



Ministério da Saúde

Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde



COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT

RESUMO EXECUTIVO DA 7ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE DE 2015

27 DE AGOSTO DE 2015

Em 27 de Agosto de 2015, participaram do Plenário da Tripartite:

MS: Arthur Chioro, Ana Paula Menezes, Jorge Harada, Adelaide Maria Caldas Cabral, Lumena Almeida castro Furtado, Antônio Carlos F. Nardi, Sônia Maria Feitosa Brito, Adriano Massuda, Heider Aurélio Pinto, Felipe Proenço, Antônio Alves de Souza.

Conass: João Gabbardo dos Reis, Jurandi Frutuoso, Fausto Pereira dos Santos, Marco Aurélio Bertulio das Neves; Francisco Armando Melo, Wilson Pollara.

Conasems: Mauro Guimarães Junqueira, José Enio Servilha Duarte, Afonso Emerick Dutra, Wilames Freire Bezerra, Iolete Soares Aruuda e Silvia Regina Ferraz

1. Abertura dos Trabalhos:

a) Programa Mais Médicos – SGTES/MS.

MS: Apresentou os resultados atualizados do Programa Mais Médicos e a campanha de divulgação a qual está constituída por peças que versam sobre a saúde em geral; mudanças na formação médica; expansão das vagas de graduação e residência médica; provimento profissional e infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde, além das metas para formação médica.

Na última semana, o tema foi discutido em seminário com a presença do MS, MEC, Conass, Conasems e representantes de várias Instituições de Ensino Superior (IES). As apresentações do evento serão encaminhadas à ST-CIT e compartilhadas com Conass e Conasems.

Relatou que as atuais bases que disponibilizam dados referentes às especialidades médicas no país são discrepantes. Como exemplo, apresentou mapas

referentes à relação de médicos oftalmologistas por cada 100.000 hab. em todo o território nacional e a elevada diferença de dados registrados por cada base registradora (CNRM, CFM, CNES e Colegiado Brasileiro de Oftalmologia), o que justifica a necessidade da criação do Cadastro Nacional de Especialistas-CadNES.

O Cadastro Nacional de Especialistas-CadNES foi criado baseado em decreto previsto na lei do Mais Médicos e é uma ferramenta fundamental para registrar e avaliar a situação das especialidades médicas no país. Este tem como objetivo: integrar as informações do banco de dados do SUS, da ANS, da CNRM, do MEC, do CFM, da AMB e demais associações médicas; conhecer melhor o perfil de formação e atuação dos especialistas no âmbito do território nacional; subsidiar, nas três esferas de governo, o planejamento da expansão de serviços e da formação de médicos especialistas.

Fez menção às reações negativas das entidades de classe diante da publicação do Decreto que regulamenta a formação do Cadastro Nacional de Especialistas-CadNES. Essas críticas foram dissolvidas com o esclarecimento de muitos questionamentos em evento realizado no Congresso Nacional com a presença de líderes de vários partidos e de representantes das entidades médicas. Encaminhou-se pela alteração da redação do Decreto para que seja melhor interpretado.

Apresentou a expansão na oferta de bolsas para Residência Médica financiadas pelo MS e fez menção ao novo edital com o lançamento de 3.000 novas bolsas sendo 75% dessas direcionadas para a Residência Medicina Geral de Família e Comunidade (RMGFC).

Foi lançado também o Programa Mais Médicos Residência, ações do Mais Médicos para o programa de residência médica, que tem como objetivo universalizar a residência médica (uma bolsa de residência médica para cada vaga de graduação ofertada), qualificar a preceptoria e a estrutura das unidades de saúde responsáveis pela formação médica, além do provimento de médicos para o SUS nas especialidades prioritárias.

A expansão de vagas pelos gestores municipais, estaduais e pelas Escolas de Saúde Pública garantirá qualidade, maior possibilidade de fixação dos profissionais e melhor custo-benefício. A bolsa de Residência Médica será financiada pelo Governo Federal, o financiamento da equipe de saúde será por meio do PAB, terá apoio para a formação de gestores da residência e preceptores; e haverá valorização do PMAQ e incentivo para qualificação da estrutura das unidades por meio do “Requalifica”. O programa “Requalifica” vai priorizar as unidades que tiverem assinado o COAPES.

O Plano Nacional de Formação de Preceptores visa formar os profissionais que hoje atuam como preceptores e estimular a formação da residência

médica associada à preceptoria e docência (especialização e mestrado profissional). A meta é formar mais de 10 mil preceptores até o ano 2018. Para estimular a ocupação das vagas da Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade-RMGFC (que têm variado entre 25% e 100%), o programa oferecerá incentivo com uma pontuação adicional de 10% na nota da residência. A RMGFC será obrigatória a partir do ano de 2019.

Esclareceu que há critérios para a expansão dos cursos de medicina, todos os municípios selecionados pelo Programa Mais Médicos passaram por processo de avaliação criterioso para a permissão de abertura do curso e que alguns municípios ainda estão em fase de avaliação. Disse que o tema tem sido alvo de críticas e que há muitos casos de cursos privados que foram solicitados anteriormente à aprovação da lei do Programa Mais Médicos e que estão em processo judicial. O MEC, por meio de entrevista coletiva, esclareceu muitos pontos questionados pela mídia. Por fim, apresentou o quantitativo de cursos de graduação criados pelo Mais Médicos, o histórico de expansão do número de vagas, o movimento da interiorização dos cursos e a redução das desigualdades regionais no âmbito do território nacional.

Apresentou a nova proposta do Mais Médicos com o objetivo de fortalecer o processo de avaliação, fomento ao processo de formação e acompanhar as novas diretrizes curriculares previstas na lei do Mais Médicos. A ideia é avaliar o graduando no 2º, 4º e 6º período, além da avaliação externa dos cursos: orientada pela manutenção de todos os indicadores anteriores e a criação de mais 15 novos indicadores para fortalecer o processo de formação para o SUS; maior responsabilidade social e integração com o SUS; atividades de ensino baseadas na comunidade. Valorizar a formação das redes de atenção à saúde e a atenção básica contratualizada através do COAPES; incentivo à abertura de residências médicas (especialmente a RMGFC); valorização de docentes com experiência no SUS e formação de docentes e preceptores. Este novo processo avaliativo iniciará até o final do ano e todas as escolas de medicina serão visitadas.

Informou o novo site do programa, que agora integra as ações realizadas pelo MEC em prol do programa, além da publicação do livro do Mais Médicos que consta os resultados das ações realizadas pelo programa desde a sua instituição, em Julho de 2013.

Para maiores informações acessar o *site*: www.maismedicos.gov.br

DAI/MS: Destacou que é fundamental a participação do MS na Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Reforçou a necessidade de qualificar o diálogo do MS, MEC e entidades de classe, além disso, citou como novos desafios a qualificação dos cenários de práticas e da formação de novos

preceptores; mudanças pedagógicas e diretrizes curriculares, além da mediação de conflitos.

Conass: Questionou a formação do Cirurgião Geral, especialidade que avalia ser primordial neste processo de ampliação de serviços especializados, se é possível considerar 1 ou 2 anos de sua formação no processo de formação de residência médica proposto pelo programa. Questionou ainda sobre os impactos do Programa Mais Médicos sobre a Atenção Básica.

Perguntou qual a expectativa do MS quanto à modalidade de Teleoftalmologia e disse que tem dúvidas quanto à reação dos oftalmologistas com relação a essa proposta. Sugeriu que haja um cadastro de oftalmologistas, por exemplo, para selecionar quais os especialistas que já existem e que podem prestar serviços ao SUS.

Por fim, perguntou ainda qual a porcentagem de vagas ofertadas pelas instituições de formação médica privadas e públicas.

Conasems: Manifestou preocupação quanto ao encerramento do primeiro ciclo. Disse que deverão iniciar, desde já, ações que visem a não interrupção das atividades do Mais Médicos nos municípios e não prejudicar a população assistida por profissionais contratados pelo programa. Disse que o Conasems compromete-se a contribuir no processo de discussão deste assunto.

Reforçou que, neste momento, é importante que o gestor esteja orientado e que é fundamental investir no processo de formação destes profissionais. O gestor municipal deverá ser protagonista nesse processo.

MS: Quanto ao questionamento referente à porcentagem de instituições públicas e privadas, disse que o SISU/MEC (Sistema Seleção Unificada), por meio das estratégias do Programa Mais Médicos, possui como meta a ampliação de vagas de graduação de 0,8 vagas/10.000 habitantes para 1,34 vagas/10.000 habitantes até 2017, implicando em 2,7 médicos/1.000 habitantes. Inicialmente a expansão é feita em instituições públicas federais e, na sequência, nas instituições privadas. A proporção é de 1/3 das vagas para as universidades públicas federais e 2/3 para as privadas.

Reforçou que o MS possui um sistema de cadastro de profissionais, previsto no Decreto, que acompanha o número de vagas de oftalmologia, por exemplo, nas instituições públicas e privadas, dessa forma pode ser feito o acompanhamento das especialidades para orientar a expansão de vagas para cada especialidade. Disse ainda que o Conselho Federal de Oftalmologia tem debatido soluções para assistência oftalmológica no país, considerando realidades e as especificidades de cada região.

Em resposta ao questionamento referente à formação do médico cirurgião relatou que, inicialmente, é fundamental mudar as diretrizes de formação médica em relação à assistência de medicina de família e comunidade e, a partir daí, será possível reduzir a carga horária de formação, de cirurgia geral, por exemplo, e complementar com conteúdos que não foram vistos na RMGFC. Disse que o tema referente ao processo de formação médica está em discussão na Comissão Nacional de Residência Médica-CNRM.

Quanto aos resultados do Programa Mais Médicos sobre a Atenção Básica, disse que será informado na próxima CIT.

Sugeriu que, em Setembro, seja discutido em GT tripartite o tema referente à conclusão do primeiro ciclo do PMM (3 anos do primeiro edital de convocação de profissionais). Os resultados desta reunião serão informados na próxima CIT.

Disse que foi realizada uma oficina junto aos municípios que têm desenvolvido estratégias positivas em relação à Residência Médica no intuito de divulgar essas experiências em outros municípios, na sequência, afirmou que será realizada uma oficina de retorno e um debate mais aprofundado sobre a formação de preceptores junto aos gestores municipais.

Conasems: Sugeriu que, na oficina de retorno sejam relacionados critérios para o envolvimento pleno dos municípios em relação à Residência Médica. É fundamental investir no processo de universalização da formação de especialistas e as universidades devem ser protagonistas neste processo, pois ainda há dificuldades na relação entre Universidades e municípios. A formação de especialistas deverá estar orientada para as necessidades de cada região e há um grande compromisso dos gestores municipais em relação a isso.

Ministro: Enfatizou que há desafios a serem enfrentados especialmente em relação às mudanças de modelos de cuidados que influenciam o processo de formação médica. As mudanças nos processos de formação também interferem nos modelos de cuidado. Portanto, uma boa estratégia de mudança de modelos cuidados é proveniente da potência que o processo de formação apresenta, como exemplo citou, a utilização de práticas inovadoras e a descentralização do cuidado.

Reforçou a necessidade de iniciar imediatamente, em Gt tripartite, as discussões referentes ao fechamento do primeiro ciclo do programa, que se encerrará em Julho de 2016, para que não haja prejuízos para a assistência aos usuários. É fundamental já iniciar um processo de avaliação da atuação dos médicos nos municípios, observar os impactos da ação dos profissionais sobre as necessidades da população e realizar as mudanças necessárias para um

bom resultado das ações do programa.

Citou a necessidade de discussão tripartite sobre as matérias veiculadas na mídia referente ao deslocamento da população do seu município para ter acesso à assistência médica e que essa situação foi repassada como uma fragilidade do SUS. Quanto ao Programa Mais Médicos, o debate deverá iniciar a partir da Atenção Básica, como ordenadora da assistência, com suas expectativas e seus limites, o que levará a discussões sobre o acesso à atenção hospitalar, as redes de atenção à saúde e sobre a regulação do acesso e da qualidade.

Fez um breve histórico sobre a implantação do Programa Mais Médicos, que foi alvo de críticas, porém, com os resultados das ações do programa, com o alto nível de satisfação dos usuários, com o retorno dos gestores e com as melhorias da rede e da infraestrutura; as críticas e os comentários negativos foram superados. O marco para este embate foi a adesão dos médicos brasileiros aos ciclos de expansão de vagas e de reposição de profissionais nas vagas desocupadas.

Atualmente o Programa Mais Médicos está focado no processo de formação na graduação e formação de especialistas e que, com a publicação do Cadastro Nacional de Especialistas-CadNES e o decreto que regulamenta a sua formação, passou a ser questionado e, mais uma vez criticado. E, finalmente, após o assunto referente ao CadNES ter sido debatido no Congresso Nacional, encaminhou-se por uma nova redação, o que deixou a leitura de mais fácil interpretação.

Encaminhamentos:

- Ministério da Saúde enviará à ST-CIT as apresentações do seminário realizado com MS, MEC e as IES para serem compartilhadas com Conass e Conasems e apresentará, na próxima CIT, os impactos do Programa Mais Médicos sobre a Atenção Básica;
- Discutir, no GT de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – GT GTES, o fechamento do primeiro ciclo do programa, que se dará em Julho de 2016, para que não haja prejuízos de assistência aos usuários. Os resultados desta reunião serão apresentados na próxima CIT;
- Pautar, no GT de Atenção à Saúde, o tema referente ao deslocamento da população do seu município para ter acesso à assistência médica. O debate deverá iniciar a partir da Atenção Básica, como ordenadora da assistência, com suas expectativas e seus limites, o que levará a discussões sobre o acesso à atenção hospitalar, às redes de atenção à saúde e regulação do acesso e da qualidade;

- Valorizar as discussões e orientações dos gestores municipais referentes ao processo de formação de especialistas e questões relacionadas à Residência Médica.

b) Lançamento do aplicativo do Cartão SUS – SGTES/MS.

MS: Apresentou o novo aplicativo do Cartão SUS, o qual possibilitará a qualquer usuário, baixar o cartão SUS via celular, de forma desburocratizada, obedecendo às regras de segurança, introduzindo apenas os seguintes dados: nº do CPF, a data de nascimento e e-mail válido. Assim, terá o cartão digital no qual poderá inserir algumas informações de saúde auto referenciadas, que poderão ser acessadas, a partir do próximo mês, em que os médicos e enfermeiros receberão essas informações para melhor acompanhamento dos pacientes. Trata-se de uma primeira versão para a integração dos prontuários eletrônicos, e das informações em saúde, não só no âmbito dos aplicativos do Ministério da Saúde, como uma forma de solução estruturante para que quaisquer prontuários eletrônicos sejam conectados para receber e enviar informações. Em seguida apresentou o passo a passo para instalação do aplicativo, informando os dados necessários para tal, como referenciar exames, se paciente é hipertenso ou diabético, bem como o resultado de pressão e glicose. Para isso, está em diálogo com a indústria de equipamentos para definição dos protocolos para que as máquinas possam enviar os dados diretamente por barramento dos dados inseridos. A partir do momento que as informações são inseridas, os profissionais da saúde passarão a receber tais dados pelo celular ou *tablet*. Com os dados básicos inseridos, como a avaliação nutricional e outros exames, as informações serão sincronizadas com as dos profissionais de saúde. O objetivo é a conexão dos prontuários com os outros sistemas como o e-SUS AB e o E-SUS Hospitalar, possibilitando ao médico acessar os dados críticos do paciente. Reforçou que essa é uma primeira versão a ser demonstrada nas unidades de saúde, e as próximas versões já possuem protótipos, inclusive para os próprios profissionais de saúde e demais funcionalidades. Para isso há um cronograma de atividades para as disponibilizações dos protocolos e troca de informações. Os parceiros são os mesmos do Banco do Brasil e Tribunais. Para os municípios que quiserem aderir, há a possibilidade de, a partir de março, acessar a agenda e fazer marcações de consultas, já no primeiro semestre de 2016. Na

oportunidade informou que foi enviado uma equipe do Datasus ao Estado do Amazonas para verificação dos problemas do Sisreg e Siscan, e estes foram resolvidos. Apresentou em tempo real a situação dos 6 sistemas do SUS, quais sejam: Hórus, Sinan, Siscan, Sisreg, Sis prenatal e Mais Médicos. A ideia é ter um processo transparente para a solução de todos os problemas relacionados aos sistemas.

Conasems: Reforçou a situação crítica em que se encontrava o sistema: Siscan.

Conass: Parabenizou a ideia e sugeriu que esse mecanismo seja utilizado para a emissão da Carta SUS, não sendo mais necessário encaminhar via postal e sim eletronicamente, o que possibilitará o envio sem nenhum custo.

MS: Afirmou que isso é perfeitamente possível a partir de uma avaliação e confirmação feitas pelo usuário e pelo gestor, com a confirmação dos dados, em tempo real, em tempo recorde.

Ministro: Acrescentou que esse é um dos resultados do compromisso firmado com Conass e Conasems em tempo remoto, relacionado ao aprimoramento da tecnologia. Considera factível e necessário a implementação sugerida por Conass, inclusive para o mecanismo de controle e avaliação. A opção de trazer essa apresentação na Tripartite foi no intuito de ter o instrumento valorizado pelos gestores e, sobretudo, de ter o retorno quanto ao funcionamento e utilidade desse dispositivo, com críticas e sugestões.

Encaminhamentos: Datasus ajustará o aplicativo para utilização das emissões da Carta SUS de forma eletrônica. O MS sugeriu incluir o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS na referida agenda.

2. Apresentações e Discussões:

a) Estado da arte do e-SUS AB – SAS/MS.

MS: Lembrou do compromisso de apresentar a evolução do processo de implantação do e-sus AB mensalmente nas reuniões ordinárias da CIT, firmado na reunião do dia 23/07/2015. Lembrou ainda que a nova versão 2.0 do sistema está em operação e o aplicativo destinado aos Agentes Comunitários de Saúde – ACS estará disponível a partir de setembro/2015.

	<p>Apresentou a evolução dos municípios por situação implantado e intermediário do e-SUS AB nos períodos de julho/2014, abril/2015 e junho/2015. Demonstrou também o percentual de municípios, por número de equipes de Saúde da Família e por situação de implantação do e-SUS AB. Exibiu resultados referentes ao envio de dados no trimestre abril, maio e junho de 2015, por equipes de saúde da família. Sobre a origem dos dados informou que 3.549 municípios estão utilizando o modo de Coleta de Dados Simplificada – CDS, 507 municípios com dados originados no Prontuário Eletrônico do Cidadão – PEC e 297 municípios com sistema próprio enviaram dados através da tecnologia ‘Thrift’.</p> <p>Destacou que o MS intensificou ações de apoio à implantação da estratégia e-sus AB por meio de oficinas e também de apoiadores locais, aonde foi percebida a necessidade de maior apoio aos municípios de grande porte. Compreendeu ainda a importância de contar com Conass e Conasems neste processo para que seja possível atingir os resultados esperados.</p> <p>Conass: Solicitou envio da relação atualizada dos municípios que estão apresentando maiores problemas e dificuldades para implantação da estratégia e-sus AB.</p> <p>Conasems: Corroborou com a solicitação do Conass.</p> <p>Encaminhamento: DAB/SAS encaminhará para Conass e Conasems a relação atualizada de municípios que estão apresentando maiores problemas e dificuldades para implantação da estratégia e-sus AB.</p>
<p>3. Discussões e Pactuações:</p>	
<p>a) Processo de habilitação das ações e serviços</p>	<p>MS: Retomou o processo de pactuação para a priorização das ações e serviços a serem habilitados. Lembrou que em Junho definiu-se que as CIB pactuariam a lista de priorizações</p>

priorizados pelas Comissões Intergestores Bipartite – SE/MS.

das habilitações, e que esse processo teve término em 31/07/2015, ressaltou que houve envolvimento de Cosems, Secretarias de Estado de Saúde e Ministério da Saúde. Apenas dois Estados não enviaram suas prioridades: Amapá e Mato Grosso. Informou que, após análise da Secretaria Executiva e Secretaria de Atenção à Saúde, em Setembro, terá início a publicação das Portarias das habilitações de ações e serviços de saúde no âmbito de custeio, e que o repasse será de 300 mil reais/mês por Estado, isso permitiu contemplar mais de uma prioridade em alguns Estados. As priorizações dos serviços que terão pagamento de parcela fixa terão as Portarias publicadas a partir de Outubro.

Conasems: Questionou se os dois Estados que estão finalizando o processo de pactuação de prioridades, e irão enviar ao Ministério da Saúde ainda neste mês de Agosto, terão as Portarias publicadas em Setembro, como os outros Estados.

MS: Lembrou a respeito dos prazos definidos em Junho, que foram estabelecidos de forma tripartite. Pontuou que o impacto mensal será superior a 15 milhões de reais, excluindo o valor referente ao repasse da parcela única. Será feito um aporte de crédito complementar, pois provavelmente as Portarias sairão depois do dia 10.09, mas o Ministério assume o compromisso de realizar os pagamentos. Em relação aos dois Estados que estão faltando, serão incorporados, analisados e irão compor o quadro. Com essa ação, o Ministério da Saúde está estabelecendo previsibilidade em relação aos repasses, e irá acompanhar durante o mês de Setembro a receita para fazer a programação.

Conass: Solicitou ao Ministério da Saúde o envio das planilhas detalhadas por Estado.

MS: Confirmou o envio das planilhas solicitadas e que a lista de prioridades segue

	<p>inteiramente a definição pactuada nas Comissões Intergestores Bipartite e enviada ao Ministério da Saúde.</p> <p>Por fim, fez uma síntese sobre o processo de priorização das habilitações, esclarecendo que nos casos em que a primeira prioridade definida alcançou o valor superior a 300 mil reais, esta foi contemplada inteiramente. Lembrou que a perspectiva é que o pagamento de todas as propostas aprovadas seja realizado, e ressaltou que esse sistema foi um mecanismo para realizar o pagamento de forma progressiva.</p> <p>Encaminhamento:</p> <p>Publicação e pagamento, em Setembro, das Portarias das habilitações de ações e serviços de saúde, com desembolso mensal.</p> <p>Publicação e pagamento, em Outubro, das Portarias com desembolsos previstos em parcela única.</p>
<p>b) Minuta de portaria que prorroga o prazo estabelecido no art. 1º, da Portaria SAS nº 1.426, de 12 de dezembro de 2014, afeta a habilitação dos serviços na alta complexidade em oncologia – SAS/MS</p>	<p>MS: A secretária de Atenção à Saúde parabenizou José Eduardo Fogolin pela nomeação no cargo de diretor do Departamento de Atenção Especializada e Temática – DAET do Ministério da Saúde. Este agradeceu e parabenizou o Mauro Guimarães Junqueira pela posse como novo presidente do Conasems, ressaltando a parceria. Ponderou sua participação na assembleia do Conass onde teve a oportunidade de discutir a minuta de portaria e apresentar o relatório afeto às órteses e próteses, construído pelo grupo de trabalho tripartite. Na oportunidade, parabenizou e agradeceu ao referido grupo.</p> <p>Em seguida, disse que a proposta é a pactuação da minuta de portaria de prorrogação do prazo estabelecido no art. 1º, da Portaria SAS nº 1.426, de 12 de dezembro de 2014, afeta a</p>

habilitação dos serviços na alta complexidade em oncologia, que remete à Portaria nº140, de 27 de fevereiro de 2014. Destacou que o diálogo vem sendo feito desde 2011 no sentido de rever toda política inicial, política nacional de atenção oncológica, que culminaram em duas portarias: a nova política nacional de prevenção e controle do câncer e a de nº 140 que redefiniu os critérios.

Esclareceu que o ponto fundamental desta portaria é a redefinição de alguns parâmetros, principalmente na mudança da organização do cuidado, em essencial o plano de ação em cada Estado na prevenção e promoção da atenção as pessoas com necessidades de cuidado oncológicos, no eixo do câncer da rede de cuidados às pessoas com doenças crônicas.

Destacou que a prorrogação do prazo requer um olhar especial, pois a publicação da portaria nº 140, que iniciaria a entrega dos planos de cada um dos Estados, ocorreu há 1 ano e meio.

Informou que no cenário geral, 11 Estados enviaram as versões preliminares dos planos de atenção. Deste total, 8 pretendem ampliar a quantidade de hospitais e 4 formalizaram via postagem do documento. Destacou que o Ministério da Saúde tem mantido, por meio de videoconferência e visita *in locus*, a discussão da organização do referido plano com as 27 unidades da federação.

Afirmou não se tratar apenas em aguardar que a elaboração do plano seja realizado. Há também a construção de documentos instrutivo e, que em outubro, pretende-se realizar uma oficina para avaliar as dificuldades de elaboração que alguns Estados estão tendo na formulação do plano, para que o processo seja alinhado.

Sabendo das dificuldades apresentadas na assembleia do Conass, seja questão do

financiamento, seja as dificuldades específicas na elaboração do plano, a proposta é pactuar a prorrogação por 6 meses, sendo que em 3 possa ser feita uma análise conjunta de todos os planos que foram apresentados, aproximando ainda mais a discussão tripartite. Salientou ainda, a construção de uma agenda permanente afeta a discussão do financiamento.

Conass: parabenizou o Fogolin pela nomeação e disse tratar-se de um processo complexo, destacando a aprovação, na CIB de julho, da proposta preliminar do Estado de Minas Gerais. Ponderou que mesmo que a portaria traga novos parâmetros, ainda assim o câncer é uma questão emergente que tem forçado o enfrentamento de situações singulares. Está associado a questão do desenho e do financiamento. Parte da oncologia tem sido atrativa para algumas instituições, mas o processo aponta problemas como: ausência de parâmetros, de monitoramento e avaliação, visto o alto investimento de recursos do sistema. Pesquisas mostram que a tendência é uma expansão das ações oncológicas, exigindo um maior foco. Ainda há priorização da quimio, radio e cirurgias oncológicas, o que demonstra diagnóstico tardio. Manifestou-se favorável à prorrogação do prazo e considera necessário que durante o processo de avaliação dos planos que estão em andamento, seja discutida o fator financiamento.

Conasems: também parabenizou o novo diretor do DAET e propôs que antes dos três meses da avaliação, haja uma discussão tripartite, visto que a prorrogação da portaria deve-se às dificuldades de cumprimento pelos serviços que estão sendo ofertados, à necessidade de expansão de toda a rede; o prazo de 60 dias que a lei trouxe para acesso do paciente aos serviços e que não é cumprido pela ausência dos serviços e pela falta do leito. Entende caber

	<p>um debate da garantia do serviço de apoio diagnóstico precoce. Por fim ressaltou a importância de se discutir serviços itinerantes que estão atuando em outros Estados desestruturando a rede de atenção à saúde.</p> <p>Encaminhamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pactuado. A discussão do financiamento e dificuldades de implantação, apresentadas pelos gestores, será pautada no grupo de trabalho da Câmara Técnica.
<p>c) Minuta de portaria que aprova a revisão de normas do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) – SAS/MS.</p>	<p>MS: Informou que a formulação das novas regras postas nesta Minuta de Portaria é resultado do processo de avaliação dos resultados do 2º ciclo e do Programa como um todo realizado, tanto na CIT quanto nos Estados. Esta proposta traz três principais mudanças: 1) a adoção de um ciclo de dois anos e não mais dezoito meses; 2) Conceitos mais precisos no modo de certificar as equipes e; 3) um conjunto de ofertas para apoiar as equipes no processo. Quanto à Agenda informou que a proposta é realizar as novas adesões e reconstrutualizações a partir de outubro deste ano; a avaliação externa ao longo do primeiro semestre de 2016; e apenas depois do Processo Eleitoral de 2016 a certificação das equipes.</p> <p>Conasems: Posicionou-se pela pactuação desta Portaria, mas fez alguns questionamentos que deverão ser discutidos no GT da Câmara Técnica da CIT. Em primeiro lugar, afirmou que ao invés da proposta de aumento do tempo do ciclo acredita que seria interessante diminuir este tempo para 12 meses. Em seguida questionou a qualidade dos avaliadores e por fim, solicitou a criação de um mecanismo que possibilite ao gestor a apresentação de</p>

recurso antes da publicação da nota final.

Conass: Posicionou-se pela pactuação desta Portaria com o indicativo de que o Instrumento de Avaliação e o Manual Instrutivo sejam discutidos no GT de Atenção. Propôs ainda que trabalhem no sentido de simplificar o instrumento do PMAQ.

Em seguida, questionou a separação, realizada a partir do 2º ciclo, da avaliação da Equipe de Saúde Bucal (ESB) da Equipe de Saúde da Família (ESF) afirmando que a ESB faz parte da ESF e, portanto deveriam ser avaliadas de forma unificada.

MS: Considerou importantes os questionamentos postos pelo Conass e Conasems e indicou que esta discussão seja levada ao GT de Atenção à Saúde da Câmara Técnica da CIT. Afirmou que este processo tem, principalmente, o objetivo de proporcionar ao gestor a capacidade de observar suas equipes e que estas também se enxerguem.

Em resposta ao Conass afirmou que o instrumento já está mais enxuto e simplificado, neste 3º ciclo e que na próxima semana ocorrerá o GT de Atenção à Saúde para discussão do Instrumento de Avaliação e o Manual Instrutivo.

Em resposta ao Conasems quanto ao questionamento sobre o aumento no tempo da avaliação afirmou que a proposta implica em ações de monitoramento de indicadores e devolutivas para as equipes e os gestores com um intervalo de tempo menor.

Quanto à qualidade dos avaliadores, o MS vem discutindo isto, com frequência, com as Universidades.

E por fim, propôs disponibilizar os resultados no *site* e estabelecer um prazo para que os gestores possam enviar os recursos. Apenas após isto seria publicada a portaria definitiva

	<p>com as notas finais.</p> <p>Encaminhamentos: Pactuado. Todos os questionamentos de Conass e Conasems serão discutidos no GT de Atenção à Saúde.</p>
<p>4. Informes:</p>	
<p>a) Situação da Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2014/abertura do Sispacto para o registro do processo de pactuação 2015 – SGEP/MS.</p>	<p>SGEP/MS: Informou que a situação da Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores até 25 de Agosto é de 87% dos municípios em alguma fase da pactuação e desses, 81% aproximadamente estão homologados, todavia, os 13% restantes equivalem a 720 municípios, o que significa um número preocupante, haja vista que iniciará o mês de Setembro. Sobre a pactuação dos estados, 8 ainda não iniciaram. No âmbito regional, a possibilidade de pactuação nas 438 regiões de saúde corresponde a 43% em alguma fase de pactuação dos seus indicadores.</p>
<p>b) Situação da alimentação do Relatório de Gestão anos 2013 - 2014 e informações sobre Plano e Programação Anual de Saúde – SGEP/MS.</p>	<p>SGEP/MS: Referente aos Relatórios de Gestão, ano 2014, afirmou que Goiás alcançou 100% de alimentação do Sistema, parabenizou o Estado e comunicou que o percentual de envio dos Relatórios é aproximadamente 77%.</p> <p>No que diz respeito aos Planos Municipais de Saúde vigentes, 82% dos municípios informaram possuir, contudo, há um alto contingente de municípios sem Plano. Sobre a Programação Anual de Saúde 2015, 40% apresentaram a Programação, 12% ainda não atualizaram o SargSUS e 48% não possuem. Nesse sentido, esses números traduzem a preocupação não apenas com os Órgãos de Controle, mas com a Programação e o Planejamento em âmbito territorial, pertinente ao desenvolvimento da atenção à saúde da</p>

	<p>população.</p> <p>DESTAQUE:</p> <p>A relação dos municípios que ainda não atualizaram o Sargsus quanto ao envio de seus Relatórios de Gestão 2013/2014 aos Conselhos Municipais de Saúde encontra-se no endereço: www.saude.gov.br/sargsus;</p> <p>A lista dos municípios que não possuem Plano de Saúde vigente ou não atualizaram o Sargsus encontra-se em www.saude.gov.br/sargsus;</p> <p>A lista dos municípios que não possuem Programação Anual de Saúde 2015 ou não atualizaram o Sargsus encontra-se publicada em www.saude.gov.br/sargsus.</p>
--	--

DESTAQUE:

O Presidente do Conass, Dr. Gabardo, pediu a palavra para expressar uma “Moção de Repúdio” a uma situação que ele nominou de, no mínimo, “constrangedora”: um Secretário Estadual de Saúde teve suas contas pessoais bloqueadas e seu saldo bancário confiscado devido a uma dificuldade de atendimento de uma decisão judicial.

Ministro da Saúde: Propôs que esta Moção seja transformada em uma Manifestação Tripartite.

Conasems: Concordou.

ENCAMINHAMENTO: Conass confeccionará a Moção de Repúdio e enviará para validação e assinatura dos parceiros Conasems e MS.

MINISTRO

O Ministro parabenizou Dr. Mauro Junqueira pela sua posse como presidente do Conasems, assim como, toda nova diretoria e enfatizou a certeza de que o compromisso e trabalho pelo fortalecimento da relação federativa, no âmbito tripartite, continuarão. Destacou e agradeceu todo o trabalho desenvolvido pelo Dr. Fernando Monti e de toda sua diretoria no período anterior.

Informou que a Secretária Executiva encaminhou ao Conass e Conasems a planilha consolidada das habilitações das ações e serviços de saúde priorizada pelos estados enviada ao Ministério da Saúde, conforme combinado.

Reforçou, junto ao Conass e Conasems, a importância da participação de forma tripartite na Agenda Brasil que está em discussão no Congresso Nacional, particularmente, em dois temas que são importantes para a saúde: a judicialização e o ressarcimento ao SUS.

A discussão sobre a judicialização não inviabiliza o conjunto de medidas que estão sendo tratadas junto ao Conselho Federal do Ministério Público e Conselho Federal de Justiça, mas significa trabalhar o processo de decisão judicial também no aprimoramento da legislação.

O Ministro se dispôs a agendar uma audiência com o Presidente do Senado, Renan Calheiros, para que, juntamente, com Conass e Conasems possam apresentar as sugestões relacionadas ao SUS, no âmbito tripartite, ao Congresso Nacional.