



COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT

RESUMO EXECUTIVO DA 3ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE DE 2015

30 DE ABRIL DE 2015

Em 30 de Abril de 2015, participaram do Plenário da Tripartite:

MS: Arthur Chioro, Ana Paula Menezes, Jorge Harada, Ana Maria A. Figueiredo Souza, Sônia Brito, Felipe Proença, Danielle Soares, Leonardo Paiva.

CONASS: Wilson Alecrim, Jurandi Frutuoso, Fabio Vilas Boas, João Gabbardo dos Reis, Fausto Pereira dos Santos.

CONASEMS: Fernando Monti, José Enio Servilha, Mauro Junqueira, Wilames Freire Bezerra.

Conforme lista de presença anexa a este resumo.

MINISTRO: Saudou a nova bancada em exercício do Conass, oficialmente com sua nova composição. Em seguida, comunicou a todos sobre as recentes mudanças na equipe dirigente do Ministério da Saúde, quais sejam:

- Nomeação em 29/04/2015 de Antonio Carlos Figueiredo Nardi como Secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Proferiu agradecimentos a então secretária substituta da SVS Sônia Brito, pelo empenho dedicado neste momento de transição.
- Indicação de Fernando Mendes e Jarbas Barbosa (Atual secretário de Ciência e Tecnologia do MS) para a diretoria da Agência de Vigilância Sanitária – Anvisa, aguardando até o momento aprovação pelo Senado Federal.
- Indicação de Karla Coelho para a diretoria da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, também no aguardo de aprovação pelo Senado Federal.
- Nomeação de André Luis Bonifácio de Carvalho para assessoria especial do Ministro da Saúde (Ainda no aguardo de publicação no Diário Oficial da União).
- Nomeação de Rogério Carvalho Santos como Secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (Ainda no aguardo de publicação no Diário Oficial da União). Proferiu agradecimentos a então secretária substituta da SGEP Kátia Souto, pelo empenho dedicado neste momento de transição, e também a André

Bonifácio por todo trabalho realizado a frente da SGEP.

Informou sobre as reuniões realizadas em 29/04/2015 com Conass e Conasems, dando destaque a necessidade de avançar na construção da agenda tripartite pactuada, com a definição das prioridades e de um cronograma de execução, além do desencadeamento das discussões nos grupos de trabalho tripartite. Em relação ao orçamento previsto para a saúde no ano de 2015, demonstrou otimismo em ter esta situação definida até o próximo mês de maio/2015.

Destacou a situação crítica vivida pelos estados de Ceará/CE e Pernambuco/PE acerca do significativo aumento dos casos de sarampo registrados, com ênfase na transmissão sustentada pelo período de 01 ano e 04 meses no estado do CE. Ressaltou que esta questão tornou-se desafiadora e não pode ser tratada de forma secundária, pois é inadmissível um país como o Brasil, detentor de um Programa Nacional de Imunização – PNI, com experiência em vigilância epidemiológica e um estado como o CE que possui tradição em saúde pública, continuar tendo transmissão de casos sem nenhuma capacidade de interromper a propagação do vírus. Avisou ainda que se em 02 meses a interrupção da cadeia de transmissão não ocorrer no CE, as américas perderão o status de ‘Zona livre do sarampo’, o que gera uma grande pressão por parte da Organização Pan Americana de Saúde – OPAS e também dos países envolvidos. Lembrou sobre a convocação realizada aos estados brasileiros para auxiliarem uma força tarefa, coordenada pelo Ministério da Saúde, com a participação de técnicos de campo para executarem ações de bloqueio e de orientação, o que foi prontamente atendido pela maioria dos estados. Reforçou que neste momento não cabe qualquer alegação sobre falta de recursos para o combate a transmissão desta enfermidade, uma vez que o país sempre teve capacidade de reação até com menos recursos do que atualmente. Por fim, lembrou que os casos de sarampo estão concentrados em 03 cidades do CE (Calcaia, Fortaleza e Trairi), o que gera uma necessidade de rediscutir os atuais indicadores de cobertura.

1. Abertura dos Trabalhos:

a) Programa Mais Médicos – SGTES/MS.

SGTES/MS: Informou que, neste ano, na dimensão Provimento foram autorizadas 4.146 vagas em 1.294 Municípios e 12 Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI. O Programa Mais Médicos alcançou o preenchimento de 92% de suas vagas por profissionais brasileiros: 3.830 vagas preenchidas por médicos com CRM/Brasil em 1.208 Municípios e 6 DSEI. Outro dado importante é que 68% destes médicos escolheram o benefício de 10% na pontuação da Residência Médica. Além disto, 51,6% dos médicos que iniciaram este ano possuem experiência em Saúde da Família e 12,2% foram bolsistas do Programa de Educação pelo Trabalho (PET) Saúde.

Permaneceram disponíveis 286 vagas em 197 municípios e 9 DSEI. Dentre estes 197 municípios apenas 77 não preencheram nenhuma vaga. Estas vagas estão sendo ofertadas, portanto, para médicos brasileiros com diploma no exterior e as inscrições vêm alcançando números importantes. Com estes dados, a expectativa é de que a totalidade de vagas seja preenchida por brasileiros sem a necessidade de se abrir vagas para médicos cooperados.

Quanto ao aprimoramento do Programa está sendo discutido o Recesso dos cooperados no intuito de garantir a permanência de pelo menos 50% destes profissionais no Recesso evitando-se assim a saída em massa.

Apresentou o cronograma que indica o prazo até o dia 30.04 para que os profissionais brasileiros com diploma no exterior escolham suas vagas. De 05 a 15.05 se dará a chamada para estrangeiros e entre 22 e 23.05 uma nova escolha de vagas disponíveis. Entre 8 e 26.06 ocorrerá o Módulo de Acolhimento e Avaliação. Concluindo-se no dia 07.07 com o início das atividades nos Municípios. A previsão para este ciclo é de 18.247 médicos em 4.058 municípios e 34 DSEI, beneficiando 63 milhões de pessoas.

Apresentou dados do Relatório do Tribunal de Contas da União (TCU) sobre o Programa Mais Médicos que comprovou um aumento na média mensal de consultas, a melhoria na qualidade do atendimento e a redução do tempo de consulta. No entanto, em divergência a este Relatório do TCU afirmou que em apenas 3% dos Municípios participantes do Programa houve redução de profissionais e que atualmente a média é de 1 tutor para 10 médicos.

Na dimensão “Provimento Emergencial” e em consonância com a meta de expansão de mais 11,5 mil novas vagas de graduação até 2017, houve o lançamento do Edital para Municípios sediarem cursos de Medicina, com foco nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. 22 cidades de 8 Estados foram pré-selecionadas para receber cursos de Medicina – AL, AM, BA, CE, GO, MA, PA e PE.

Em seguida esclareceu as diferenças existentes entre os Editais de 2013 e deste ano para os Municípios que desejam abrir cursos de Medicina: o edital de 2013 estabelecia que só fossem contemplados Municípios de 70 mil habitantes, distantes, pelo menos, 100 km de outros cursos de Medicina e a existência de hospital com mais de 100 leitos exclusivos para o curso; o Edital de 2015 contempla os Municípios com 50 mil habitantes, distantes, pelo menos, 75 km de outros cursos de Medicina e a existência de hospital com mais de 80 leitos.

Apresentou alguns comparativos importantes para a avaliação do Programa Mais Médicos, como por exemplo: 1. O comparativo entre vagas de cursos de medicina do interior e em capitais, a partir do “Mais Médicos” demonstrou uma predominância dos cursos nos municípios do interior; 2. A partir do “Mais Médicos” o número de vagas de cursos de medicina por região do país aumentou significativamente nas regiões norte, nordeste e centro-oeste, apesar desta última ainda requerer um esforço maior; 3. Até a década de 90 o IDH médio de municípios com curso de medicina era de 0,78 e com a expansão das vagas, este índice fica em 0,71 demonstrando que efetivamente está se alcançando aquelas localidades de mais vulnerabilidade e necessidade deste tipo de formação.

CONASS: Interrogou sobre o prazo de adesão dos municípios ao Edital 2015 e se há algum Plano ou estratégia para formação de corpo docente de preceptores. Solicitou maiores informações sobre o andamento do projeto de ampliação de vagas de Residências Médicas. E solicitou que haja um estímulo às Residências multiprofissionais também.

CONASEMS: Afirmou que este é um Programa de enorme sucesso, tanto do ponto de vista da saúde pública, quanto da satisfação dos usuários e da organização da Rede. Mas que ainda existe a necessidade de aprimorar alguns pontos, tais como: incluir o debate sobre investimento na Rede, habilitação de serviço de saúde, o papel dos apoiadores do MS neste Programa, a integração com Secretários Municipais e COSEMS e o papel das instituições supervisoras.

Solicitou que no Congresso Nacional do Conasems que ocorrerá de 06 a 08 de Agosto em Brasília a SGTES participe do fórum a se realizar com o objetivo de se efetivar uma avaliação do Programa “Mais Médicos”.

E por fim, reiterou a solicitação e expectativa de que o Programa avance no sentido de se incluir os profissionais outros espaços de assistência como UPA e Consultório de Rua.

SGTES/MS: Informou que o prazo para a adesão dos Municípios é até o dia 08.05.

E esclareceu que a Lei do “Mais Médicos” estabeleceu a meta de universalização da Residência Médica para 2018. Afirmou que a SGETS vem trabalhando no intuito de alcançar as metas da Lei do “Mais Médicos” que são: criar 12,4 mil novas vagas de Residência até 2018 e 11,5 novas vagas de Graduação até 2017. Nos últimos anos, principalmente por meio do Pró-residência, a SGETS tem estimulado novos programas de residência médica. Somente nos últimos 2 anos foram mais de 4.000 novas vagas que foram criadas com financiamento de bolsas do MS. E informou que em breve haverá um novo edital do Pró-residência.

Em relação à formação de preceptores afirmou que existe uma série de iniciativas para formação de preceptores, com diversas parcerias com a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), com a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS) e como resultado disto, temos hoje mais de 2.000 preceptores sendo formados com enfoque na Residência Médica. E ainda existe a solicitação na Coordenação de Aperfeiçoamento de pessoal de Nível Superior (CAPES) de construir um Mestrado Profissionalizante voltado para informação em saúde com foco nos supervisores e tutores do Programa Mais Médicos. Agradeceu o convite do Conasems e aceitou a proposta do fórum para avaliação do programa no Congresso Nacional do Conasems.

SGEP/MS: Ponderou que com o objetivo de alcançarmos a meta do Programa de universalização da Residência Médica no ano de 2018 e a redefinição dos pré-requisitos da Residência Médica será necessário um debate duro e intenso nos anos de 2016/2017. E reforçou que esta deve ser uma preocupação tripartite e não apenas do MS. Por fim, enalteceu a coragem da presidente Dilma em assumir esta agenda.

Ministro/MS: Reforçou a importância deste espaço de discussão e a necessidade de se discutir as 3 dimensões do Programa: Ampliação e melhoria da infraestrutura, Formação para o SUS e Provimento Emergencial.

ENCAMINHAMENTO: SGETS aceitou a proposta do fórum para avaliação do programa no Congresso Nacional do Conasems de 06 a 08 de Agosto em Brasília.

2. Apresentação e Discussão:

a) Apoio à gestão hospitalar: e-SUS Hospitalar – DATASUS/MS.

DATASUS/MS: Iniciou a apresentação mencionando que qualquer discussão em relação aos sistemas de informação tem sido feita no GT de Informação e Informática da CIT. O e-SUS hospitalar é um software totalmente do Ministério da Saúde e foi cedido pelos hospitais de excelência através do PROAD. Desde outubro de 2013 esse sistema vem passando por uma série de melhorias, o código fonte é inteiro do MS, o que permite o direito de ceder o código para qualquer hospital público. O sistema é composto por 20 módulos, incluindo prontuário eletrônico, agendamento, ambulatório, internação, classificação de risco e prontuário eletrônico. Toda a parte da gestão clínica desde a entrada do paciente até todo processo de atendimento, internação e

acompanhamento é feita o e-SUS hospitalar, e hoje também está pronta uma parte do Backoffice do hospital (farmácia e almoxarifado). Alguns módulos já foram desenvolvidos pelo próprio MS durante ano de 2014, tais como: e-SUS de report, fila cirúrgica, odontologia, e alguns formulários dinâmicos. A instalação do sistema é local, um servidor é instalado no hospital e a conexão é intranet, sincronizando a base de dados nacional com SIA, SIH e busca no CADSUS a identificação do paciente.

Apresentou que o e-SUS hospitalar é um sistema altamente flexível, pois o seu desenvolvimento permite que ele se adapte através de fluxos e mapeie o fluxo do hospital e que a partir o sistema seja adaptado para aquele serviço de saúde.

O sistema é uma cessão gratuita para os hospitais estaduais e municipais públicos. A situação da instalação hoje é variada, encontra-se instalado em seis hospitais federais do estado do Rio de Janeiro, quatro hospitais de SOS emergência e tem pelo menos duas experiências pilotos, uma no estado do Rio Grande do Sul e outra em São Paulo.

Mostrou alguns problemas que estão sendo acompanhados e debatidos com Conass e Conasems, o primeiro em relação à ausência do backoffice, isto é, a parte de gestão de estoque, baixa de nota fiscal, controle orçamentário ainda não estava inserida no sistema e os estados e municípios teriam que adquirir no mercado, o que geraria custos. Relatou também o problema do alto custo de infraestrutura, pois os hospitais do RJ hoje tem 6 salas cofres, que custaram em torno de 8 milhões e ainda existe a questão da política de instalação e suporte. Colocou que é necessário pactuar de forma tripartite o papel do MS nesse suporte e o papel dos estados e municípios.

Por fim apresenta algumas ações em andamento para enfrentamento desses problemas: criação de novos módulos, que vão permitir uma solução absolutamente independente de qualquer solução do mercado. No dia 08 de maio, será entregue o módulo de estoque e custos, compras, gestão de contratos, planejamento e controle orçamentário e também a parte também do laboratório clínico. Esses módulos serão testados durante um mês no Hospital Federal de Ipanema e depois poderão ser disponibilizados a estados e municípios.

Informou que existe uma versão alfa em desenvolvimento e existe um protótipo de uma versão nobile, onde o médico e o gestor poderão acompanhar uma série de informações do e-SUS hospitalar do seu celular ou

tablete. Uma segunda questão apontada é a publicação de duas atas nacionais de registro de preço ainda nesse semestre, sendo uma de equipamento de TI, com servidores de baixo custo para resolver a questão da infraestrutura, além disso, foi incorporado uma solução da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares que são as salas seguras por containers que ficam na parte externa do hospital e funcionam como uma mini sala cofre com custo reduzido. A outra ata é sobre a questão de instalação, capacitação e suporte, um ponto que terá que ser debatido no GT da CIT, para que haja uma pactuação tripartite para definir o papel de cada ente nesse processo. A proposta é que o Ministério se especialize em disponibilizar uma solução de alta qualidade de prontuário com atualizações semanais, quinzenais do software e disponibilize um barramento nacional onde essas informações possam ser guardadas.

Colocou que o DATASUS não tem capacidade de assumir processo de instalação, capacitação e suporte locais. A proposta é abrir uma ata de registro de preço para esses serviços, essas atas serão por módulos regionais, e não apenas para atender o e-SUS hospitalar, mas também o SISREG, e-SUS AB, Horus. A empresa contratada ficará responsável por atualizar as novas versões do sistema e capacitar os profissionais.

Em relação à cessão do software, apresentou que é necessário que todo o processo seja digitalizando, em vez de hoje tem que baixar um documento, assinar e devolver, e a partir da próxima semana estará disponível na internet uma versão para teste, onde o município baixa o formulário em uma versão pdf, o Secretário de Saúde assina, faz o upload no site do DATASUS, e este é assinado pelo Diretor do DATASUS e assim é liberado o instalável.

Falou da questão do barramento nacional do e-Saúde, e que no mês de maio está fechando uma parceria com a DATAPREV para ter um grande banco de dados, possibilitando uma interoperabilidade entre os diversos sistemas do SUS. O objetivo é que nos próximos dois anos, os softwares locais se comuniquem. Relatou que o grande problema não é a infraestrutura e sim a segurança dessa informação, e para isso foi contratada a mesma empresa que faz a segurança do Banco do Brasil.

Finalizou relatando que o HORUS apresentou problemas em fevereiro e março, e mostrou um relatório de melhoria, onde a taxa de falha caiu de 10,8% para 0,32 % e a taxa de abandono caiu de 17,82% para 4,67. Em relação ao SINAN a taxa de falha caiu de 6,11% para 0,5% e a taxa de abandono caiu de 22,05% para 7,94% e

informou que estão enfrentando problemas de estabilidade e performance do SISCAN.

CONASS: Cumprimentou o DATASUS pela apresentação e convidou-o para na próxima assembléia do CONASS realizar uma apresentação sobre e-SUS hospitalar, e-SUS AB e SISREG.

Colocou que a ata de registro de preços irá ajudar os estados e municípios, que tem muitos problemas com licitações.

CONASEMS: Cumprimentou o Ministério, principalmente o DATASUS e colocou que é inacreditável que por quase duas décadas a condução do sistema de saúde não valorizou os sistemas de informações, e parabenizou a retomada desse tema, como uma questão relevante.

Concordou que hoje é uma consciência de todos que o DATASUS não tem como acompanhar o processo de instalação, capacitação e suporte locais e que uma ata de registro de preços nacional irá ajudar a parametrizar essas ações.

Outro aspecto destacado foi à implantação de sistemas centrados na atenção ao usuário e não só no controle dos processos intermediários. Relatou que hoje existe uma multiplicidade de serviços, onde o paciente pode se inserir de várias formas e não sendo possível dar uma unicidade de informações a respeito de determinado indivíduo dentro desse sistema.

Questionou o DATASUS a respeito do estado da arte sobre a interoperabilidade dos sistemas e colocou ainda que vários municípios não conseguirão cumprir o prazo de implantação do e-SUS AB e interrogou se esse prazo será prorrogado.

DATASUS: Esclareceu que em relação ao SISREG no estado do AM já existe um diagnóstico e adiantou que existem problemas com as empresas de telefonia do estado além de outras variáveis. Disponibilizou-se a realizar uma reunião bilateral para resolver esses problemas técnicos.

Em relação à integração do e-SUS AB com o e-SUS hospitalar, mencionou que existem duas opções: cada município fazer um barramento local que integre as informações ou uma integração feita a nível nacional. Relatou que é necessário definir as regras de negócios de comunicação entre os sistemas. A questão da segurança e trânsito dos dados terá que ser discutido junto a Sociedade Civil, Conselho Federal de Medicina, Conselho Federal de Enfermagem.

	<p>Propôs que enquanto as atas de registro de preço não forem publicadas, os estados e municípios que queiram trabalhar com o e-SUS hospitalar façam um mini estágio de 3 dias no Rio de Janeiro. As informações serão publicadas no site do DATASUS.</p> <p>SGEP: Colocou a importância de continuar a discussão do tema no GT de Informação e Informática, discutindo pontos tais como: a integração dos sistemas e-SUS, interoperabilidade, e conectividade, de forma a avançar nos campos da gestão da informação.</p> <p>Esclareceu que a prorrogação do prazo de implantação do e-SUS AB tem que ser discutida junto ao DAB.</p> <p>ENCAMINHAMENTOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discutir no GT de Informação e Informática a prorrogação do prazo de instalação do e-SUS AB junto ao DAB. • Discutir no GT de Informação e Informática o papel de cada ente no processo de implantação do e-SUS hospitalar. • DATASUS irá discutir de forma bilateral as questões técnicas relacionadas ao SISREG no estado do Amazonas. • Definir as regras de negócio de comunicação dos sistemas. • Discutir a questão da segurança e trânsito dos dados junto a Sociedade Civil, Conselho Federal de Medicina, Conselho Federal de Enfermagem.
<p>b) Cronograma de pagamentos do Ministério da Saúde – SE/MS.</p>	<p>Ministro/MS: Fez as considerações iniciais sobre o item, colocando três questões: 1) hoje não há nenhum recurso em atraso; as transferências regulares estão sendo feitas de forma automática e garantida. 2) existe um passivo de serviços, de habilitações que aguardavam pagamento, em razão da necessidade de aprovação do orçamento de 2015, sancionado na quarta-feira da semana passada e precisa ser regulamentação por decreto, que segundo informação do Ministério do Planejamento, há possibilidade de liberação na próxima semana, quando, então, se fará o pagamento de todo esse passivo, que estão com portarias publicadas. 3) Existe uma série de processos que já estão analisados tecnicamente pelas áreas e prontos para fazer a portaria e publicar; sendo que, para esse caso ficou decidido ontem, em conversa com Conass e Conasems, a elaboração de um cronograma que garantisse maior previsibilidade do repasse, após o conhecimento do volume de recursos que</p>

serão liberados para a Saúde e a análise com as áreas técnicas do MS; de forma que os Cosems e as Secretarias de Estados receberão essas informações e cada Bipartite apontará as suas prioridades, sendo um processo de pactuação Bipartite. Acrescentou que outra questão estratégica definida foi em relação aos saldos de recurso antigos que estão nos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, tendo Conass e Conasems se comprometido até o dia 11/5/2015 encaminhar ao MS um quadro, formalizando a solicitação de encaminhamento dessa situação para que seja analisada uma proposta segura, que tenha viabilidade prática, para dar uma melhor destinação para esses recursos e para o bom entendimento dos órgãos de controle, do SNA, para que as auditorias considerarem essa situação.

Datasus/MS: Esclareceu a mudança de nomenclatura na identificação das transferências fundo a fundo, com a adoção da denominação “parcelas mensais”, em substituição ao termo “competência”, a partir da parcela 1 de 2014, nos blocos de financiamento do teto financeiro referente ao MAC, PAB Fixo, Assistência Farmacêutica (componente básico) e Vigilância em Saúde (componentes Piso Fixo de Vigilância em Saúde e Piso Fixo da Vigilância Sanitária) e a está disponível no site do FNS uma nota técnica sobre isso. Informou que, com isso, houve um acordo com a Secretaria do Tesouro Nacional (STN) que a parcela do Teto Financeiro que seria paga em Janeiro/2013 foi antecipada e paga em Dezembro/2012, ficando assim, apenas 11 parcelas em 2013 e 13 parcelas em 2012, não existindo relação com pagamento de 13º salário, nem deixando de haver pagamento de parcela em 2013; já em 2014, com a nova nomenclatura, houve em Dezembro o pagamento de 70% da parcela, sendo que os 30% foram pagos em Janeiro/2015; e, em 2015 será paga em maio, a quinta parcela do exercício. Informou que em Setembro/2014 o FNS encaminhou ao Conass e Conasems ofícios explicando a alteração do cronograma de transferência, em razão do fluxo financeiro imposto pela STN, de forma que no dia 10 de cada mês se paga o PAB-Fixo e o MAC Estadual e Municipal; e no dia 30 se paga o restante, como FAEC, SAMU, o restante de teto e outros. Apresentou alguns gráficos com a demonstração das transferências de recursos em 2014 e 2015, de forma agregada, que estão disponíveis no site do FNS de forma desagregada, por Estado e por Município. Alertou que a competência é a informação que o sistema entende para processar o pagamento e por isso a necessidade de alimentação do sistema tempestivamente. Apresentou também o site do FNS, identificando onde realizar a consulta de pagamento tanto de forma simplificada, quanto de forma detalhada,

sem necessidade de senha para isso, além dos gráficos comparativos por ano e o repasse do dia, referente ao que foi pago no dia anterior. Finalizou informando que hoje o FNS está com cerca de 6 mil processos para efetuar o pagamento, 90% são de emendas impositivas de 2014, 148 processos de demandas judiciais 487 processos estão dentro da programação para efetuar o pagamento hoje e, ainda para demonstrar o cuidado que o FNS deve ter com esses processos, citou que, em média, 1.042 processos são pagos por mês, sendo que 41% são de demandas judiciais, alguns deles com mandados de prisão; e dessa média, 90% são oriundos da SAS, relacionados à publicação de portarias, contudo, um desafio que está posto é relacionar essas portarias aos processos, pois o pagamento é feito por meio de processos (que dá legitimidade ao sistema financeiro) e, portanto, estão buscando ajuda da área de tecnologia para ter essas informações mais acessíveis.

CONASS: Salientou que com a reunião que tiveram ficou clara a informação e que é importante a realização do cronograma, pois os gestores tinham que ficar ligando para o diretor do FNS para resolver essas questões e vai suprir um momento muito difícil que os municípios estão vivendo com a queda das receitas próprias, que variam de 10 a 15% nesse primeiro trimestre e qualquer decisão que seja tomada vai se refletir na execução da rede. Registrou que fará uma circular aos Estados, explicando essa sistemática e que providências devem ir tomando para quando receber o levantamento feito pelo MS, possa ser feita a compatibilização e o contato com as CIBs para os ajustes necessários. Achou importante também elogiar o trabalho do FNS e sua atenção em fornecer informações e fazer esclarecimentos sempre que necessitaram.

CONASEMS: Sugeriu voltar ao cronograma com 3 pagamentos e não 2, talvez incluindo um pagamento talvez no dia 20, com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), pois os Municípios têm dificuldade para que fazer todo o processamento e pagamento até o quinto dia útil do mês seguinte, se receber somente no dia 30 de cada mês.

SE/MS: Fez as considerações finais quanto ao ponto, ressaltando a importância dos esclarecimentos postos a Conass e Conasems pelo Ministro e lembrou o trabalho exemplar feito pela SAS com o levantamento do que foi publicado e que o Ministério está efetivamente devendo a estados e municípios, ou seja, o passivo; e, que, com o cronograma de futuro, a previsibilidade e tudo pactuado, será mais fácil conduzir o ano de 2015, em razão de uma gestão orçamentária e financeira no limite; e que, é importante o diretor do Fundo Estadual e Municipal levar ao conhecimento do gestor os depósitos parados em conta, com um acompanhamento sistemático, para a

	<p>tomada de decisão. Esclareceu que não depende do MS, mas da STN as definições de data de repasse e por isso há dificuldade em conseguir alteração das datas. E, por fim, elogiou o esforço do FNS que tem providenciado aprontar os processos de pagamento para a data da liberação do recurso pelo Tesouro, inclusive estendendo os trabalhos no turno da noite, um compromisso cumprido pela equipe.</p> <p>DAI/MS: Ressaltou que o tema é muito importante e que, mesmo com todas as dificuldades, a CIT tem conseguido lidar de forma solidária, fazendo um planejamento e cronograma para dar continuidade ao ano de 2015 com segurança.</p> <p>ENCAMINHAMENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discutir a possibilidade de definição de inclusão de mais uma data para repasse de recurso financeiro para proposição à Secretaria do Tesouro Nacional. • elaborar cronograma que garanta maior previsibilidade do repasse, após o conhecimento do volume de recursos que serão liberados para a Saúde e a análise com as áreas técnicas do MS; de forma que os Cosems e as Secretarias de Estados possam receber essas informações e cada Bipartite apontará as suas prioridades, sendo um processo de pactuação Bipartite. • Será enviada uma circular aos Estados, explicando a sistemática de construção do cronograma de pagamentos do Ministério da Saúde. Os Estados deverão adotar providências para que ao receber o levantamento feito pelo MS, possa ser feita a compatibilização e o contato com as CIBs para os ajustes necessários. • Será adotado o cronograma com 3 pagamentos e não 2, incluindo um pagamento no dia 20, com a Estratégia de Saúde da Família (ESF).
<p>3. Informes:</p>	
<p>a) Situação de abastecimento de vacinas – SVS/MS.</p>	<p>MS: salientou sua participação na assembleia do Conass onde foram dados os esclarecimentos sobre a situação de abastecimento de vacinas e soros no Brasil. Acrescentou que o Programa Nacional de Imunização repassa, mensalmente, às Secretarias Estaduais de Saúde um informe sobre a situação do abastecimento para que</p>

consigam organizar a distribuição de forma que se possa otimizar considerando todos os problemas vivenciados em relação a produção dos imunos, fundamentalmente a produção pelos laboratórios oficiais das vacinas e soros essenciais ao programa. Apesar das dificuldades em garantir o abastecimento nos quantitativos que são necessários, tem sido feito redirecionamento, racionalização e otimização do uso, evitando perdas desnecessárias.

Esclareceu que a situação da BCG e Febre Amarela estão sendo regularizadas utilizando compras internacionais de emergência para que possa ser garantido o abastecimento. No momento está sendo garantido 80% do quantitativos necessário da BCG. A expectativa é de que até maio/2015, seja aportado 100%.

No tocante a tetraviral foi garantido 70% das doses necessárias em abril e em maio planeja-se, recebendo todas as vacinas programadas para o recebimento, que será regularizado o fluxo. Disse também que a situação da dupla adulto já foi normalizada a partir de abril.

Em relação aos soros, reiterou não está atendendo 100 da necessidade, mas que está em constante articulação com os Estados fazendo a distribuição e, tentando junto à Secretaria Executiva fazer a assinatura de todos os contratos com os laboratórios oficiais para que possa ser garantido a partir de maio, sua regularização.

Destacou o problema com os soros antivenenos, pois não tem como comprar soro fora do país que seja adaptado a nossa realidade e necessidade. Fez menção ao grande esforço que tem sido feito, especialmente junto a OPAS, no intuito de identificar na América Latina alguma possibilidade de haver doação e ou substituição de soro. Finalizou afirmando o empenhados junto aos laboratórios para regularização, no máximo até junho/2015, de todas as situações.

CONASS: fez menção as manchetes na imprensa em relação a falta de imunos e soros e solicitou que o Ministério da Saúde, assim como tem feito junto às SES, possa atualizar a imprensa sobre a situação de abastecimento de vacinas e soros, de modo a evitar o desgaste desnecessário em tentar se comprar.

MS: Acatou a solicitação do Conass.

ENCAMINHAMENTO: Ministério da Saúde atualizará periodicamente, junto à imprensa, a situação de abastecimento de vacinas e soros, de modo a evitar o desgaste desnecessário em tentar se contrapor as manchetes negativas acerca do assunto.

<p>b) Situação dos Entes Federados em relação ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS – SE/MS.</p>	<p>MS: Sobre a situação de homologação das três esferas informou que a União, 100% dos Estados e o Distrito Federal declararam os dados referentes ao exercício de 2014. Quanto à esfera Municipal, o percentual de homologação foi de 99,6 %, ou seja, 20 Municípios deixaram de enviar seus dados ao sistema e, portanto, houve o bloqueio do Fundo de Participação do Município (FPM) desde o dia 10/03/2015. Quanto à homologação relativa ao primeiro bimestre de 2015, com prazo até 30/03/2015, a União, 4 Estados e 1.880 Municípios enviaram seus dados ao SIOPS para homologação.</p> <p>Sobre as penalidades previstas na LC Nº 141/2.012 aos que não fizeram a homologação dentro do prazo determinado, houve suspensão das Transferências Constitucionais para 20 Municípios; 15 tiveram redirecionadas parte de suas Transferências Constitucionais ao Fundo de Saúde. Esta última penalidade é aplicada quando o Estado ou Município atesta que não realizou o investimento mínimo determinado para aplicação no âmbito da saúde. Por fim, informou um débito de 19.639.546,83 reais que deixaram de ser aplicados no âmbito da saúde.</p>
<p>c) Programa de Pesquisa para o SUS 2015 (PPSUS - 2015) – SCTIE/MS.</p>	<p>MS: Fez breve relato sobre o Programa de Pesquisa para o SUS – PPSUS - 2015 o qual é de gestão compartilhada, de apoio às pesquisas, especificamente, por temas prioritários nos Estados, e busca promover uma interface maior entre o Sistema de Saúde e o Sistema de Ciência e Tecnologia dos Estados, bem como reduzir desigualdades em relação ao financiamento e ao fomento para pesquisa. Conta com pouco mais de 10 anos, e aplicação de mais de 200 milhões de reais, com apoio a 2600 pesquisas beneficiando 291 instituições científicas de pesquisa diferentes. Tem sido de suma importância no financiamento de pesquisas, fato este que se comprova pelo fato de que 11 Estados da Federação, com pesquisa em andamento, 80% das pesquisas em saúde foram financiadas com os recursos do PPSUS. Assim, com o lançamento desta edição 2015-2016, temos convocado os gestores estaduais a participarem da realização da qualificação da 1ª etapa do Programa, que ao todo é composto por 8 etapas, sendo esta primeira voltada a definição dos temas prioritários para cada Estado,. No mais, a SCTIE está pensando em fazer um apanhado dessas pesquisas com potencial de ter seus resultados aplicados nos Estados e Municípios, buscando apoiar a tomada de decisão e nas melhorias de Políticas Públicas de Saúde.</p> <p>CONASS: Observou que o Programa é incontestável no que diz respeito às atualizações dos resultados para as</p>

	<p>publicações, merecendo destaque, e buscou saber informações sobre a realização de reuniões brevemente, uma vez que o cronograma prevê a realização de oficinas no mês de junho e, devido a falta de comunicação prévia, não houve tempo hábil para alertar os Estados e promoção de uma sensibilização, necessitando de realização de reuniões em breve, visando cumprir o cronograma dado para a realização das oficinas.</p> <p>MS/SAS: Em complemento a informação sobre a pesquisa no SUS, uma vez que participou de reunião junto à Comissão Nacional de Pesquisa – CONEP, alertou para o fato de que há uma iniciativa no sentido de qualificar mais o sistema CEP-CONEP, podendo haver nova orientação nesse processo, tendo em vista que, inicialmente, havia o foco na pesquisa em Hospitais Públicos e houve advertência quanto a abranger, também, hospitais contratados, em que também se realizam projetos de pesquisa.</p> <p>MS: Acrescentou que está em discussão no Conselho Nacional de Saúde no âmbito da CONEP uma regulamentação que tratará da descentralização do Sistema, e aqueles protocolos de pesquisa que puderem ser avaliados por instituições qualificadas não precisarão passar novamente pelo crivo da CONEP. A ideia é que a nova norma que estabelecerá novos requisitos para que as instituições possam ser credenciadas sejam, após um ano de acompanhamento, consideradas credenciadas e, a partir disso se ganhará uma agilidade maior nos processos de análises de protocolos das pesquisas clínicas. Por fim, em resposta ao Conass, informou que o Secretário da SCTIE convocou reunião para o dia 07/05, quinta-feira, para apresentação da minuta do documento para cerca de 20 instituições e, posteriormente, o documento será colocado em consulta pública.</p> <p>Na oportunidade informou que os 5.112 computadores do Programa QualiSUS-Rede foram entregues em 485 municípios brasileiros, cumprindo assim com o planejado, destacando como um êxito do Departamento de Assistência Farmacêutica – DAF/SCTIE.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: O Secretário da SCTIE convocou reunião para o dia 07/05, quinta-feira, com área técnica e Conass, visando ajustar o cronograma das Oficinas a serem realizadas e apresentar minuta do documento para cerca de 20 instituições. Posteriormente, o documento será colocado em consulta pública.</p>
<p>d) Oficina Nacional de Avaliação das Redes: Urgência e Emergência (RUE) e Materno Infantil (Cegonha) – SAS/MS.</p>	<p>DAPES/SAS/MS: Informou que a realização da Oficina tripartite para avaliação das redes temáticas é uma deliberação da 8ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite de 2014, ocorrida em dezembro. Na oportunidade definiu-se como prioridades a Rede de Urgência e Emergência e a Rede Cegonha. A Oficina foi</p>

	<p>planejada em 3 reuniões do GT de Atenção à Saúde da CIT, nas quais acordou-se que será realizada nos dias 06 e 07/05, na Fiocruz, Brasília. Contará com a participação de 150 pessoas entre gestores e técnicos. A abertura do evento será na manhã do dia 06/05, com a presença do Ministro da Saúde Arthur Chioro. Reforçou o convite aos presidentes do Conass e Conasems, Drº Wilson Alecrim e Drº Fernando Monti respectivamente. Ainda no dia 06/05 pela manhã, o Ministério da Saúde, Conass e Conasems apresentarão suas avaliações, histórico de dificuldades e avanços nos 3 anos de implantação dessas Redes, e será aberto debate com os participantes da Oficina. Na tarde do dia 06/05 e manhã do dia 07/05, os participantes se dividirão em grupos de trabalho. Na tarde do dia 07/05 acontecerá a plenária com todos os participantes, um momento de ouvir os grupos, seus encaminhamentos referentes a revisão e aperfeiçoamentos das normativas, críticas e propostas sobre financiamento, pagamento de incentivo, avanços na gestão das redes a partir do Plano de Ação Regional, grupos condutores e monitoramento, além dos desafios para que o cuidado em rede seja efetivado. Reforçou a maciça adesão do Conasems e Conass na Oficina, lembrou ainda que a Oficina Nacional de Avaliação da Rede de Urgência e Emergência e Rede Cegonha possibilitará uma reorientação, pelos próximos 4 anos, da organização das Redes de Atenção à Saúde.</p>
<p>e) Situação da alimentação do Relatório de Gestão anos 2012 - 2014 e informações sobre Plano e Programação de Saúde – SGEP/MS.</p>	<p>MS: Informou que sete Estados ainda não enviaram o Relatório Anual de Gestão referente ao ano de 2014. Quanto à esfera municipal, até o mês de Março, apenas 5,7% dos Municípios haviam enviado suas informações ao Sargsus. Disse que houve um avanço considerável nestas informações pois até o final deste mês de Abril, 52,7% dos Municípios já haviam enviado seus relatórios aos Conselhos Municipais de Saúde por meio do sistema.</p> <p>No que se refere ao quantitativo de Municípios que não enviaram seus Relatórios, para o ano de 2013 existem 647 Municípios pendentes e quanto ao ano de 2012, 16 Municípios dos Estados da Bahia, Tocantins, Mato Grosso e Pernambuco. Informou que maiores detalhes referentes à alimentação do Sargsus encontram-se no informe anexo e publicados na página inicial do Sargsus.</p>
<p>f) Situação da alimentação dos Indicadores no Sispacto 2015 –</p>	<p>MS: Disse que sete Secretarias Estaduais de Saúde encontram-se em fase de preenchimento das planilhas dos indicadores e que o sistema encontra-se disponível para alimentação das informações.</p>

SGEP/MS.	<p>Relatou que há uma oferta para pactuação em nível regional e que a situação em 28/04/2015 era de que 8 Regiões de Saúde encontravam-se em fase de pactuação dos indicadores, dentre elas 5 são dos Estado do Ceará.</p> <p>Quanto à pactuação no âmbito municipal, informou que 4.497 Municípios, aproximadamente 89% do total, ainda não informaram seus dados e que há expectativa de que, em breve, haja maior avanço na alimentação destes dados no sistema.</p>
----------	---

VERSÃO PRELIMINAR