



COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE - CIT

RESUMO EXECUTIVO DA 1ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE DE 2015

26 DE FEVEREIRO DE 2015

Em 26 de Fevereiro de 2015, participaram do Plenário da Tripartite:

MS: Arthur Chioro, Ana Paula Menezes, Jorge Harada, Lumena Furtado, Sônia Brito, Jarbas Barbosa, Heider Pinto, Antônio Alves de Souza.

CONASS: Wilson Alecrim, Jurandi Frutuoso, Fausto Santos, Neslon Tavares, José Macedo Sobral, Samuel Bonilha, Wilson Polara.

CONASEMS: Fernando Monti, Nilo Bretas, Wilames Bezerra, Mauro Junqueira, Arilson da Silva.

Conforme lista de presença anexa a este resumo.

1. Abertura dos Trabalhos:

a) Lançamento: Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada - SAS/MS.

MS: Os Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada, focados nas especialidades de endocrinologia e nefrologia são os primeiros de um conjunto que será lançado ao longo do ano, estes são uma parceria entre Ministério da Saúde e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Contextualizou a necessidade de publicação dos protocolos, haja vista que a Atenção Especializada é um tema crítico e estratégico, e que passa pela resolutividade da Atenção Básica, capacidade clínica e de cuidado das equipes, incorporação tecnológica, coordenação do cuidado, regulação do acesso e integração com pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Informou que os protocolos de encaminhamento são, ao mesmo tempo, ferramentas de gestão e de cuidado que orientam as decisões dos profissionais e modulam os mecanismos regulatórios. Lembrou sobre a nova lógica de custeio dos Núcleos de Telessaúde, que tem um componente fixo relacionado à abrangência e porte, e um componente variável ligado à

pactuação de especialidades e linhas de cuidado prioritárias em cada Estado e Região, para servir como fonte de investimento, como por exemplo, especialidades com demanda reprimida e longos tempos de espera, essa nova lógica incentiva a utilização de protocolos e a integração entre Telessaúde e Regulação. Os protocolos podem ser incorporados a cada realidade, e contêm orientações sobre como, quando, a quem encaminhar e quando priorizar. Quando os protocolos não forem suficientes para dar segurança ao profissional, pode se utilizar o Núcleo de Telessaúde; dados apontam que esse contato diminui a intenção de encaminhar e isso faz com que à Regulação seja mais qualificada. Solicitou aos Estados uma utilização crítica do protocolo, com sugestões e apontamentos para a qualificação dos outros protocolos a serem lançados.

CONASS: Cumprimentou as bancadas e saudou os novos Secretários Estaduais de Saúde. Ressaltou a importância dos protocolos de encaminhamento, lembrando que existem problemas no agendamento resultante dos encaminhamentos, tal como: falha na formação médica, pois os profissionais não conseguem conduzir clinicamente pacientes com pequenas alterações, encaminhando para o especialista, resultando em um dos principais problemas do sistema de saúde que são as filas. Citou a importância da participação da UFRGS na criação do protocolo que organizará, ordenará o serviço e proporcionará visibilidade a um programa de especialidades. Questionou se houve algum teste de campo para validação do protocolo.

CONASEMS: Ressaltou a importância do protocolo por tratar de um ponto crítico no sistema de saúde e pauta nuclear no programa de governo: Mais Especialidades. Destacou ainda, a participação da UFRGS e por tratar-se de uma iniciativa da Atenção Básica, torna-se o caminho para o aprimoramento do sistema de saúde. Referiu que o Conasems tomou conhecimento do protocolo pronto em uma reunião tripartite, e que por tratar-se de um material voltado à rotina, operação do sistema e atendimento ao cidadão, é importante contar com a participação de Conass e Conasems na construção dos próximos protocolos. Parabenizou o Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS pela iniciativa.

MS: Assumiu o compromisso de discutir a lógica dos protocolos de encaminhamento com Conass e Conasems para que reflita várias realidades. Informou que os protocolos não foram construídos apenas teoricamente, e que partiu de experiências de Municípios que contam com protocolos e especialidades com filas de espera grande. Disse que os protocolos de encaminhamento estarão disponíveis eletronicamente. Reafirmou o compromisso de construir de forma tripartite os protocolos e com a participação das sociedades de especialistas de cada área.

CONASEMS: Informou que embora os protocolos de encaminhamento não tenham sido discutidos nacionalmente, foi desenvolvido pelo Núcleo de Telessaúde do RS e da UFRGS e contou também com o acompanhamento do Cosems/RS e aprovado na Comissão Intergestores Bipartite do RS. Afirmou que o impacto de sua adoção foi positivo, pois houve uma significativa diminuição na lista de espera e nas necessidades de encaminhamento. Ressaltou que os protocolos qualificaram a relação do Núcleo de Telessaúde com os Municípios que demandam os encaminhamentos.

MS: Lembrou a relevância da gestão compartilhada, não apenas no que se refere à elaboração dos protocolos de encaminhamento, mas na implantação para que haja capilaridade nas discussões com as equipes. Esse lançamento marca o início do processo que possibilitará a integração da Atenção Básica com a Atenção Especializada, e de sistemas como o Telessaúde e os processos de regulação Estadual e Municipal, organizando a demanda.

b) Cenário e prioridades para o SUS em 2015 - Ministro de Estado da Saúde/MS.

Ministro/MS: Saudou os participantes da 1ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite; apresentou a nova Secretária de Atenção à Saúde, Lumena Furtado e o novo presidente do Conasems, Fernando Monti e comentou que houve uma grande mudança na composição do time de Secretários Estaduais, permanecendo apenas 4 Secretários à frente das suas pastas, momento para muitas oportunidades de repactuações. Comunicou o compromisso de dar continuidade a um esforço tripartite, de trabalhar a agenda estratégica iniciada em 2014 e que esta indique quais são as prioridades. O intuito é revisitar os pontos; cada bancada aprofundará a discussão de quais são os elementos estratégicos para a construção de uma agenda que reflita as prioridades para estruturação e enfrentamento dos principais desafios do Sistema. Todavia, é necessário cautela para não diluir os esforços e a potência do trabalho conjunto.

Explicou que os pontos que o MS apresenta têm relação com a proposta do governo federal aprovada pela maioria da população na última eleição presidencial e enquanto equipe dirigente do governo federal, compete ao MS conduzir essas diretrizes. Contudo, tais diretrizes estão articuladas com o conjunto de desafios que já vem sendo conduzido no Sistema de Saúde. Esclareceu que o SUS não reflete apenas a vontade e o desejo do gestor federal, mas o resultado da pactuação dos três entes; e que o sucesso do governo federal reflete o sucesso das duas bancadas, pois essa é a dinâmica do pacto federativo. Lembrou que 2015 é um ano especial, pois ocorrerá a 15ª Conferência Nacional de Saúde, cujas

discussões envolve a sociedade civil, sendo esse o momento de enfrentar os principais problemas e desafios, que vão do financiamento à mudança nos modelos: de gestão e assistencial, bem como os processos: de formação dos profissionais de saúde, de mobilização, de comprometimento e de responsabilização não só dos gestores, mas também do conjunto de atores que fazem o sistema de saúde no dia-a-dia.

Listou que as prioridades para o ano de 2015 são:

1ª) A continuidade/aperfeiçoamento do Programa Mais Médicos para o Brasil, que é uma parte do fortalecimento da Atenção Básica: informou que o “Mais Médicos” tem três grandes componentes: o provimento de médicos para poder garantir a atenção básica, os investimentos em infraestrutura e a formação para o SUS. Acrescentou que o MS assumiu o compromisso de ampliar o número de vagas de graduação em medicina e que 4.546 novas vagas já foram autorizadas. Em breve o MS e Ministério da Educação anunciarão novo edital com condições singulares e diferenciadas, para as regiões centro-oeste, norte e nordeste, contemplando ainda mais a descentralização e a interiorização da construção das faculdades de medicina. Outro compromisso é a abertura de novas vagas de residência médica, que terá a participação das Secretarias Estaduais e Municipais para universalizar e garantir que 100% dos médicos tenham vaga de residência médica. Mencionou que a faculdade de medicina por si só não é um fator de fixação do profissional no território, o que de fato assegura um médico na região é onde é feita a residência médica. Relatou que o programa está consolidado e ganhou uma enorme credibilidade; as pessoas estão avaliando o programa como muito satisfatório e há uma avaliação positiva por parte dos gestores municipais, dos conselhos municipais, das comunidades e das equipes de saúde. Informou que um dos compromissos da Presidenta é dar continuidade à qualidade e à ampliação do Programa. Esse ano há um aumento da cobertura de 50 milhões para 63 milhões de brasileiros beneficiados, a surpresa é que mais de 15.747 médicos brasileiros se inscreveram para participar do “Mais Médicos”, ou seja, reflete a retomada do diálogo e de uma agenda consistente do MS com o Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Médica Brasileira (AMB) e Federação Nacional dos Médicos (FENAM), salientou que a participação dos gestores estaduais e municipais também são fundamentais nesse processo de diálogo. Anunciou os resultados da segunda chamada para o “Mais Médicos”. Lembrou que agora esses médicos podem dar plantão no horário livre e que têm a vantagem de que são médicos com diplomas validados. Concluiu que a avaliação é muito positiva.

2ª) Programa Mais Especialidades ligado à Política de Atenção Ambulatorial Especializada: Informou que é uma área que tem lacunas de formulação no sistema de saúde e não

se pode mais reproduzir o modelo em vigência, que é a reprodução da cultura do INAMPS de pagamento por procedimentos, de forma fragmentada, em que municípios e estados acabam negociando valores acima da tabela para poder trabalhar, chegando a negociar valores muito acima do preço de mercado, numa situação insustentável; de forma que precisa ter uma estratégia nacional de pensar como trabalhar, que passa pela valorização; resolutividade da atenção básica; estruturação dos protocolos; qualificação da regulação; estruturação de um sistema de transporte de pacientes; e, não criar novos serviços, a não ser nas regiões que se identifique um vazio assistencial e capacidade de oferta que se justifique a implementação por parte dos estados e dos municípios, com a valorização do processo de regionalização, aproveitando a estrutura de rede já existente, usando os recursos de investimentos para qualificar e garantir que essa oferta possa acontecer.

Lembrou que cada especialidade exige um desenho próprio, não dá para imaginar que todas tenham um único modelo e o “Mais Especialidades” não terá em todos os municípios, mas nas Regiões de Saúde, organizando o acesso e qualificando a atenção. Disse que não serão iniciadas todas as especialidades ao mesmo tempo, mas por aqueles serviços mais estrangulados para aprender com essa mudança, pois terão que mudar os sistemas de informação, de regulação, de pagamento, de contratação, que ao enfrentar esse desafio, poderá dar um salto de contratualização de outros serviços, de outros níveis de atenção, inclusive de alta complexidade na atenção hospitalar, mudando inclusive a lógica de pagamento.

3ª) Revisão/repactuação das Redes Temáticas: Citou que há consenso que precisam ser revisitados os compromissos, diretrizes e a lógica das redes: rede de urgência, rede cegonha, rede de atenção psicossocial e rede atenção à pessoa com deficiência; mas também olhar para as demais redes, como as redes de alta complexidade. Alertou que essa agenda é pra já, sem paralisar nada, pois revisão não significa paralisia.

4ª) Qualificação do Pacto Interfederativo: Afirmou que precisa colocar na agenda o questionamento de como aperfeiçoá-lo, que passa por rever o COAP, dando materialidade a esse dispositivo previsto no Decreto 7.508/2011 para que possa ser de fato um instrumento de organização dessa ação pública, desse processo de pactuação; como fortalecer as instâncias de deliberação (bipartite, tripartite); como dar mais transparência; como destrinchar essa responsabilização em cada esfera de governo no que diz respeito ao que foi pactuado; e, uma vez pactuado, quem responde pelo quê? Rever o Pacto Interfederativo significa olhar para a singularidade regional, para a heterogeneidade que é o Brasil.

5ª) Reestruturação administrativa do Ministério da Saúde: Enfatizou que precisa produzir uma forte modernização administrativa gerencial, não no sentido de fazer reengenharia, mas olhar para a realidade, fazer esse processo de fato, de revisão da missão, lembrando que uma cultura institucional trazida do INAMPS, muito forte ainda está presente na nossa visão, na postura dos técnicos, dos dirigentes, de todos; e que tem que ser um tensionamento permanente de como reconstruir essas tarefas, que passam por uma mudança cultural, que tem que ser liderada pelo Ministro e pelos Secretários, mas que tem que ser absorvida pela nossa bancada e enfatizou que as Secretarias Estaduais também têm essa tarefa. A exemplo disso, comunicou que a mudança do Datasus, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) para a Secretaria Executiva (SE), não é uma mera alteração de local, mas uma nova postura: de atitude e de proposta, para que possa ser de fato a área da inteligência e da informação a serviço e não dando serviço aos Municípios e aos Estados. Assinalou que ocorreram muitas mudanças, mas que precisa entrar numa nova era da gestão da informação. Acrescentou que encaminhará um Projeto de Lei ao Congresso Nacional criando o Instituto Nacional de Saúde Indígena, fazendo uma grande modernização, e que a Secretaria Especial da Saúde Indígena (SESAI) continuará na coordenação política; mas que toda operação que atualmente é feita por três organizações sociais, deverá ser assumida como caráter público da administração indireta da gestão da saúde indígena, numa outra proposta. Ressaltou que essas e outras reestruturações administrativas dentro do Ministério oportunamente serão anunciadas.

6ª) Inovação tecnológica: Manifestou que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) também têm uma agenda clara de reestruturação, de modernização e de agilização em prol da saúde pública, sem perder a sua principal dimensão que é a regulação, uma vez que têm papel importante no desenvolvimento do complexo de saúde (produtivo e industrial), pois existe uma forte necessidade do Brasil de encarar a agenda da inovação tecnológica, da autonomia do ponto de vista de produção de serviços, de produção de insumos, que são papéis estratégicos dessas agências.

7ª) A relação público-privada: Alertou que deve ser trabalhada de forma estratégica, que o gestor que trabalhar cuidando apenas da parte da população que depende apenas do SUS, vai se defrontar com a dura realidade de não ver impacto na condução das suas políticas, na garantia de mais saúde para a sua população, como por exemplo, para encarar uma epidemia de dengue deve se articular com o setor privado para também fazer o diagnóstico e o manejo clínico adequado desses pacientes; e que não se pode olhar apenas para as gestantes que fazem pré-natal na rede pública, tem que olhar a integralidade. Citou que houve um aumento no ressarcimento pelos planos de saúde das internações de pacientes

na rede pública, cujo principal procedimento ressarcido é o parto normal e que o sistema está preparado para iniciar o ressarcimento das Autorizações de Procedimento de Alta Complexidade (APAC). Argumentou ainda que nessa agenda estratégica tripartite, essa relação público-privada possa se estabelecer de forma concreta.

8ª) Judicialização: Todos concordam que é ponto central nessa agenda.

9ª) Enfretamento e Reestruturação da Lista de Órtese, Prótese e Materiais Especiais (OPM) do SUS: Relatou que está em curso e será concluída nos próximos meses.

10ª) Financiamento: Citou que a situação da economia brasileira é delicada; que foi aprovada uma Proposta de Emenda à Constituição (PEC) que muda a base de financiamento do SUS para o 2016, mas que para esse ano é a proposta de financiamento que está em votação no Congresso. Sendo assim, não sabe qual será o impacto, porque a área responsável do governo ainda está calculando qual é a receita corrente líquida. Listou que começa em 13,2% para 2016 e vai subindo ano a ano até chegar a 15% da receita corrente líquida; e portanto, assim que for possível estabelecer as projeções para os anos seguintes, será conversado com o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e com a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para entender quais são as implicações e o resultado dessa PEC. Ponderou, por outro lado, que há consolidação das Emendas Impositivas por dentro do orçamento das ações e serviços de saúde, por isso, insistiu que os Secretários Estaduais, Cosems, Governadores e Prefeitos utilizem sua capacidade de articulação política para melhor utilizar os recursos disponibilizados. Alertou que esses recursos podem ser usados para custeio e quando usados para investimento, devem ser utilizados de forma mais criteriosa possível, já que provavelmente não terá nada de recursos programáticos de investimentos por parte do MS a partir de agora, pois o volume de investimentos por Emenda é substancial.

11ª) Lei sobre a regulamentação das organizações da sociedade civil: Preocupou-se com o impacto que essa lei, aprovada em 10 de abril de 2014, com vigência para abril desse ano, pois cria uma situação delicada para o SUS, ou seja, não prevê uma exceção no setor filantrópico e cria para o MS quase que uma inviabilidade de transformar as Emendas em convênios ou recursos de programas em convênios com as filantrópicas, mas trará também para municípios e estados uma inviabilidade na contratação dos serviços filantrópicos se não for precedido de chamamento público, que é algo nunca trabalhado, pois a contratação era feita com modalidades muito mais simplificadas da legislação, então, precisa ser encontrada uma solução política junto ao Senado e à Câmara de Deputados no sentido de não trazer transtornos. Alertou que se nada for feito após 10 de abril terão problemas.

12ª) Controle Social: Lembrou que esse é o ano da 15ª Conferência Nacional de Saúde, que precisa ter um fortalecimento desse processo de participação da sociedade, dos

trabalhadores, dos usuários, dos representantes dos movimentos sociais e isso fortalece cada vez mais o SUS, então, fortalecer o Conselho Estadual de Saúde (CES), Conselho Municipal de Saúde (CMS), e Conselho Nacional de Saúde (CNS), reconhecer esses espaços na construção política do SUS, na legitimação, é decisivo e não pode ser postergada.

13ª) Agenda da Promoção e Prevenção à Saúde: Disse que esta é uma agenda que custa pouco. Além disso, não é possível continuar desconhecendo o acelerado processo de envelhecimento da população e o perfil epidemiológico. Salientou que os desafios epidemiológicos ainda não estão superados; é necessário o enfrentamento da Tuberculose, Hepatites Virais, Aids, Malária, Hanseníase, assim como novos desafios, a exemplo das violências. Citou que esse ano a Conferência Mundial de Segurança no Trânsito vai ser aqui no Brasil, com autoridades de todo o mundo e precisa ser feita a lição de casa e não ampliar serviços de reabilitação de traumas, mas redirecionar esses recursos para ações mais importantes e estabelecer como se poderá ter uma política de promoção e prevenção à saúde efetivamente contundente, eficiente, que impacte, do ponto de vista do perfil epidemiológico, na organização dos serviços; encarar a agenda de enfrentamento do tabagismo, do uso abusivo do álcool e outras drogas; trabalhar fortemente o sobrepeso, sedentarismo, promoção da atividade física. Alertou que as ações de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, de promoção à saúde e as ações intersetoriais são decisivas para sair desse quadro de agentes da doença e trabalhar numa outra perspectiva. Colocou a provocação de aperfeiçoar a capacidade de intervenção sobre problemas relacionados as doenças transmissíveis, como por exemplo a Dengue, que apesar da diminuição do número de óbitos, continua sendo um grande desafio. Outro exemplo e desafio é conter a circulação do Chikungunya, por isso é fundamental a combinação de duas estratégias: o controle do vetor e também a qualificação da assistência, a fim de evitar casos graves e óbitos. Solicitou estado de alerta em relação ao Ebola, a questão da AIDS, hepatite, tuberculose, hanseníase, sífilis congênita, ou seja, questões que são decisivas. Citando o trabalho desenvolvido em 2014, pelo Ministério da Saúde junto ao Ministério da Educação, Secretarias Estaduais e Municipais e Nações Unidas, ressaltou a relevância de trabalhar a questão do uso de drogas e álcool nas escolas. Finalizou com um desafio que é a revalorização do parto normal e o enfrentamento da epidemia de cesarianas, em que o normal virou a cesariana e isso é uma excrecência; que não significa criminalizar a cesariana, mas reposicionar, atentar fortemente para o trabalho da enfermagem, da assistência obstétrica; reorganizar o modelo assistencial, o modelo de gestão, de financiamento e de pagamento. Concluiu que esses são os eixos, a espinha dorsal que o MS gostaria de estabelecer como agenda estratégica para o SUS nos próximos quatro anos e a partir deles ganhar capacidade de gestão, credibilidade, reforçar cada vez mais a marca do SUS, disputar no imaginário

da população que o SUS de fato dá resposta à população brasileira, pois hoje foi perdida essa batalha; só se fala dos problemas do SUS e não se valoriza efetivamente o que é bem feito, que salva vidas, que permitiu aumentar a esperança de vida da população brasileira, que diminuiu radicalmente a mortalidade infantil, há mais qualidade de vida e há um sistema de proteção da vida das pessoas. Finalizou chamando a todos a construir a pactuação como um compromisso, uma responsabilidade de fazer o SUS avançar, construindo juntos essa agenda estratégica.

c) Resultado do 1º edital de 2015 do Programa Mais Médicos - SGTES/MS.

MS: Reiterou que o Programa Mais Médicos para o Brasil vem resolver um quadro de baixa quantidade de profissionais médicos no país, mal distribuídos e que se formavam menos do que o mercado de trabalho demandava ano a ano, além de, uma atuação de médicos formados fora do Brasil de menos de 2%.

O Programa conta com 5 etapas de Adesão, quais sejam: 1. Adesão dos municípios e Edital de chamamento dos médicos; 2. Médicos selecionam municípios onde desejam atuar; 3. Apresentação dos Médicos nos Municípios; 4. Início das atividades nas UBS; 5. Estrangeiros passam por 4 semanas de aula e avaliação sobre o SUS e Língua Portuguesa.

Apresentou os 3 eixos do Programa e seus respectivos resultados. No eixo da ampliação e melhoria da infraestrutura informou que o Programa de requalificação das UBS já investiu R\$ 5,6 bilhões em 26.000 obras de construção, ampliação e reformas de UBS, sendo que destas 13.000 estão em andamento e 10.000 estão concluídas. Além de, R\$ 1,1 bilhão investidos em construção e reformas de UPA 24 horas e R\$ 4 bilhões (MS e MEC) investidos nos Hospitais Universitários e na Rede ambulatorial e hospitalar.

No eixo do provimento emergencial que envolve os Editais de Chamadas Nacional e Internacional e a Cooperação Internacional, afirmou que atualmente há 14.462 médicos na Atenção Básica em 3.785 municípios e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) o que resultou em uma cobertura de 50 milhões de brasileiros. Informou ainda que o programa apresenta uma excelente adesão já que conta com apenas 1,3% de desistências dos profissionais no total. Foram autorizadas 4.146 vagas em 1.294 Municípios e 12 DSEI.

Com esta expansão existe a previsão de 18.247 médicos em 4.058 Municípios e 34 DSEI ampliando, portanto, a cobertura do Programa a 63 milhões de brasileiros. O percentual de ocupação, hoje, mesmo nos DSEI já é de 86%, sendo a menor ocupação (82%) nas áreas de escassez da região Norte.

Os médicos brasileiros (CRM Brasil) terão duas opções: optar pelos benefícios do Programa Mais Médicos como ajuda de custo, auxílio moradia e alimentação (pagos pelas

Prefeituras), permanecendo por 3 anos no Programa ou optar por 10% na prova de Residência Médica e permanecer por 1 ano na Atenção Básica, podendo permanecer por mais um ou dois anos. Informou que 57% dos médicos escolheram a modalidade que oferece 10% na prova de Residência. Reafirmou que a prioridade do Programa são os médicos formados no Brasil, em seguida, brasileiros formados no exterior, estrangeiros e por fim, os profissionais da Cooperação OPAS (cubanos). Assegurou ainda que serão lançados novos Editais, a cada trimestre, ofertando as vagas em aberto e estes poderão contemplar vagas em municípios que hoje não conseguem aderir devido à capacidade instalada.

No eixo da Formação para o SUS que envolve a ampliação da oferta na Graduação e Residência Médica, mudança no eixo dos locais de formação e reorientação da formação informou que todos os participantes do Programa Mais Médicos cursam especialização em Atenção Básica e têm o acompanhamento de tutores e supervisores. A previsão é de que o Brasil sairá de 374 mil para 600 mil médicos em 2026. Neste sentido, serão abertas 11,5 mil vagas de Graduação até 2017 sendo 4.546 já autorizadas. Este eixo envolve ainda ofertas educacionais como: Telessaúde, Portal Saúde baseado em evidências, Módulos Educacionais, Especialização em Atenção Básica, Supervisão presencial ofertada pelo MEC e a Comunidade de Práticas. Atualmente, 48 instituições de ensino/saúde são supervisoras do Programa Mais Médicos, 54 do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB) e 10 ofertam a Especialização em Atenção Básica pela Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS).

O Programa Mais Médicos estabeleceu que 30% da carga horária do internato do curso de Medicina será desenvolvida na Atenção Básica e em serviços de Urgência e Emergência do SUS, a partir de 2 anos após a implantação da Lei, ou seja, em 2016. E que a Residência Médica envolverá 1 a 2 anos em Medicina Geral de Família e Comunidade e só depois se poderá ingressar nas demais especializações, a partir de 2019. Estas duas grandes mudanças produzem a necessidade de preparar a Rede para receber estes estudantes.

Informou ainda que foi lançado Edital de pré-seleção dos Municípios para a autorização de funcionamento dos cursos de Medicina e 39 Municípios foram habilitados para sediá-los.

Em breve será lançado novo Edital com a especificidade do estudo/trabalho sobre as Regiões de Saúde com prioridade para as Regiões Norte e Nordeste.

Esclareceu que o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) é a contratualização entre Gestores do SUS e as Instituições de Ensino Superior (IES) responsáveis pela oferta dos Cursos e Programas de Residência que possui como objetivo organizar o campo de prática e garantir qualidade à integração Ensino-Serviço. Trata-se, portanto, de um processo coordenado pelo Gestor do Município Sede da(s) Instituição (ões) de Ensino Superior(es) que deve envolver todas as IES e Gestores Municipais

responsáveis pela Rede utilizada. Faz-se importante a atuação da Gestão Estadual em cada e no conjunto dos COAPES.

No COAPES devem estar definidos os serviços de saúde que serão campo de atuação das IES, as atribuições dos Serviços de Saúde e das IES em relação à Gestão, Assistência, Ensino, Educação Permanente, Pesquisa e Extensão e a colaboração das IES entre si, assim como entre IES, Gestão Municipal e Serviços de Saúde. O Contrato deve estar sempre acompanhado por indicadores e metas e de um Comitê Gestor Local que fará o acompanhamento das ações.

Por fim, informou que foi lançado no Estado do Rio de Janeiro o Pró-Residência com 1.048 novas vagas de Residência e afirmou que todas as solicitações para Residência de todas as áreas das regiões Norte e Nordeste foram aprovadas e 29 especialidades prioritárias das regiões Sudeste e Sul, além disto, foi lançado um Edital ofertando financiamento publico (MS e MEC) para todas as Residências em Medicina da Família e Comunidade.

Esclareceu que no esforço do COAPES é decisivo que Municípios, Cosems e Estados já iniciem o planejamento para utilização da Rede de Saúde pelas Residências e Graduações novas. A tendência agora é reduzir o numero de vagas do Programa Mais Médicos porque a Residência ocupará estas vagas ao longo do tempo, em especial, nas capitais e Municípios maiores.

2. Apresentação e Discussão:

a) 15ª Conferência Nacional de Saúde: “Saúde Pública de qualidade para cuidar bem das pessoas” e eixo “Direito do povo brasileiro”, a ser realizada em Brasília/DF, de 23 a 26 de novembro de 2015 – CNS.

CNS: Agradeceu a oportunidade em apresentar este tema para a CIT, demonstrando satisfação em obter espaço, dentre tantas agendas importantes, para expor a agenda do controle social. Referenciou a presença de vários conselheiros nesta reunião da CIT e o desafio em organizar a 15ª Conferência Nacional de Saúde, que possui como tema a “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas. Direito do povo brasileiro.” Reconheceu a necessidade de repensar a finalidade das conferências, o formato, a estrutura, a forma de participação e a agenda, porém rechaça a reflexão de que está esgotada a forma de participação da

sociedade na discussão dos rumos da saúde brasileira. Destacou ainda a necessidade de informatização dos processos que envolvem a participação social do SUS na conferência, permitindo formatos on line e com transparência para todos os momentos. Apresentou a logomarca da 15ª Conferência Nacional de Saúde, que buscou priorizar a diversidade regional existente, inserindo uma série de simbologias, com ênfase na pluralidade e outras dimensões de pensar saúde, além da afirmação política de demonstrar a saúde pública de qualidade, que cuida de pessoas como direito dos brasileiros. Salientou a intenção de inserir a conferência como um processo político, visando abarcar as experiências dos novos gestores e também a necessidade de maior diálogo entre a gestão do sistema e o controle social. Ressaltou os desafios de organização entre as 03 esferas de controle (Nacional, Estadual e Municipal), mobilização, formação de novas lideranças com clareza de seu papel, e do planejamento participativo e ascendente. Apresentou o regimento da 15ª Conferência Nacional de Saúde que foi aprovado em 02 reuniões ordinárias, sendo a última realizada nos dias 11 e 12 de fevereiro de 2015, ressaltando seus objetivos. Lembrou que o atual momento de tensão política e de dificuldades econômicas não podem afetar o direito à saúde garantido pela Constituição Federal, manifestando entendimento acerca dos arranjos necessários para esta garantia, porém indicando que este direito é um aspecto inegociável na atual conjuntura. Expôs também os 08 eixos estruturantes que vão no sentido de afirmar o direito à saúde, o SUS e a participação social. Reforçou que a 15.ª Conferência conta com uma fase de mobilização e formação, além de 04 (quatro) etapas para elaboração, votação e acompanhamento de propostas, de acordo com o calendário aprovado. Destacou a concepção do CNS sobre a necessidade de

monitoramento dos desdobramentos da 15ª Conferência, pelas instâncias de controle social, com vistas a acompanhar e avaliar os Planos de Saúde (Nacional, Estadual e Municipal). Por fim, exibiu o calendário de plenárias populares regionais de saúde, como inovação das estratégias de mobilização, organização e formação. Agradeceu a dedicação e empenho do Conass no auxílio a organização do calendário de plenárias regionais, uma vez que os novos gestores estaduais ainda encontram-se em fase de transição e reforçou que estas plenárias estão sob coordenação do CNS e articuladas com os conselhos e secretarias estaduais de saúde. Realizou a entrega do regimento e cartaz da 15ª Conferência à Ministra de Estado da Saúde substituta, Ana Paula Menezes, como gesto político e simbólico desta responsabilidade coletiva.

CONASEMS: Reforçou as solicitações realizadas pelo CNS, conclamando a participação dos municípios neste momento tão importante para o SUS, em que é exigido o debate de todas as maneiras em suas instâncias, garantindo a sustentabilidade futura do sistema. Cumprimentou a presidente do CNS por todo o esforço empreendido para organização da 15ª Conferência.

CONASS: Agradeceu a apresentação e o esforço do CNS para realização da 15ª Conferência.

MS: Parabenizou o empenho do CNS. Destacou a importância do momento para escutar os gestores, movimentos sociais e trabalhadores do SUS, para definição dos rumos que o SUS deverá caminhar. Ressaltou a importância das conferências regionais como instância que auxiliará os conselhos de saúde na sua responsabilidade definida pela LC 141/2012, para aprovação dos planos municipais e estaduais de saúde.

3. Discussão e Pactuação:

a) Calendário de Reuniões da Comissão Intergestores Tripartite 2015 – SGEP/MS.

MS: Definiu-se de forma consensual na 1ª Reunião da Câmara Técnica CIT/2015, a data de 30.04.2015 para a realização da 3ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite. Salientou que a 5ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite, em junho, será realizada na cidade de João Pessoa/PB durante o Congresso Regional do Conasems Norte Nordeste, e que a Reunião de Julho será realizada no dia 07.08.2015 durante o XXXI Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde em Brasília/DF.

4. Informes:

a) III Encontro dos Municípios com o Desenvolvimento Sustentável: Nova Governança Federativa e o papel das Cidades no Brasil e no Mundo, de 07 a 09/04/2015, no Centro de Convenções Ulysses Guimarães (Brasília/DF) e Congressos: Regional do Conasems Sul, Sudeste e Centro-Oeste, de 15 a 17/04/2015, em Foz do Iguaçu/PR, Regional do Conasems Norte Nordeste de 10 a 13/06/2015, em João Pessoa /PB e o XXXI Nacional de Secretarias Municipais de Saúde de 07 a 10/08/2015 em Brasília/DF – CONASEMS.

CONASEMS: Apresentou o convite para o III Encontro dos Municípios com o Desenvolvimento Sustentável, destacando a parceria com a Frente Nacional de Prefeitos (FNP). Ressaltou o convencimento de que vários enfrentamentos que necessitam ocorrer no sistema de saúde dependem da estreita articulação com os prefeitos municipais. Além dos demais congressos avisados, lembrou sobre a realização do congresso do Cosems/SP, no período de 17 à 19/03/2015, no município de Campos do Jordão/SP.

<p>b) Ciclos de Debates da Vigilância Sanitária (Fóruns de VISA) – ANVISA/MS.</p>	<p>ANVISA/MS: Solicitou o apoio de Conass e Conasems e informou que esse ano está organizando ciclos de debates com as vigilâncias sanitárias. Serão realizados fóruns regionais, um fórum internacional e um fórum nacional para fechamento dos trabalhos com o objetivo de discutir um novo paradigma para a vigilância sanitária no país.</p>
<p>c) Resultado da Auditoria da União Europeia – Insumos Farmacêuticos Ativos – ANVISA/MS.</p>	<p>ANVISA/MS: Informou que recentemente o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária passou por uma auditoria da União Europeia com o objetivo de verificar a proximidade e equivalência entre as autoridades sanitárias do Brasil e da Europa. Caso haja a aprovação, o nosso país estará apto a exportar insumos farmacêuticos ativos para Europa sem nenhum outro pré-requisito, o que significa o desenvolvimento de uma série de ações sanitárias para garantir a segurança e qualidade dos serviços e produtos para a sociedade, o fortalecimento do complexo industrial da saúde e o desenvolvimento social do Brasil.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: Solicitou o apoio de Conass e Conasems para dois pontos da área da vigilância sanitária dos estados e municípios: sistema de gestão da qualidade e a qualificação e capacitação de pessoas.</p>
<p>d) Situação de homologação de dados pelos gestores do SUS no SIOPS – SE/MS.</p>	<p>MS: Informou que o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) até a data de 25 de fevereiro, final do dia, havia um percentual de homologação de 46.8% dos municípios brasileiros, o que demonstra que 53.2% ainda não homologaram os dados no Sistema. Com relação aos Estados, somente 7 homologaram: AM, CE, MS, PA, RJ, RS e TO.</p> <p>Pontuou que o prazo de homologação previsto na Lei Complementar 141/12 é até 30 de janeiro e que o</p>

Decreto 7827/12 estabelece um prazo de notificação automática que o SIOPS encaminha para o gestor do SUS, de 30 dias, que encerra dia 02 de março. Após essa data, os municípios e os estados que não homologaram seus dados estão sujeitos a suspensão de transferências constitucionais, isso significa que, caso esses 53.2% de municípios e mais os 20 Estados não homologarem os dados, no prazo vigente pelas normativas acima citadas, terão a suspensão do fundo de participação. Esse procedimento junto ao Banco do Brasil é automático e a partir do primeiro decêndio de Março o repasse será suspenso. Sobre o desbloqueio dos recursos, explicou que este é feito na medida em que a homologação dos dados for realizada, contudo, para isso é necessário um tempo de processamento para análise, que é de aproximadamente 72 horas.

Ressaltou que muitas ações já foram feitas e que a subchefia de assuntos federativos da Presidência da República tem ajudado na divulgação, assim como a equipe técnica do Conass e do Conasems. Disse que o papel da Câmara técnica do SIOPS, com várias representações, tem sido também preponderante na comunicação dessas informações e dos prazos.

Finalizou, reiterando que o objetivo desse informe é o pedido de uma força tarefa nos próximos dias, com vistas a minimizar o impacto na federação diante da suspensão dos recursos.

CONASS: O Secretário de MG, Fausto Santos, questionou se uma vez homologados os dados dentro prazo, poderá haver correção?

MS: Respondeu que a correção poderá ser feita posteriormente.

<p>e) Planos de Atenção Oncológica: novo prazo para habilitação dos serviços, apoio técnico do Ministério da Saúde aos Estados na construção dos planos – SAS/MS.</p>	<p>MS: informou sobre a prorrogação do prazo estabelecido na Portaria nº 140/SAS/MS, de 27 de fevereiro de 2014, que define novos critérios para habilitação de serviços de alta complexidade em oncologia. Ponderou que a referida Portaria prevê a construção de planos de atenção oncológica para cada Estado e que, com a prorrogação do prazo, estabelecido na Portaria SAS Nº 1.426, de 12 de dezembro de 2014, todos os Planos deverão ser entregues até agosto de 2015.</p> <p>Acrescentou que com o objetivo é estruturar de uma forma coletiva e bastante qualificada a construção dos referidos Planos, o MS convidou todos os Estados para participarem de videoconferências, no mês de março. Até o momento foram confirmadas agendas junto à 6 Estados. Concluiu solicitando a colaboração de todos para que 100% dos planos sejam entregues no prazo estabelecido, agosto de 2015.</p>
<p>f) Intervenção Sistêmica da Assistência Farmacêutica nas Regiões do Qualisus-Rede – SCTIE/MS.</p>	<p>MS: Informou que trata-se de um eixo com várias dimensões e articulado entre MS, estados e municípios com perspectiva de qualificação e fortalecimento da assistência farmacêutica nos aspectos como: infraestrutura, capacitação de pessoas, informação e etc. Sobre infraestrutura, informou que todos os municípios contemplados receberão ofício tratando do processo de entrega dos 5.112 microcomputadores adquiridos de forma centralizada e com recursos provenientes do Qualisus-Rede, por meio de licitação internacional, que começarão a ser entregues a partir de março/15. Foram contemplados 485 municípios mais o DF, pertencentes a 17 unidades da federação, além dos Distritos Sanitários Indígenas – DSEIS. Destacou que quaisquer problemas identificados poderão ser reportados ao Departamento de Assistência Farmacêutica –</p>

	<p>DAF/SCTIE, que estará a disposição para esclarecimentos. Realizou também a divulgação do curso de Ensino à Distância – EaD para qualificação dos profissionais da assistência farmacêutica e utilização do sistema Hórus, que possui 4.680 vagas, destacando que o curso possui 40hs de duração e como tema ‘informação’.</p> <p>Fez ainda destaque a pesquisa realizada no ano de 2014 pelo MS em parceria com uma rede de instituições acadêmicas, que revela lacunas e avanços na oferta de medicamentos para a população brasileira, com conseqüente redução do gasto e melhora do manejo e condições crônicas. Comprometeu-se a pautar este tema na próxima reunião ordinária da CIT. Solicitou apoio do Conasems para divulgação da pesquisa sobre serviços de saúde, realizada junto as secretarias estaduais, municipais e unidades de saúde, e que também obteve participação de uma rede de instituições acadêmicas. Por fim, informou sobre a conclusão em dezembro/14, do projeto piloto de integração das clínicas farmacêuticas com a atenção básica, realizado em parceria com o município de Curitiba/PR e que terá seus resultados sistematizados e divulgados para o conhecimento de todos os entes, além da divulgação da série ‘cuidados farmacêuticos na atenção básica’, que será lançado em março/15.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: Apresentar na próxima reunião da CIT dia 26/03/2015, a pesquisa realizada sobre oferta de medicamentos para a população brasileira.</p>
<p>g) Curso Nacional de Qualificação em Auditoria e Ouvidoria do SUS – SGEP/MS.</p>	<p>MS: Informou que o curso é uma realização da Sgep, que envolve o Denasus e o Doges, desenvolvido juntamente com a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), com a finalidade de qualificar os profissionais</p>

	<p>que já atuam em serviços de auditoria tanto no âmbito dos estados quanto dos municípios; e no que tange à ouvidoria, o curso é fornecido aos gestores municipais que indicaram no Sispacto a intenção de implantar as suas ouvidorias. Acrescentou que, como foi aprovada recentemente uma portaria para as diretrizes de funcionamento das ouvidorias do SUS, foi providenciado esse curso para dar subsídios ao gestor para implantação dos serviços de ouvidoria. Finalizou informando que amanhã haverá uma reunião para tratar dos desdobramentos e detalhamentos desses cursos com Conass e Conasems no Doges.</p>
<p>h) Resolução CIB/GO nº 344/2014, que aprova a criação de uma Região de Saúde formada pelos Municípios de: Barro Alto, Goianésia, Itaguaru, Jaraguá, Mimoso de Goiás, Padre Bernardo, Santa Rita do Novo Destino e Vila Propício – SGEP/MS.</p>	<p>MS: informou sobre a criação de uma nova região de saúde no Estado de Goiás formada pelos Municípios de Barro Alto, Goianésia, Itaguaru, Jaraguá, Mimoso de Goiás, Padre Bernardo, Santa Rita do Novo Destino e Vila Propício. Acrescentou dizendo que com a constituição dessa nova região totaliza-se 438 regiões de saúde no Brasil.</p>
<p>i) 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>MS: Informou que dos 5.569 municípios, apenas um município encontra-se em preenchimento e outro em fase de validação, os demais, que representam 99.96% tem a sua situação homologada.</p> <p>No âmbito Estadual e do Distrito Federal, 100% possuem status de pactuação, homologados.</p> <p>Destacou que a novidade para este ano é à oferta, não obrigatória, da possibilidade de pactuação em nível regional, com exceção de Mato Grosso do Sul e Ceará. Nesse sentido, disse que das 438 Regiões de Saúde: 64 regiões homologaram, 1 região validou e 4 estão em fase de preenchimento. Afirmou que tal pactuação</p>

	<p>regional demonstra uma evolução e vai ao encontro do fortalecimento da Regionalização.</p> <p>Concluiu, comunicando que a partir de 18 de março deste ano, o SISPACTO estará disponível para o registro do processo de pactuação 2015.</p> <p>CONASEMS: Referenciando as discussões realizadas em 2014, pontuou a necessidade de dar continuidade ao debate no GT de Gestão, sobre a organização e a qualificação dos fluxos e dos prazos dos instrumentos de planejamento, inclusive para ser coerente com as prioridades e estratégias dadas na agenda da saúde e apresentadas nessa CIT. Acentuou que antes mesmo da abertura do SISPACTO 2015, essa demanda deve ser equacionada.</p> <p>CONASS: Ratificou o posicionamento do Conasems e acrescentou a premência de maior atenção também, aos Planos de Saúde e as Programações Anuais de Saúde, haja vista as constantes exigências conferidas nos Acórdãos do Tribunal de Contas da União (TCU) a esses instrumentos de planejamento.</p> <p>MS: Embora esta pauta seja um informe, considerou importante as contribuições dadas pelos Conselhos. Corroborou, afirmando que atrelar os indicadores, de forma não cartorial com o processo de planejamento, regionalização, governança regional com a implantação da RAS é de fundamental relevância, por isso, há um comprometimento dessa Câmara Técnica em dar continuidade a essa agenda.</p>
<p>j) Situação da alimentação do Relatório de Gestão ano 2012/2013 e abertura para o Relatório de Gestão 2014</p>	<p>MS: Informou que em relação ao Relatório de Gestão (RG) ano Base 2012, ainda há 18 municípios com informações pendentes sendo esses dos Estados da Bahia, Tocantins, Mato Grosso e Pernambuco. Já em</p>

no Sargsus – SGEP/MS.

relação ao ano base de 2013, disse que 720 municípios estão pendentes, o que representa 13% do total de municípios brasileiros. No tocante aos relatórios estaduais de gestão, ano base 2013, 100% dos Estados concluíram o envio. Acrescentou dados acerca dos Planos de Municipais de Saúde (PMS): 38% dos municípios ainda não tem plano vigente e 5% não atualizaram o SARGSUS. Afirmou que todos os dados e especificidades estão disponíveis no sistema.

Quanto à Programação Anual de Saúde (PAS), comunicou que 54% dos municípios não possuem e 8% ainda não atualizaram. Entende ser um percentual bastante significativo e disse estar fazendo todo um esforço em contatar os municípios que apresentam pendências ofertando suporte. Solicitou ao Conass, Conasems, bem como às SES e Cosems apoio para que haja maior celeridade na regularização da referida situação.

Por fim, comunicou que a nova versão Sistema do SARGSUS já está liberado para a elaboração do Relatório de Gestão 2014.