



COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT

RESUMO EXECUTIVO DA 5ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE DE 2015

11 DE JUNHO DE 2015

Em 11 de Junho de 2015, participaram do Plenário da Tripartite:

MS: Jorge Harada, Adelaide Maria Caldas Cabral, Lumena Almeida Castro Furtado, Antônio Carlos Figueiredo Nardi, José Miguel Nascimento Junior, Felipe Proença de Oliveira.

CONASS: Wilson Duarte Alecrim, Jurandi Frutuoso Silva, Roberta Abath, João Batista de Sousa, José Ricardo Lagreca, Willames Pimentel, Francisco Armando Melo, Wilson Pollara.

CONASEMS: José Fernando Casquel Monti, José Enio Servilha Duarte, Charles Cezar Tocantins de Souza, Wilames Freire Bezerra, Maria Salete Fernandes Cunha, Mauro Guimarães Junqueira, José Mauricio Lima Rezende, Silvia Regina Cremonez Sirena.

Conforme lista de presença anexa a este resumo.

1. Abertura dos Trabalhos:

a) Programa Mais Médicos – SGTES/MS.

MS: Apresentou os resultados da expansão do Programa Mais Médicos: 4.139 vagas autorizadas em 1.289 municípios e 12 Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI. Todas estas vagas foram preenchidas por médicos de nacionalidade brasileira, sendo 3.752 com CRM brasileiro (lotados em 1.211 municípios e 6 DSEI) e 387 profissionais médicos brasileiros formados no exterior (lotados em 238 municípios e 10 DSEI). No intuito de evitar a desassistência são lançados editais trimestrais para ocupar as poucas vagas de desistência.

Atualmente, temos 18.240 médicos em 4.058 municípios e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI, portanto, 72,8% dos municípios brasileiros atendidos. Resultando em 63 milhões de brasileiros beneficiados.

Outro ponto importante é o da Formação de Profissionais que se propõe à abertura de 11.000 vagas de curso de Medicina e 12.000 de Residências Médicas. O Ministério da Educação lançou, no final do mês de abril, o II Edital de Chamamento Público de Municípios para implantação de cursos de Medicina por Instituição de Educação Superior - IES privada com enfoque nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e em municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano - IDH. Este processo de seleção seguiu os seguintes critérios: Rede instituída; relação da vaga em curso de medicina por dez mil habitantes inferior a 1,34 e relação de médicos por mil habitantes inferior a 2,7.

Os municípios selecionados estão sendo visitados com o objetivo de avaliar se atendem aos critérios de implantação dos cursos de Medicina, ou seja: número de leitos do SUS disponíveis por aluno, em quantidade igual ou maior a cinco, tendo em vista a abertura de turmas com, no mínimo, 50 vagas; número de alunos por Equipe de Atenção Básica – EAB menor ou igual a três, tendo em vista a abertura de turmas, com, no mínimo, 50 alunos; existência de leitos de urgência e emergência ou Pronto Socorro; existência de, pelo menos, 3

Programas de Residência Médica nas especialidades prioritárias; adesão pelo município ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica – PMAQ, do MS; existência de Centro de Atenção Psicossocial – CAPS; e existência de hospital de ensino ou unidade hospitalar com mais de 80 leitos, com potencial para hospital de ensino, conforme legislação de regência.

O município selecionado, após as visitas *in loco*, deverá celebrar Termo de Compromisso com a Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior (SERES) para efetivar sua inclusão no edital de mantenedoras. Por meio deste Termo, o dirigente municipal e o gestor local do SUS se comprometem a disponibilizar para a IES, vencedora do certame, a estrutura de equipamentos públicos, cenários de atenção na rede e programas de saúde necessários para a implantação do curso de graduação em Medicina.

Além disto, será executado um Projeto de Melhoria dos serviços de saúde onde será estabelecido o Plano Municipal de Saúde (proposta de investimento da infraestrutura da rede de serviços de saúde) e o processo de implantação dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino Saúde - COAPES (reordenação da oferta de cursos de graduação em medicina e vagas para residência médica).

O COAPES está estabelecido na Lei nº 12.871/2013 e tem o objetivo de garantir o acesso a todos os estabelecimentos assistenciais sob a responsabilidade do gestor da área de saúde como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência médica; além de outras obrigações mútuas entre as partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço, cujos termos serão levados à deliberação das Comissões Intergestores Regionais, Comissões Intergestores Bipartite e Comissão Intergestores Tripartite, ouvidas as Comissões de Integração Ensino-Serviço.

A Minuta de Portaria que Institui as diretrizes para a celebração dos COAPES para o fortalecimento da Integração Ensino-Serviços e Comunidade no âmbito do SUS foi posta em Consulta Pública e recebeu um total de 125 contribuições, que estão sendo avaliadas. Neste documento estarão previstas as atribuições de todos os envolvidos: MS, MEC, gestores municipais e estaduais, IES e controle social.

O COAPES reunirá o conjunto das Instituições de Ensino Superior (IES) e Gestor Municipal, Estadual e/ou Federal do território objeto do contrato, de acordo com os seguintes aspectos: o processo será coordenado pelo Gestor do Município Sede da(s) IES; o processo de contratualização deverá envolver todas as IES e todos os Gestores Municipais e Estaduais responsáveis pela rede utilizada como campo de prática no território; a definição dos serviços de saúde que serão campo de atuação das Instituições de Ensino, para o desenvolvimento da prática de formação, dentro do território; a colaboração das Instituições de Ensino entre si, assim como entre IES, Gestão Municipal e Serviços de Saúde; a definição de atribuições dos Serviços de Saúde e das Instituições Formadoras, em relação à Gestão, Assistência, Ensino, Educação Permanente, Pesquisa e Extensão; a celebração e implementação dos contratos serão avaliadas por meio de indicadores e metas. Após a celebração do contrato deverá ser instituído comitê gestor local que fará o acompanhamento das ações.

Conass: Considerou ser importante aprender com os erros que tivemos na efetivação do COAP. Afirmou que mais importante que o Contrato em si é o processo que vai organizar a oferta. Isto vem sendo discutido no Grupo de Trabalho da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (GT GTES) da Câmara Técnica da CIT .

Conasems: Solicitou maior agilidade na reposição de profissionais desistentes ou devolvidos.

MS: Reafirmou que a lógica dos Editais trimestrais vem justamente para resolver, de forma mais efetiva possível, o problema da reposição de profissionais.

O MS está trabalhando, de forma integrada com o MEC no intuito de apoiar os municípios que irão abrir novas vagas de Medicina. E quanto ao COAPES corroborou a fala do Conass de

se efetivar um processo de instituição de uma Rede de Atenção complexa e comprometida com o processo de ensino e serviço nos Municípios.

ENCAMINHAMENTO: NÃO HOUVE ENCAMINHAMENTO

b) Lançamento da Série Cuidados Farmacêuticos na Atenção Básica (4 volumes) – SCTIE/MS.

MS: Referenciou o material que fora entregue a todos, publicação em quatro cadernos, que compõe a série: “Cuidados Farmacêuticos na Atenção Básica”. Afirmou que as obras são frutos de um projeto desenvolvido pelo Departamento de Assistência Farmacêutica – DAF da Secretaria de Ciência e Tecnologia, bem como o resultado de uma intervenção sistêmica da Assistência Farmacêutica, por meio do Projeto QualiSUS-Rede. Nas quatro obras referenciadas, o caderno 1 apresenta a Série contendo uma visão geral sobre a Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde do SUS, destacando os serviços de Clínica Farmacêutica e as atividades técnico-pedagógicas do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. Com a Portaria 4.279/2010 que estabeleceu as Redes de Atenção à Saúde, a Assistência Farmacêutica é um componente de apoio logístico e, por isso, foi um ponto de reflexão ao longo dos últimos anos acerca da importância da Assistência Farmacêutica em compor os pontos de atenção, e os pontos de apoio diagnóstico. No caderno 2 consta o processo de capacitação dos profissionais farmacêuticos e o modelo de método clínico desenvolvido para a implantação dos serviços de clínica farmacêutica. Traz também ferramentas e instrumentos necessários para aplicação do cuidado farmacêutico. No caderno 3 apresenta o processo de planejamento para implantação do serviço de cuidado farmacêutico no município de Curitiba/PR e relatos da experiência vivenciada dos profissionais no projeto. Já no caderno 4 estão os resultados parciais dos atendimentos realizados nos serviços de clínica farmacêutica implantados e do processo de capacitação dos profissionais farmacêuticos. Afirmou que se tratava de uma série muito especial para o DAF, a qual traz uma reflexão na perspectiva do uso racional de medicamentos, bem como na forma de intervir no uso de medicamentos.

2. Apresentações e Discussões:

a) Resultados do Projeto Piloto – Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica no município de Curitiba – SCTIE/MS.

MS: Iniciou a apresentação destacando o esforço realizado para que a Assistência Farmacêutica fosse inserida ao projeto QualiSUS-Rede, o que exigiu um investimento na ordem de R\$ 20 milhões para atender a necessidade dos 486 municípios, compreendidos em 17 Estados e 17 regiões de saúde do projeto. Acerca da articulação dos eixos do projeto, enfatizou a aquisição de 5.120 microcomputadores, para o eixo estrutura, distribuídos nos respectivos pontos de atenção, como Unidade Básica de Saúde – UBS, Policlínica, unidade administrativa e etc. As impressoras a *laser* serão adquiridas e distribuídas em parceria com o projeto de intervenção coordenado pelo Departamento de Atenção Básica – DAB/SAS. No eixo educação informou sobre a oferta de 4.680 vagas para o Curso de qualificação de profissionais da Assistência Farmacêutica e a utilização do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – HÓRUS, que deverá iniciar a partir de julho/2015. Dentro do eixo informação referenciou o projeto de pesquisa ‘A Assistência farmacêutica nas redes de atenção à saúde: um recorte nas regiões do projeto Qualisus-rede’, que está em fase de finalização. E para o eixo

cuidado destacou o projeto piloto de cuidado farmacêutico na atenção primária à saúde para implementação de serviços de clínica farmacêutica nas redes regionais de atenção à saúde, realizado no ano de 2014 no município de Curitiba/PR.

No tocante ao Projeto Piloto destacou os cursos de capacitação realizados para a concepção do plano. Apresentou os resultados coletados no período de abril-junho/2014 acerca das consultas dos profissionais de nível superior na Atenção Básica (farmacêutico), sendo 702 consultas realizadas com 548 pacientes atendidos, e destes 80% como primeira consulta e 20% de retornos de consultas já realizadas. Referenciou resultados sobre origem dos pacientes atendidos pela clínica farmacêutica, perfil destes, hábitos (realização de atividade física, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas), perfil nosológico, dentre outros.

Sobre os problemas relacionados à farmacoterapia, foi auferido que em 99% dos casos os pacientes obtiveram algum problema na farmacoterapia. Destacou-se ainda que 82% dos pacientes apresentaram algum problema de administração e adesão aos medicamentos (omissão de doses, descontinuação indevida, frequência ou horário de administração incorreto). Apresentou ainda processos de conduta realizados pelos profissionais farmacêuticos na primeira consulta, durante a concepção do piloto, sendo que 98% dos pacientes obtiveram intervenções registradas. Por fim, expôs alguns dos resultados obtidos pelo projeto como satisfação dos pacientes, maior integração do farmacêutico com a equipe, reorganização do processo de trabalho, satisfação no trabalho, além da referência para outros municípios.

Finalizou a apresentação informando que o DAF/SCTIE está firmando nova parceria com o Banco Mundial para realização deste projeto em mais 03 municípios distintos de Curitiba/PR, para que sejam testadas as condições em outras localidades. Demonstrou a perspectiva de até o final de 2015 implantar o projeto em no mínimo 01 município de cada estado da federação. Lembrou ainda que o DAF/SCTIE está firmando parceria com a Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, para implantação de um centro colaborador para desenvolver o método que será aplicado na formação de tutores e de pessoal no projeto de cuidado farmacêutico na atenção primária à saúde. Lembrou e proferiu agradecimentos ao secretário de saúde do município de Curitiba/PR, Adriano Massuda, por todo o empenho e articulação para conclusão com sucesso deste projeto.

CONASS: Referenciou e parabenizou a importância que este projeto terá para os usuários do SUS. Parabenizou toda equipe envolvida neste piloto.

	<p>CONASEMS: Cumprimentou e parabenizou o DAF/SCTIE, destacando a ampliação de acesso a medicamentos obtida nos últimos anos. Ressaltou a necessidade de continuidade de discussões sobre o financiamento da assistência farmacêutica, uma vez que os custos para os municípios aumentaram consideravelmente nos últimos anos. Solicitou que estas discussões sejam realizadas no âmbito tripartite, mas também sejam continuadas de forma bipartite.</p> <p>MS: Agradeceu as manifestações proferidas pelos parceiros e informou que o Secretário de Ciência & Tecnologia do MS, Jarbas Barbosa, já autorizou o início das discussões tripartites no respectivo grupo de trabalho para tratar das questões de financiamento da assistência farmacêutica, na perspectiva de melhorias.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: Iniciar discussão sobre melhoria do financiamento da assistência farmacêutica no grupo de trabalho de Ciência & Tecnologia da Câmara Técnica da CIT.</p>
<p>b) Segundo Ciclo do PMAQ – SAS/MS.</p>	<p>SAS/MS: A Secretária de Atenção à Saúde informou que serão apresentados os resultados do segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica – PMAQ. A ideia é que, além da apresentação de números, a proposta de melhoria e qualificação das ações da linha de cuidado da Atenção Básica seja construída coletivamente e de forma tripartite. Informou que, ao final da apresentação, será informada a proposta de cronograma para dar início às discussões do terceiro ciclo do PMAQ.</p> <p>O Diretor do Departamento de Atenção Básica – DAB apresentou o número de equipes de Atenção Básica e de Saúde Bucal que aderiram ao PMAQ entre os anos de 2011 e 2014 e, que foram incluídas, ao segundo ciclo do programa, as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF e dos Centros de Especialidades Odontológicas-CEO. No primeiro ciclo foram contemplados 3.965 Municípios e no segundo ciclo foi de 5.070 Municípios. Disse que, no primeiro ciclo do PMAQ, foi realizado o censo das UBS, portanto, todas as Unidades Básicas de Saúde foram visitadas, independente da adesão ao programa. Já no segundo ciclo foram visitadas apenas as UBS que aderiram ao PMAQ.</p> <p>Os resultados apresentados são referentes à fase da Avaliação Externa e aos cinco principais eixos do PMAQ: (1) Infraestrutura e Equipamentos das Unidades Básicas de Saúde – UBS, (2) Acesso às Unidades Básicas de Saúde – UBS, (3) Abrangência das ações ofertadas, (4) Coordenação do Cuidado e Integração com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde - RAS e a (5) Satisfação e participação do usuário.</p>

Quanto à Infraestrutura e Equipamentos das Unidades Básicas de Saúde – UBS informou que houve um aumento significativo da informatização, porém ainda não é considerado satisfatório para suprir as necessidades das UBS. Enfatizou que todos os Estados da Região Norte e Nordeste apresentam menos de 50% de suas UBS com acesso à internet. Fez menção ao Programa Requalifica UBS como um dos fatores responsáveis para a melhoria desses resultados.

Quanto aos resultados do acesso disse que ainda há necessidade de melhoria, especialmente em relação ao agendamento de consultas. Citou como grande desafio, a ampliação do funcionamento das UBS no horário de almoço (12h às 14h), no período noturno e durante os finais de semana.

As consultas ofertadas pelas UBS apresentam uma porcentagem elevada, especialmente aquelas já embutidas em outros programas de assistência à saúde, tais como: as consultas de Pré-Natal, Hipertensão e Diabetes. Já as ações voltadas para os usuários com Transtorno Mental, Obesidade, DPOC e Asma ainda necessitam de maior atenção, principalmente porque, com o envelhecimento da população e com o aumento das condições crônicas de saúde, haverá maior procura para essas ações. Os medicamentos e imunobiológicos foram disponibilizados de forma progressiva entre o primeiro e segundo ciclo do PMAQ.

Fez referência à baixa resolutividade de integração das Equipes de Atenção Básica a outros serviços, especialmente quanto ao retorno da avaliação da Atenção Especializada. Apenas 10,6% das avaliações realizadas por especialistas sempre retornam à Atenção Básica. Quanto ao prontuário eletrônico, 86% das equipes ainda não realizaram a implantação do PEC para facilitar o acompanhamento da assistência aos usuários.

Em relação à participação e controle social disse que mais de 80% dos usuários avaliam a assistência das equipes de Atenção Básica como BOM ou MUITO BOM.

Os relatórios descritivos referentes ao primeiro e segundo ciclo do PMAQ, a base de dados do primeiro ciclo estão disponibilizados no site para acompanhamento dos gestores e trabalhadores. Os relatórios analíticos da avaliação do programa e o “Portal do Cidadão” encontram-se em construção e em breve também serão disponibilizados.

Em síntese, destacou os principais desafios a partir dos resultados avaliados no primeiro e segundo ciclo do PMAQ, tais como: avançar na informatização e conectividade das UBS, ampliar o horário de funcionamento, a

possibilidade de agendamento de consultas das UBS, a implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão – PEC, a coleta descentralizada de exames e enfatizou a necessidade de maior envolvimento tripartite para a melhoria das ações das equipes que apresentaram pior desempenho.

Por fim apresentou a proposta do cronograma para discussão do terceiro ciclo do PMAQ desde o processo de discussão e pactuação tripartite, a proposta de Adesão e Contratualização para o final do ano vigente, até a Avaliação Externa e Certificação das equipes, com conclusão prevista para o final do ano de 2016.

CONASEMS: Citou a importância de assegurar que a Atenção Básica seja resolutiva e ordenadora de todas as linhas de cuidado da Rede de Atenção à Saúde – RAS e que estes processos de avaliação são fundamentais para a ampliação do acesso e para o aprimoramento da assistência à saúde da população.

Solicitou que os espaços de discussão sobre avaliação da assistência à saúde sejam ampliados para que haja maior aprimoramento das ações da Atenção Básica.

Destacou que há muitos elementos que deverão ser considerados no momento da avaliação das equipes e que poderão ser justificadas. As ações da Atenção Básica têm sido ampliadas a cada dia, por esse motivo, as equipes têm se organizado para atender à demanda e garantir a assistência aos usuários. Os horários que algumas equipes estabelecem são baseados nas necessidades locais e no fluxo de atendimentos de cada UBS, portanto pode acontecer de, no momento da avaliação de desempenho das equipes, o avaliador se depare com horários de funcionamento diferenciados. Essa situação não significa dizer que o acesso à Atenção Básica esteja regredindo.

Há necessidade de potencializar as UBS ampliando as equipes com maior número de profissionais qualificados, esse processo demanda investimento financeiro. Neste momento, a gestão Municipal, bem como a Federal e Estadual, tem vivido muitas dificuldades relacionadas a financiamento e que essa situação limita a possibilidade de ampliar e qualificar equipe e pode fazer diferença no momento da avaliação em seu desempenho.

CONASS: Solicitou que o resultado da análise dos dados desta avaliação sirva para reflexão sobre a situação do acesso à assistência à saúde do nosso país. Informou que o Conass está realizando oficinas estaduais em busca de modelos de equipes e para orientar os gestores no intuito de realizar ações para o fortalecimento da Atenção Básica. Propôs uma revisão da estratégia utilizada na Atenção Básica e que sejam estabelecidos objetivos e metas mais definidas para as equipes de Atenção Básica, como exemplo citou a “busca ativa” (consulta pré-

natal, cobertura vacinal...) que é uma ferramenta importante para o acompanhamento da assistência à saúde da comunidade adstrita.

Reforçou a importância de o gestor realizar avaliações dos serviços para acompanhar sua evolução. Citou a dificuldade enfrentada pelos gestores no Estado do Ceará devido a epidemia de Sarampo que poderá se expandir para outros Estados, e resultar na perda do certificado de erradicação do Sarampo nas Américas, caso a normalização da cobertura vacinal não ocorra. Finalizou com a proposta de que a próxima avaliação, assim como foi feita com a RAS e Regulação, seja feita com a cobertura vacinal do país.

SVS/MS: Diante da exposição da situação dos Estados e Municípios, sugeriu para o terceiro ciclo do PMAQ, repensar e revisar as práticas estabelecidas no âmbito da Atenção Básica. Informou que os indicadores do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde – PQAVS foram discutidos nas últimas assembleias de Conass e Conasems e que, diante da situação da Atenção Básica, reforçou que as ações de ambos os programas - PMAQ e PQAVS, devem estar interligadas.

Disse que a atuação do profissional que compõe a Equipe de Atenção Básica deverá ser reestruturada e desagregada do incentivo financeiro. Os programas deverão apresentar retorno e melhores resultados diante dos recursos que estão sendo investidos para sua melhoria. Lembrou que o PMAQ e o PQAVS são um “plus” financeiro para as ações já realizadas nas UBS e que a atual situação dos indicadores deverá ser rediscutida nos GT de Atenção à Saúde e de Vigilância em Saúde.

CONASEMS: Disse que as ações da Atenção Básica estão sendo realizadas e que a avaliação apresentada não condiz com a atual situação dos Municípios. Destacou que a partir do dado que diz que o grau de satisfação do usuário ultrapassa os 85%, o caminho seguido pela AB não está equivocado. Acrescentou, porém, que o modelo avaliativo do 2º Ciclo do PMAQ foi extremamente complexo, especialmente, para os Municípios de pequeno porte e que é fundamental um aprofundamento no instrumento de avaliação. Relatou a necessidade de discussão sobre a constituição de equipe mínima, flexibilização e diferenciação de equipes dentro do mesmo Município.

SAS/MS: Atentou para a importância de avaliar também o que está avançando, os pontos positivos dos resultados do 2º Ciclo do PMAQ. Corroborou com as falas de CONASS e CONASEMS sobre a importância de implantação de um processo de discussão dos resultados nos territórios, e debates a partir da avaliação.

	<p>Finalizou lembrando que embora os Municípios executem a AB, a responsabilidade sobre ela é tripartite. Afirmou que os resultados do 2º Ciclo do PMAQ são um importante disparador para que haja debates sobre avanços, desafios e limites enfrentados pela AB. Apontou para uma tendência de avanço na avaliação positiva, do 1º para o 2º Ciclo. Finalizou afirmando que o DAB está aberto a colaborações, sugestões e melhorias e que isso poderá ser feito no GT de Atenção a Saúde da CIT.</p> <p>ENCAMINHAMENTOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aprofundar as discussões relativas à avaliação das ações da Atenção Básica no intuito de aprimorar o processo de fortalecimento da Atenção Básica; • Discutir o 3º Ciclo do PMAQ no GT de Atenção à Saúde e o PQAVS em GT conjunto de Atenção e Vigilância em Saúde. <p>DESTAQUE: CONASS leu a Carta à Nação, aprovada em sua Assembleia, que versa sobre o contingenciamento de recursos do orçamento do Ministério da Saúde para o ano de 2015.</p>
<p>3. Discussões e Pactuações:</p>	
<p>a) Minuta de portaria que altera a obrigatoriedade da disponibilização dos colírios para tratamento do glaucoma por meio do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no prazo estabelecido pela Portaria nº 2.865, de 29 de dezembro de 2014 – SCTIE/MS.</p>	<p>ENCAMINHAMENTO: Pactuada.</p>
<p>4. Informes:</p>	
<p>a) Minuta de portaria que estabelece recursos do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios para custeio dos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos – SAS/MS.</p>	<p>SAS/MS: Informou que, a partir da pactuação feita na tripartite de maio, sobre cirurgias eletivas. As equipes técnicas se reuniram e acordaram duas minutas de portarias, uma que trata do recurso para o pagamento do que já foi realizado até fevereiro e outra que cita novo recurso. Enfatizou que as duas sugestões feitas pelo Conass foram acatadas, afim de esclarecer que o saldo de hoje pode ser utilizado de forma conjunta nos três</p>

b) Minuta de portaria que redefine a estratégia para ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o exercício de 2015 – SAS/MS.

blocos e o recurso novo a partir de março. Esclareceu que esse é um arranjo geral e que é necessário que os estados façam uma discussão interna da portaria ajustando os arranjos de acordo com as realidades locais e colocou que o Ministério está a disposição para auxiliar nessa discussão nos 27 estados e não somente nos 10 estados citados por Conass e Conasems .

CONASEMS: Registrou que esta é uma ação importante, pois permite a realização de uma atividade dentro do SUS, com uma relação direta com a resolubilidade das situações. Ressaltou que existem peculiaridades regionais, que são modificáveis ao longo do tempo, sendo necessário rever os processos. Enfatizou a adesão do Conasems a essa medida e ressaltou que é preciso ter uma flexibilidade para futuramente discutir sobre atributos do gerenciamento desse processo, assim como o volume de recursos que tá implicado em cada condição, para poder avaliar o sucesso desse programa. Não há dúvida de que essa atividade de financiamento complementar potencializa muito as ações do SUS.

Solicitou uma discussão entre Estado, Cosems e Ministério com os quatro Estados (MG, PR,BA e GO) que tiveram uma execução muito além da pactuação, reforçando a garantia de acesso, que para os municípios é muito caro. Falou da importância do processo de cirurgias eletivas, que iniciou com um mutirão e estendeu-se como estratégia, e esta deve ser mantida, pois deu acesso ao paciente. Relatou que nos últimos anos tiveram recursos parados em vários Estados e municípios pela dificuldade de discussão de uma tabela; montar uma equipe, e que é preciso ter muito cuidado para não reduzir ou até paralisar serviços essenciais para garantia do acesso. Colocou que esses quatro Estados já fizeram o remanejamento de recursos e agora há necessidade de discutir os impactos, para dar continuidade no processo de cirurgias eletivas.

CONASS: Reforçou que a proposta apresentada pelo Conasems é importante, porém não pode se limitar aos quatro Estados citados, e sugeriu incluir os 10 Estados que executaram além do programado (AM, DF, GO, MG, PR, RO, RS, SC, SP e TO). Colocou que existe uma parte significativa de recursos na mão dos municípios e que deverão ser transformados em resultados positivos.

Ressaltou que será importante o apoio do MS nas negociações com os Estados. Lembrou ainda que o dinheiro não sai do Estado, isto é, o remanejamento é feito entre os municípios.

	<p>SGEP/MS: Destacou que essas minutas aperfeiçoam a estratégia, minimizando a fragmentação. Mencionou que as minutas fazem parte de um escopo de decisões que foram tomadas, inclusive na utilização do fundo remanescente dos blocos. Reforçou o apoio do Ministério nas discussões com os estados, lembrando que antes é importante que as CIB esgotem o assunto.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: Discutir de forma tripartite as particularidades locais dos 10 Estados que executaram além do programado (AM, DF, GO, MG, PR, RO, RS, SC, SP e TO).</p>
<p>c) Situação da alimentação do Relatório de Gestão anos 2012 - 2014 e informações sobre Plano e Programação Anual de Saúde – SGEP/MS.</p>	<p>SGEP/MS: Colocou que relativo ao RAG de 2014, 65% dos municípios entregaram os relatórios aos respectivos Conselhos Municipais de Saúde. Acrescentou que caso haja interesse em saber quais são os municípios, essa informação está disponível na página www.saude.gov.br/sargsus. Indicou que existem 14 municípios dos Estados de Bahia, Tocantins, Mato Grosso e Pernambuco que ainda não regularizaram a situação do RAG de 2012 e alertou que isso é um motivo de grande preocupação. Concluiu dizendo que 78% dos municípios alimentaram o Sargsus com os Planos de Saúde vigentes; e dos 22% restantes, 13% informaram não ter Plano vigente e 9% ainda não atualizaram o Sargsus.</p>
<p>d) Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2015 – Situação da alimentação de metas no SISPACTO – SGEP/MS.</p>	<p>SGEP/MS: Informou que os Estados do Espírito Santo, Pará, Paraíba, Piauí, Rio de Janeiro, Roraima, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Tocantins estão na fase de preenchimento das planilhas de pactuação; a Secretaria Estadual de Mato Grosso do Sul está com a pactuação validada e os demais 16 Estados e o Distrito Federal não iniciaram o processo; em relação aos municípios, dos 5.569, 41,34% estão em alguma fase da sua pactuação: em preenchimento, pactuação validada ou homologada; e sobre a pactuação regional foi registrado que das 438 regiões, 11,19% estão em alguma fase da sua pactuação.</p>