo, da mamografia e das cirurgias considerados preocupantes sobre o Câncer no país, no intuito de sensibilizar os parceiros do Conass e Conasems. Informou que houve uma redução de 4% do número de coleta e análise das lâminas do exame preventivo (citopatológico) nos últimos três anos e, além disto, apenas 9 Estados alcançaram a meta de 75% das mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos realizando o exame. Outro número bastante preocupante é o da relação entre a produção da coleta do material e a produção do exame citopatológico que chega a uma diferença de quase 50%. A meta até 2014 é que 75% das mulheres entre 25 e 64 anos realizem o exame preventivo (citopatológico) com ampliação do financiamento dentro desta faixa etária.

No que diz respeito à Mamografia a produção total teve um aumento de 15% e dentro da faixa etária de rastreamento (50 a 69 anos) 17%, e que 46% dos exames, atualmente, ainda são realizados fora da faixa etária. Atualmente nenhum Estado alcançou a meta de 65% de exames realizados na faixa etária específica.

Quanto à produção de cirurgias oncológicas por semestre, comparando-se aos anos de 2011 e 2012 houve um pequeno aumento: em torno de 4000. No entanto, lembrou que em 2012 houve um importante incremento neste financiamento gerando uma expectativa de aumento da oferta de 20 a 25%, o que não vem ocorrendo. Em relação à minuta de portaria informou que Conass e Conasems fizeram duas solicitações em assembleias, respectivamente: 1) Colocar como requisito para habilitação a lógica das redes de atenção à saúde e 2) Pontos para administração de quimioterapia (sala de aplicação de quimioterapia descentralizada) fora dos serviços habilitados como UNACON e CACON, porém vinculados a esses, como unidades satélites garantindo a segurança do paciente a integridade do cuidado e também a regulação do acesso.

Afirmou que a quimioterapia descentralizada corrobora com a proposta de acesso humanizado. E levantou, mais uma vez, a necessidade de aprofundar os aspectos relacionados à Atenção de Média Complexidade, ou seja, como os Centros de Especialidades conseguirão aumentar o acesso de consultas especializadas, exames e linhas de financiamento que não se vinculem exclusivamente ao pagamento por procedimento, sendo que isto não estimula a formação destes serviços.

	<p>CONASEMS: Indicou pela pactuação com a inclusão das solicitações supracitadas.</p> <p>CONASS: Indicou pela pactuação com a inclusão das solicitações supracitadas.</p> <p>Afirmou ainda que a quimioterapia descentralizada corrobora com a proposta de acesso humanizado. E levantou, mais uma vez, a necessidade de aprofundar os aspectos relacionados à Atenção de Média Complexidade, ou seja, como os Centros de Especialidades conseguirão aumentar o acesso de consultas especializadas e exames e linhas de financiamento que não se vinculem exclusivamente ao pagamento por procedimento porque isto não estimula a formação destes serviços.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: Pactuada com ressalvas. Área técnica do MS fará a inclusão das solicitações feitas por Conass e Conasems.</p>
<p>4. Informes</p>	
<p>a) Resolução CIB/BA nº 164, de 28 de maio de 2013: Aprova a transferência do município de Maraú, da região de saúde de Valença para a região de saúde de Itabuna – SGEP/MS.</p>	<p>MS: Informou sobre a transferência do município de Maraú da Região de Valença para a região de Itabuna – BA.</p>
<p>b) Resolução CIB/TO nº 236, de 08 de outubro de 2013: Dispõe sobre a alteração da nomenclatura das oito regiões de saúde do Estado do Tocantins – SGEP/MS.</p>	<p>MS: Informou acerca da reconfiguração dos nomes das regiões de saúde do Estado de Tocantins, conforme abaixo.</p> <p>Augustinópolis para Bico de Papagaio</p> <p>Araguaína para Médio Norte Araguaia</p> <p>Guaraí para Cerrado Tocantins Araguaia</p> <p>Palmas para Capim Dourado</p> <p>Porto Nacional para Amor Perfeito</p> <p>Paraíso para Cantão</p> <p>Gurupi para Ilha Bananal</p> <p>Dianópolis para Sudeste</p>

<p>c) Resolução CIB/MT nº 112, de 05 de setembro de 2013: Dispõe sobre a alteração de nomenclatura da região de saúde Baixo Araguaia para região de saúde Araguaia Xingu do Estado de Mato Grosso – SGEP/MS.</p>	<p>MS: Comunicou a alteração do nome da região de saúde Baixo Araguaia para região de saúde Araguaia Xingu – MT.</p>
<p>d) Nota Técnica acerca do fluxo de envio dos Planos de Saúde no SargSUS para o cumprimento à Portaria GM/MS nº 2.135, de 25 de setembro de 2013 – SGEP/MS.</p>	<p>MS: Esclareceu que atualmente, o SargSUS, permite aos gestores informarem apenas se tem ou não o Plano Municipal de Saúde. Porém, a partir de 2014, na tela 1, quando o município registrar que possui o Plano, terá também que inseri-lo eletronicamente, condição esta, para acessar as próximas fases do sistema. Até o momento, 90% dos municípios brasileiros possuem o referido Plano.</p>
<p>e) Situação da alimentação do Relatório de Gestão ano 2012 no SargSUS – SGEP/MS.</p>	<p>MS: Informou que até o presente momento, 3% dos municípios brasileiros não informaram a situação do Relatório de Gestão - RAG, ano base 2012. Disse ainda que 11 Estados alcançaram 100% de seus municípios com o RAG informado e a expectativa de que, até o final de novembro de 2013, se consolide a alimentação, no SargSUS, de 100% dos municípios do país.</p>
<p>f) Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013 – Situação Brasil – SGEP/MS.</p>	<p>MS: Relatou sobre a preocupação em relação à homologação da pactuação dos indicadores 2013 – 2015, visto que apenas 15% dos municípios brasileiros concluíram o processo de pactuação, 23% dos municípios ainda não iniciaram a pactuação e 46% estão em fase de preenchimento. Salientou que o sistema fica aberto permanentemente e a importância de se intensificar o movimento entre os três entes federados para finalização das homologações da pactuação, pois os municípios que não concluírem o processo ficarão prejudicados no Relatório de Gestão de 2014, visto que a base de alimentação do Sarg vem da pactuação dos indicadores.</p>
<p>g) Processo de emissão de certificados digitais com financiamento pelo Ministério da Saúde e o SIOPS – SE/MS.</p>	<p>MS: Externou preocupação em relação à emissão dos certificados digitais, pois a Lei Complementar Nº 141/2012 em seu artigo 26 estabelece medidas preliminares pelo descumprimento de seus requisitos. A partir de 2014 o descumprimento em relação ao SIOPS determinará a suspensão de transferência de recursos. O prazo de transmissão do sexto bimestre de 2013 é até 30 de janeiro de 2014. A transmissão com</p>

percentual abaixo do mínimo acarretará em condicionamento de transferência constitucional, ou seja parte dos recursos fundo a fundo serão condicionados e depositados em uma conta do fundo de saúde. Não havendo transmissão de dados até a data supracitada, o sistema notificará automaticamente e em 30 dias ocorrerá suspensão de transferência constitucional. Hoje só é possível a transmissão por meio de certificação digital. Atualmente apenas 40% dos entes federados estão com indicação de seus usuários no sistema.

Destaques:

MS: Qualicito:

Solicitou que, em acordo com a Portaria GM/MS 1.504, de 23 de julho de 2013, que Institui a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, os Estados e Municípios enviem suas habilitações o quanto antes. No entanto, de antemão, já informou a possibilidade de revisão do prazo.

Mamografia Móvel:

Em acordo com a Portaria SAS n. 827, de 23 de julho de 2013, que Estabelece incremento de 44,88% para as mamografias realizadas em unidades móveis solicitou que os Estados habilitem suas unidades de mamografia móvel para que possam receber o financiamento diferenciado deste procedimento.

Orçamento:

CONASEMS: Informou sobre o estudo realizado por sua equipe técnica, no que diz respeito à proposta de orçamento para o Ministério da Saúde que está em tramitação na Câmara dos Deputados. Destacou a retração de recursos para a Atenção Básica, Vigilância em Saúde e principalmente na Atenção a Média e Alta Complexidade. Solicitou uma reunião da secretaria executiva do MS com Conass e Conasems, para tratar de estratégias a serem adotadas junto ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MPOG e também ao Ministério da Fazenda, visando reavaliar a proposta vigente. Destacou ainda a necessidade de articulação entre as esferas para regulamentação do projeto de lei do 'saúde +10', que assim garantirá a fonte de recursos necessária. Colocou-se à disposição para atuar como um braço auxiliar do Ministério da Saúde nas articulações imprescindíveis a revisão da proposta.

CONASS: Referenciando o posicionamento do Conasems, também demonstrou preocupação com a proposta vigente, destacando que qualquer simulação que apresente incrementos abaixo de 6% pode ser considerada preocupante, conforme exemplos dados com base em simulações realizadas: Atenção à população para procedimentos de Média e Alta Complexidade – Incremento de 1,93%, Piso de Atenção Básica (PAB Fixo) – Incremento de 1,28%, Aquisição e distribuição de medicamentos no componente especializado da AF – 9,07%, Insumos estratégicos da Atenção Básica e AF – 6,65%, Incentivos financeiros para a vigilância em saúde – 5,65%. Referenciou a aprovação do relatório do Deputado

Federal, Rogério Carvalho, na Câmara dos Deputados, que tem por objetivo fazer com que o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) só chegue a 15% da receita corrente líquida, em 2017. De acordo com a proposta, a aplicação do percentual também ocorreria de forma gradual: em 2014, seria de 13,2%; em 2015, 13,8%; em 2016, 14,4%. Destacou que a preocupação dos gestores deve-se a estagnação do orçamento para cobertura, na proporção desejada, das ações, sendo assim prejudicial ao atendimento das necessidades da população brasileira, gerando filas e demanda reprimida para atendimento. Solicitou que a discussão para definição da proposta ocorra ainda neste ano de 2013. Enfatizou também que o Conass trabalha ano a ano o projeto de Lei Orçamentária Anual (LOA) e sempre encaminha a Câmara e ao Senado um documento assinado pelo seu presidente contendo cálculos e previsões orçamentárias para a saúde no ano seguinte. Este cálculo no ano passado (2012) previu um déficit orçamentário de R\$ 10,9 bilhões, a previsão para o próximo ano (2014) até o momento e faltando incluir 03 Estados, apresenta um déficit de R\$ 16,6 bilhões. Referenciou o projeto de lei que tramita na câmara dos deputados prevendo proposta de Emenda Constitucional que destinará 13,2% da receita corrente líquida da União para o financiamento do SUS no próximo ano, enfatizando ser impossível implementar as ações necessárias com o montante de recursos previsto.

MS: Esclareceu que o Ministério da Saúde vem cumprindo integralmente a LC 141/2012. Explicou ainda que houve retração do Produto Interno Bruto – PIB, o que influencia diretamente o cálculo do orçamento da saúde para os anos de 2013 e 2014. Concorda que a situação é difícil, pois a variação do PIB e a inflação alteram os cálculos e montantes de recursos. Destacou que o movimento do Conass, no ano passado, para que o relator da proposta de orçamento na Câmara não incluísse ações de saneamento no piso da emenda, está repercutindo agora, uma vez que a variação do PIB e a inflação estão sendo calculados em uma base menor. Enfatizou que pela primeira vez o crescimento dos recursos da Atenção Básica será maior que o da Especializada, o que não demonstra um cenário favorável, mas sim preocupante, concordando com a proposta de uma reunião conjunta. Ressaltou que a proposta de orçamento ainda está em discussão. Sugeriu que este tema venha a ser discutido durante o mês de novembro/2013 no âmbito do subgrupo de planejamento e financiamento do GT de Gestão, sendo pautado na próxima reunião da CIT do dia 21/11/2013.

Encaminhamento: Ficou acordada a realização de uma reunião entre SE, CONASEMS e CONASS sobre o tema Orçamento 2013.