



COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT

RESUMO EXECUTIVO DA 4ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE DE 2015

28 DE MAIO DE 2015

Em 28 de Maio de 2015, participaram do Plenário da Tripartite:

MS: Arthur Chioro, Jorge Harada, Lumena Almeida Castro Furtado, Antonio Carlos Figueiredo Nardi, Jarbas Barbosa da Silva Junior, José Miguel Nascimento Junior, Heider Aurelio Pinto e Danielle Soares Cavalcante.

CONASS: Wilson Duarte Alecrim, Jurandi Frutuoso Silva, Fábio Vilas Boas, Marco Aurelio Bertulio das Neves, Fausto Pereira dos Santos e João Gabbardo dos Reis.

CONASEMS: José Fernando Casquel Monti, José Enio Servilha Duarte, Charles Cezar Tocantins de Souza, Frederico Marcondes Neto, Mauro Guimarães Junqueira e Arilson Cardoso da Silva.

Conforme lista de presença anexa a este resumo.

MINISTRO: Saudou as bancadas e lembrou o compromisso assumido na última Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite, entre MS, Conass e Conasems para a priorização de alguns temas. Referiu-se especificamente ao tema das cirurgias eletivas, e também a busca de uma solução legal e qualificada para a utilização dos recursos remanescentes dos blocos no processo de reprogramação financeira, ambos os temas tiveram um avanço importante na discussão. Informou que a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde – SAS/MS apresentou na Assembléia do Conass e para a Direção do Conasems uma proposta de retomada para as cirurgias eletivas, com um retorno positivo dos parceiros, agora o caminho é trabalhar no detalhamento dessa proposta para a assinatura da Portaria e retomada dos recursos o mais rápido possível, isso proporcionará o destravamento dos recursos destinados às cirurgias eletivas, e representou o disciplinamento para a programação do Ministério da Saúde.

Em relação aos recursos remanescentes, informou que há possibilidade de utilização, de forma segura, e que foi demarcado, conjuntamente com Conass e Conasems, um conjunto de pressupostos para isso, apontou para a necessidade do grupo de trabalho iniciar atividade mais rápido possível para concretizar um entendimento e que proporcione um grau de proteção aos gestores municipais, estaduais e Ministério da Saúde. Ressaltou ser um grande desafio, porém factível, encontrar uma alternativa para a utilização dos recursos remanescentes que são passíveis de reprogramação, lembrou que nem todos os recursos remanescentes podem ser reprogramados devido a compromissos estabelecidos e que isso

precisa ficar bem claro.

Apontou que com o Orçamento da União aprovado para 2015, será possível a liberação dos recursos para pagamento de um conjunto de portarias que tinham um retroativo a serem pagas desde o final de 2014 e que aguardavam a liberação de recursos financeiros. Informou que essas portarias estão programadas para publicação até o dia 30.05, e que o recurso destinado chega a 220 milhões de reais. Citou um levantamento que o MS realizou de tudo que já está aprovado tecnicamente e esse apanhado foi enviado às CIB para priorização no âmbito de cada estado.

Ainda sobre o Orçamento para 2015 para a Saúde, relatou ser esse um momento de ajuste da economia, maior rigor fiscal, e que esse ajuste se faz necessário para que o crescimento do país possa ser retomado. Todo ajuste tem um grau de exigência, de compromisso, e definição de prioridades. Apontou que por orientação da Presidenta da República a todos os Ministros, o ajuste não será feito de maneira linear, e deixou o Ministério do Planejamento e a área econômica do governo disponível para que os Ministros dialogassem sobre as implicações de qualquer modalidade de ajuste, e assim o MS fez e foi contemplado em suas demandas. Ressaltou que os 11 bilhões de contingenciamento no Orçamento para a Saúde em 2015 incidiram principalmente sobre as emendas parlamentares, e que não corresponde efetivamente a um corte.

Lembrou que desde o ano 2000, a Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, determina que o orçamento da saúde corresponda ao gasto do ano anterior, somado ao crescimento nominal do PIB, e que esse ano, pela primeira vez em 14 anos, além do recurso que a Emenda Constitucional nº 29 disciplina, houve acréscimo de 3,100 bilhões, o que proporcionará previsibilidade para a programação financeira do MS. Ainda que o subfinanciamento persista na área da saúde e para as três esferas de governo, o MS terá capacidade de honrar os compromissos, pois os recursos que estão programados, para transferência aos Estados e Municípios, para programas estratégicos, assistência farmacêutica, Mais Médicos, Santas Casas, e para o conjunto de ações fundamentais do MS estão preservados.

Finalizou ressaltando a importância desse esclarecimento, no início da 4ª Reunião da Comissão Intergestores Tripartite, sobre o retorno dos compromissos tripartite assumidos, e desejando uma excelente reunião a todos.

1. Abertura dos Trabalhos:

a) Lançamento de volumes da Série Ecos – SE/MS.

- Ferramentas para Diagnóstico e Qualificação de Investimentos em Saúde. Eixo 1 – volume 4.

- Qualificação e Sustentabilidade das Construções dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. Eixo 2 – volume 4.

SE/MS: Apresentou os dois volumes da Série ECOS (uma parceria ente o Ministério da Saúde com a Organização Pan-Americana de Saúde), informando que tratam de estudos e pesquisas desenvolvidas permanentemente pelo Departamento de Economia da Saúde. Detalhou que o volume 4 do eixo 1 traz basicamente quatro estudos: avaliação da equidade na distribuição de tomógrafos computadorizados no Brasil; análise das informações sobre descarte de equipamentos médico-hospitalares, segundo os manuais dos fabricantes; estudos de custos indiretos da infraestrutura física em unidades básicas de saúde, com foco em insumos prediais – água e energia elétrica; e, sobre manutenção de equipamentos. Salientou que no eixo 2, volume 4, são apresentadas diversas práticas para o desenvolvimento de projetos de edifícios sustentáveis, como reaproveitamento de luz natural, ventilação, água etc., considerando aspectos de bem-estar, segurança e produtividade, aliados à redução de custos e conscientização ambiental. Ressaltou que todos os estudos produzidos no Departamento têm como principal objetivo: contribuir para uma melhor utilização dos recursos no âmbito do SUS; incentivar a aplicação de boas práticas por parte dos gestores e profissionais de saúde; e estimular o investimento de novos estudos técnicos, visando qualificar a oferta de serviços públicos do SUS. Acrescentou que além desses, existem outros volumes que estão disponíveis na página do Departamento de Economia da Saúde para consulta e para que os gestores estaduais e municipais possam utilizar no planejamento, construção, ampliação de unidades de saúde e aquisição de equipamentos.

b) Programa Mais Médicos – SGTES/MS.

MS: Deu início à apresentação com o panorama atual do Programa Mais Médicos e informou que, neste ciclo do programa, 100% das vagas ofertadas já foram preenchidas. Citou que nesta etapa houve expansão de mais 4.139 vagas distribuídas em 1.289 municípios e 12 DSEIs e que, aproximadamente, 91% das vagas foram ocupadas por 3.752 médicos com CRM no Brasil e 9,3% por 387 profissionais brasileiros formados no exterior. Portanto, não foi necessário dar prosseguimento à oferta de vagas remanescentes aos médicos estrangeiros formados no exterior e aos médicos cooperados pela Organização Pan-Americana de Saúde-OPAS.

Quanto ao perfil destes novos profissionais 68% optaram pelos benefícios do PROVAB, que oferece um acréscimo de 10% à nota da avaliação para o Programa de Residência Médica. Estes médicos têm a possibilidade de, após um ano de atuação junto às equipes multiprofissionais e às equipes da Estratégia de Saúde da Família-ESF, submeterem-se à prova de Residência Médica ou optar pela atuação junto ao Programa Mais Médicos. Disse que, em 2014, aproximadamente 1/3 dos médicos que inicialmente decidiram pelo PROVAB, após um ano, vincularam-se ao Programa Mais Médicos, isso implica num maior interesse destes profissionais em realizar suas atividades profissionais junto à Atenção Básica. Ainda referente aos novos médicos do programa, um percentual de 32% escolheram os benefícios do Programa Mais Médicos que, a partir deste ano, oferece a opção de atuar por 3 anos, podendo ser prorrogado por mais 3 anos.

O secretário informou que três fatores foram determinantes para o preenchimento de 100% das vagas por brasileiros: a integração do Programa Mais Médicos e o PROVAB; o Mais

Médicos já tornou-se conhecido pelos profissionais e o terceiro fator é a avaliação positiva feita pelos médicos ao programa. Disse que, de acordo com as pesquisas realizadas, a nota de avaliação dos médicos (9,1) superou a nota dada pelos gestores (8,9) e a nota dada pelos usuários (9,0).

Atualmente o Mais Médicos dispõe de 18.240 profissionais atuando em 4.058 municípios e 34 DSEIs, o que corresponde a uma cobertura de 72,8% dos municípios e uma assistência à saúde de 63 milhões de brasileiros. Esclareceu que estes médicos atuam junto a outros profissionais de saúde em Equipes de Saúde da Família e que cada equipe possui uma média de cobertura para atendimento à saúde de 3.450 pessoas.

Apresentou o aumento da proporção de médicos com CRM no Brasil e de médicos brasileiros formados no exterior que se vincularam ao programa entre os anos de 2014 e 2015, e o cronograma para as futuras etapas com a previsão de novos editais para reposição de vagas, em julho, outubro e janeiro de 2016. Conforme já estabelecido, a cada trimestre deverá ser lançado edital para renovação de vagas, para o preenchimento das vagas dos profissionais que se desligaram do programa. Lembrou que estas vagas deverão ser ofertadas na ordem estabelecida: médicos com CRM no Brasil; médicos brasileiros formados no exterior e as vagas remanescentes serão disponibilizadas aos estrangeiros e aos médicos cooperados.

Apresentou a evolução e o avanço da interiorização dos cursos medicina, que atualmente são dirigidos às regiões de saúde. Citou os critérios para abertura destes cursos nas regiões de saúde. Disse que atualmente há mais vagas para os cursos de medicina no interior do país do que nas capitais.

Quanto à redução das desigualdades de vagas autorizadas entre as regiões do país, evidenciou as regiões Norte e Sudeste que já apresentam o número semelhante de vagas autorizadas. A mesma situação ocorre com as regiões Nordeste e Sul.

Há previsão, para 2016, o lançamento de um edital que contemple as necessidades de vagas, especialmente para a região Centro-Oeste, que de acordo com as regras dos editais do programa, ainda apresenta grande necessidade de expansão de vagas. Solicitou apoio de Conass e Conasems para a solução destas dificuldades.

Relatou a situação dos editais para novos cursos de medicina nas instituições de ensino privadas: o primeiro edital encontra-se em análise de viabilidade econômica dos projetos das mantenedoras, além disso foi prorrogado o prazo para divulgação dos resultados e para interposição de recursos. Quanto ao segundo edital, o cronograma está mantido e encontra-se em processo de verificação in loco. Em seguida serão divulgados os resultados pela Secretaria de Regulação do Ensino Superior-SERES, a apresentação de recursos pelos municípios e, finalmente, a publicação do resultado final no Diário Oficial da União-DOU.

Entre os anos de 2013 e 2015, 1.690 vagas foram autorizadas em Instituições Ensino Superior públicas federais e 3.398 vagas autorizadas em Instituições de Ensino Superior privadas totalizando, até o momento, 5.088 vagas já autorizadas. Lembrou que a meta planejada até o ano de 2017 é de 11.500 vagas. Há previsão de ampliação do número de profissionais e a proposta para alcançar, até o ano de 2026, um número de aproximadamente 600 mil médicos, atingindo uma relação de 2,74 médicos/1.000 habitantes.

Quanto ao Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), informou que a minuta de portaria encontra-se em Consulta Pública até o dia 29/05 e que o documento foi construído coletivamente com Conass e Conasems. O tema está em discussão na Comissão Interministerial entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação e há contribuições a

serem acrescentadas, sem alterar o mérito da redação do documento em questão.

Enviar, a Conass e Conasems, a síntese das sugestões de qualificação e aperfeiçoamento da minuta de portaria referente ao COAPES. Há previsão de que a portaria seja publicada em Junho/2015 e o início do processo de contratualização está previsto para o segundo semestre do ano vigente.

Finalmente informou que o tema referente ao Cadastro Nacional de Especialistas-CadNEs, previsto na Lei 12.871/2013 que prevê um decreto que o regulamenta, será pautado, para discussão no Grupo de Trabalho de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – GT GTES. O CadNEs tem por objetivo subsidiar o Sistema Único de Saúde-SUS na parametrização das ações de saúde pública garantindo o acesso ao atendimento médico em todo o território nacional; tem como vantagens conhecer o perfil dos médicos especialistas e como estes profissionais estão distribuídos; contribuir como referência para a gestão municipal/estadual de saúde baseado nas necessidades da Rede de Atenção à Saúde-RAS; relacionar as informações do CadNEs com os sistemas de informação do SUS e subsidiar o planejamento, regulação e ordenação da formação de recursos humanos no SUS e na saúde suplementar.

ENCAMINHAMENTOS:

- MS enviará a Conass e Conasems, a síntese das sugestões de qualificação e aperfeiçoamento da minuta de portaria referente ao COAPES;
- Pautar o tema Cadastro Nacional de Especialistas-CadNEs para discussão no GT GTES.

2. Apresentações e Discussões:

a) 15ª Conferência Nacional de Saúde: Documento Orientador e Metodologia – CNS.

CNS: Destacou a participação do Conselho Nacional de Saúde – CNS no Congresso de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais, dia 27/05/2015, promovido pelo Cosems/MG no município de Contagem/MG. Manifestou preocupação com o contingenciamento de recursos na área da saúde e da educação, enfatizando a necessidade de manifestação pública acerca das providências a serem tomadas, além da posição contrária do CNS no que tange a forma de repasse de recursos por meio de emendas parlamentares. Apresentou o espaço atribuído a 15ª Conferência Nacional de Saúde, dentro do site do Conselho Nacional, destacando os documentos elaborados e em fase de elaboração pelos conselhos de saúde. Expôs a Resolução CNS nº 501, de 7 de maio de 2015, que trata das diretrizes metodológicas para a 15ª Conferência Nacional de Saúde, orientando as etapas estaduais e municipais, ressaltando os objetivos firmados com a responsabilidade de mobilizar a

sociedade e de ampliar a base de representação. Lembrou que ainda existem muitos segmentos excluídos que utilizam o SUS, porém ainda não estão mobilizados em defesa do direito à saúde e do sistema único. Ressaltou que um dos objetivos é realizar uma conferência com deliberações que possam incidir na construção dos planos estaduais e municipais de saúde, além de reduzir e qualificar as deliberações da conferência. Destacou a parceria entre o pleno do Conselho Nacional de Saúde e o Ministério da Saúde para a construção do documento orientador que irá abranger as principais diretrizes para a elaboração do Plano Nacional de Saúde 2016-2019. Ressaltou um conjunto de proposições de extrema relevância para os Conselhos Estaduais, sendo: Mobilizar segmentos estratégicos da população (rurais, camponesas, juventude), paridade entre homens e mulheres na composição das delegações de representação, compromisso com pessoas de diferentes orientações sexuais, além de ampliar o campo de representação da sociedade com consequente alteração no perfil dos delegados que historicamente compõem as conferências de saúde. Apresentou ainda um conjunto de orientações para iniciativas de mobilização em comunidades, assentamentos, bairros e universidades (conferências livres), sem no entanto substituir as etapas estaduais e municipais que antecedem a conferência nacional. Expôs os eixos temáticos elaborados para orientar a etapa estadual e do DF, com ênfase no trabalho de modo transversal, ou agregado, desde que garantido o debate de todos os temas propostos, preferencialmente em Grupos de Trabalho cujos resultados devem ser sistematizados e levados à Plenária Final. Enfatizou a necessidade de que sejam melhor qualificadas as proposições a serem encaminhadas para a etapa nacional, obedecendo à orientação de que o Relatório Final da Etapa Estadual e do Distrito Federal, a ser encaminhado à Comissão Organizadora da Etapa Nacional, deve conter uma (01) Diretriz para cada um dos oito (08) eixos temáticos e até cinco (05) Propostas por Diretriz, aprovadas na Plenária Final da Etapa Estadual e do Distrito Federal.

Exibiu também o documento orientador da 15ª Conferência Nacional de Saúde, ressaltando os desafios encontrados para elaboração deste material. Reforçou que a base do documento utilizou recomendações, resoluções, notas e manifestações públicas do CNS, além de posições deste Conselho acerca de financiamento; gestão do trabalho; direito à saúde; ciência, tecnologia & inovação; modelo de gestão e de atenção à saúde. Destacou o espaço atribuído no documento ao atual momento de crise política e econômica, além da importância do SUS como política social e para o desenvolvimento do país. Manifestou a intenção de que sejam

discutidos para a Conferência Nacional, aspectos da Reforma Democrática e Popular do Estado, contemplando as Reformas Política, Tributária, do Poder Judiciário e também da democratização dos meios de comunicação. Acerca do eixo de 'Participação Social' frisou a inserção das bases legais, além do quantitativo de conselhos municipais existentes, as dificuldades de atuação destes, e também o conjunto de diretrizes e prioridades. No eixo de 'Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde' destacou o quanto a terceirização têm prejudicado as condições de trabalho dos trabalhadores da saúde, além de ter precarizado e pulverizado os regimes de contrato vigentes. Por fim resgatou os avanços e desafios presentes na atual política de financiamento do SUS e na relação público-privado.

Manifestou preocupação com o fato de determinados secretários estaduais ainda não terem publicado o decreto de convocação para conferência estadual e nem o regimento aprovado pelo conselho estadual. Outra preocupação deve-se ao apoio financeiro para realização das conferências, uma vez que estão sendo mobilizados segmentos de alta representatividade para o acompanhamento de todas as etapas. Ao final, lembrou que a qualidade e o resultado político da 15ª Conferência Nacional de Saúde dependerá dos gestores da saúde.

CONASS: Parabenizou o CNS pelo esforço e pela excelente apresentação. Reforçou que estes novos formato e abordagem devolverá a devida importância para a etapa das conferências de saúde. No que diz ao apoio financeiro de estados e municípios, orientou para a utilização do superávit financeiro dos rendimentos do bloco de financiamento de gestão de cada ente, caso este opte por não utilizar recursos do próprio bloco.

CONASEMS: Destacou o empenho do Conasems no incentivo à realização das conferências municipais. Informou que durante a realização do Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, que será realizado em João Pessoa/ PB, no período de 08 a 12/06/2015, será formalizado documento orientador contendo a posição da gestão para as conferências estaduais e municipais. Avisou também que os gestores municipais estão sendo orientados a participarem das conferências estaduais e nacional, na posição de delegados, para que a gestão se faça representada nestas etapas. Sugeriu a publicação e divulgação do Documento Orientador de apoio aos debates da 15ª Conferência Nacional de Saúde, elaborado pelo Conselho

	<p>Nacional de Saúde.</p> <p>MINISTRO: Informou que está acompanhando todo o processo de construção das estratégias para a organização da Conferência Nacional de Saúde, e também da construção da discussão política que contempla o movimento de adesão dos gestores estaduais e municipais para garantir a realização das conferências. Reforçou que mesmo em momento de crise e dificuldade econômica não se pode utilizar desta justificativa, em hipótese alguma, para a não realização das conferências estaduais e municipais, ressaltando o compromisso constitucional estabelecido. Outro aspecto firmado será a discussão política que definirá as diretrizes para o sistema de saúde, que se refletirá nos planos de saúde. Entende que o tema 'financiamento' será central nas discussões das etapas da conferência, face a convergência política que todos os atores se encontram para superar o cenário do subfinanciamento.</p>
<p>b) Sistema de Banco de Dados das Emendas Impositivas – SE/MS.</p>	<p>SE/MS: Pontuou que a principal novidade das Emendas Impositivas para 2015, ressaltando também o ano de execução de 2014, diz respeito às propostas prioritárias pactuadas com os gestores estaduais e municipais. Explicou que ano passado foi realizada uma Oficina, cujo produto acordado foi a pactuação nas respectivas CIB de um conjunto de propostas prioritárias, encaminhadas por meio de um sistema e tratadas de modo específico pela Secretaria Executiva do MS para o orçamento impositivo. O objetivo é orientar os gastos com as emendas impositivas às propostas elencadas como prioritárias pelos gestores, que funcionará da seguinte forma: cada parlamentar fará a sua emenda ao orçamento e indicará o destinatário do recurso no Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento – Siop, do Ministério do Planejamento.</p> <p>Por exemplo, o parlamentar faz uma emenda de despesa de capital na atenção especializada, indica no Siop qual é o município, estado ou a entidade que receberá o saldo de recurso, após essa indicação, preenche a proposta no sistema do Fundo Nacional de Saúde e os gestores poderão associar o saldo às propostas prioritárias. Reforçou que a meta pactuada desde 2014 é de propostas</p>

realizadas de acordo com as prioridades estabelecidas junto aos gestores estaduais e municipais, o intuito é aumentar a qualidade dos gastos da emenda, com a tentativa crescente de associar o recurso às prioridades do SUS.

No que diz respeito aos prazos, pela Emenda Constitucional nº 86, de 17 de Março de 2015, que altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária, serão 120 dias, contados a partir da publicação da Lei Orçamentária Anual (LOA) em 22/04/2015, para executar ou para informar as razões da não execução (no caso de impedimento de ordem técnica).

Importante destacar que para o parlamentar fazer a indicação no Siop é necessária a publicação de Portaria conjunta do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), Ministério da Fazenda (MF) e Secretaria de Relações Institucionais (SRI), que também estabelecerá prazos dentro desses 120 dias de execução. Em consonância com os referidos prazos, o MS abrirá seu sistema de proposta.

Nesse sentido, o MS traçou um cronograma, em que a análise das propostas será iniciada pelas prioridades determinadas pelos gestores, de investimentos e de custeio. Assinalou que nas emendas parlamentares é possível que os recursos sejam destinados ao Piso da Atenção Básica (PAB) e ao Bloco da Atenção de Média e Alta complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC). Todo recurso indicado para custeio e todas as propostas prioritárias de investimento serão analisadas especialmente pelo MS. Exemplificando no caso de repasse fundo a fundo, a Portaria é publicada, empenha-se o recurso e então é feito o pagamento das primeiras propostas à medida que são aprovadas. A ideia é delinear um cronograma que o gestor insira uma proposta prioritária no Sistema do Fundo Nacional de Saúde (FNS) e a mesma seja executada, inclusive financeiramente, anterior àquela proposta que não está no rol das prioritárias.

Atentou para duas questões importantes para este ano de 2015: *i)* as entidades filantrópicas que não podem receber recursos para obras de ampliação ou construção, conforme a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO 2015), e *ii)* o limite de R\$ 2,6 bilhões de desembolso mensal liberado para o MS pelo Decreto nº 8.456, de 22 de Maio de 2015, que trata da programação orçamentária e financeira e estabelece o cronograma mensal de desembolso do Poder Executivo para o exercício de 2015.

Por fim e antes da apresentação do Sistema, lembrou os critérios pactuados para definição das prioridades: referente ao Investimento, o primeiro critério foi o da conclusividade, a fim de dar continuidade às propostas de investimentos já em curso, tais como: equipamentos para obras em execução (UPA, UBS), com destaque para as obras que estão praticamente concluídas, o segundo critério foi o reforço de empenho para obras em execução, assim como a implementação e consolidação da Rede de Atenção à Saúde e seus componentes e demais critérios em outras áreas, como a vigilância em saúde e, além disso, todo recurso que for indicado como Custeio para PAB e MAC.

Apresentou brevemente o portal do MS, a página do FNS e o acesso aos sistemas de cadastramento e acompanhamento de propostas. Informou que há um ambiente parlamentar, que é uma ferramenta utilizada pelo parlamentar para acompanhar o andamento no MS e outro ambiente com o gerenciador de objeto e de propostas, que é a ferramenta utilizada para os gestores estaduais e municipais acompanharem os pleitos dentro do MS.

CONASS: Considerou relevante a elaboração desse cadastro de prioridades, todavia citou duas preocupações referentes à análise técnica. A primeira consiste na possibilidade dos gestores reverem as suas prioridades, em função da redução da receita e conseqüentemente da readequação do Plano Estadual de Saúde, principalmente porque a diretriz é trabalhar orçamento com financeiro. A segunda versa sobre a falta de mobilidade dos gestores junto aos parlamentares, tendo em vista que apenas

uma minoria aderiu à oferta do “cardápio” da Saúde. Reiterou a necessidade dessa mobilização, a fim de reforçar a compreensão da proposta desvinculando-a do processo político eleitoral do município. Sugeriu que a assessoria parlamentar do MS auxiliasse nessa conversa e convencimento com os parlamentares.

Sobre as despesas de custeio, constatou o avanço, mas a exemplo do que houve no Amazonas, citou que em defesa do Programa Mais Médicos, propuseram e alguns parlamentares colocaram nas emendas, que à época não eram impositivas, a construção junto aos municípios de um Fundo para aquisição de medicamentos para a Atenção Básica, como reforço de recurso para a assistência farmacêutica. Solicitou que tal proposição fosse entendida como uma necessidade e não somente como uma invenção.

Haja vista algumas variáveis, como por exemplo, ter 40% de parlamentares como recém eleitos, questionou se é possível observar tanto os orçamentos das emendas quanto tem de objetivo comparado ao cadastro feito pelo Estado, a fim de agilizar o fluxo até chegar a liberação do recurso da emenda.

Concluiu enfatizando que está representando 23 (85%) novos gestores estaduais e por isso pede liberdade para que seja revisto o que não foi pactuado por eles, mas pelo gestor à época, com a CIB. Ressaltou que a mudança foi para além da gestão, mais para uma mudança de orientação política partidária. Desse modo, faz parte do processo democrático e considera imprescindível observar a realidade que se processa nos estados, a partir de um novo olhar técnico político desses 23 gestores.

MINISTRO: Embora já tenha conhecido a arquitetura do Sistema, manifestou estar impressionado com a qualidade dessa ferramenta e por isso acredita que essa facilidade e simplicidade no uso diminuirão a angústia dos assessores buscando a assessoria parlamentar e as áreas técnicas, assim como auxiliarão também os gestores. Assinalou que esse é um novo processo, ainda de indução das

prioridades para o MS, o que já é comum, por exemplo, para o Ministério da Educação.

Ciente da mudança do comando estadual presumiu a possibilidade de alteração na pactuação de prioridades de 2014, afirmou assim, haver espaço para as novas propostas. Contudo, propõe manter o que foi expresso e pactuado nas Bipartites. Em caso de correções, é possível que seja feito a partir da nova proposta que consta no Sistema.

Confiante que o processo de indução funcionará a partir da facilidade e agilidade na liberação das emendas que são indicadas como prioridade, principalmente à medida que há uma avaliação técnica inicial e conforme regra já estabelecida, espera ser uma tendência entre deputados e senadores de convergir nesse sentido.

Mencionou que a Presidenta foi incisiva sobre este assunto e requisitou só abrir disponibilidade para as prioridades estabelecidas e pactuadas no âmbito do SUS, ou seja, não há impedimento, uma vez que o orçamento é impositivo, mas deve ser impositivo dentro das políticas nacionais de saúde.

Entende que a ferramenta informatizada não resolve os problemas, mas facilita a gestão. Sendo assim, indica o aprimoramento dessa ferramenta para o próximo ano, assentado na verificação do grau de adesão que os parlamentares tiveram a partir das prioridades indicadas no cardápio estabelecido no âmbito da Saúde Pública. A intenção é convergir os interesses na utilização qualificada de 2,6 bilhões.

CONASEMS: Referiu ser notável este caminho de tentar aproximar o que é oriundo do parlamento com aquilo que é oriundo das áreas técnicas, com as quais há trabalho em comum. Afirmou que existe vantagem dos dois lados, as áreas técnicas entendem o âmbito político e os políticos entendem as áreas técnicas, objetivo este a ser perseguido a todo o momento. Elogiou o instrumento e ratificou que será uma importante ferramenta para uso dos gestores. Indagou se as emendas terão que necessariamente estar dentro de um conjunto de prioridades e se este é também o entendimento do

parlamento. Recomendou uma aproximação com o líder da bancada de cada Estado, que não é líder partidário, para melhor compreensão e encaminhamento da proposta.

Ilustrando o caso do estado do Pará, sobre as obras do Requalifica, citou que tem parlamentar que não quer designar sua emenda a essa proposta, visto que o MS já prevê orçamento em Portaria para esse Programa. Questionou se é possível solicitar reforço nessa situação.

SE: Em resposta ao Conass, esclareceu que para este ano de 2015, estas emendas são efetivamente os 2,6 bilhões, são emendas impositivas dos parlamentares eleitos e que já estavam no seu mandato. Emendas dos deputados recém-eleitos serão para 2016.

A informação obtida é que apenas 30% dos deputados ao colocarem a emenda já destinam o objetivo final, muitos colocam de forma genérica, por isso, o momento da destinação final, de especificar é agora; pelos gestores que alimentarão o sistema no site do FNS, vinculando as propostas ao saldo das emendas que foi posto pelo parlamentar.

Comunicou que a SE está fazendo um levantamento do que existe atualmente no banco de dados, que foi inserido pelo parlamentar e a correspondência com a lista de prioridades que os gestores construíram na Bipartite. Porém, a análise final só será conhecida quando concluída a etapa de definição dos objetivos finalísticos de cada uma das emendas.

Sobre o questionamento do Conasems, respondeu que, embora este seja o primeiro ano de exercício da priorização, não há impedimento técnico em cadastrar uma proposta que não seja considerada prioritária. Por esse motivo, foi apresentado à associação a uma prioridade e o cadastramento de um novo objeto. Entretanto, como a finalidade é convencer que as emendas crescentemente sejam executadas no contexto das prioridades que os gestores do SUS elencam, é fundamental persuadir neste sentido. Portanto, serão analisadas e executadas primeiramente as emendas que estão associadas às prioridades. Isso é indução para o uso das prioridades, o que não significa exclusividade.

	<p>E ainda sobre a dúvida do PA, no caso das obras do Requalifica e de UPAS, respondeu que na lista de prioridades estão apenas os equipamentos para essas unidades e obras em execução e que os recursos das obras serão executados via programa. O que consta em Portaria já é compromisso assumido.</p>
<p>c) Situação atual da Dengue/Chikungunya/Zika Vírus – SVS/MS.</p>	<p>SVS: Apresentou a situação atual do Chikungunya onde 15 municípios tiveram transmissão autóctone, com maior ocorrência na Região da Bahia, próximo a Feira de Santana e recentemente houve confirmação de ocorrência na região metropolitana. Municípios de Mato Grosso do Sul, Amapá, Roraima e o Distrito Federal também tiveram ocorrência de casos. Atualmente estão registradas 4.259 notificações, sendo 59 casos confirmados laboratorialmente e 2.286 casos confirmados por critérios clínico-epidemiológicos.</p> <p>Desde dezembro de 2013 o Ministério da Saúde, representantes dos estados e municípios vem adotando medidas para responder adequadamente a introdução desse novo vírus no país, tais como: reuniões virtuais e presenciais, elaboração de materiais de orientação à rede sobre o manejo do vírus, culminando agora em março/2015 com regiões macrorregionais.</p> <p>Em relação ao Zika Vírus, contextualizou que é um arbovírus do gênero Flavivírus, que foi isolado em 1947 na floresta Zika em Uganda e que atualmente encontra-se distribuído na África, Ásia, Oceania e América do Sul, porém ano passado houve um surto no Chile. A transmissão ocorre principalmente por <i>Aedes aegypti</i>, mas há registro de transmissão sexual, ocupacional e sanguínea. Em relação à clínica da doença, 80% das infecções são assintomáticas e o tratamento é similar a de outras doenças; paracetamol para febre e dor, e anti-histamínicos no caso de erupções pruriginosas. Informou ainda que o diagnóstico laboratorial é feito apenas por RT-PCR, pois atualmente no mundo não existem testes sorológicos comerciais disponíveis para aquisição. A tecnologia está sendo desenvolvida pelo Instituto Evandro Chagas no Pará e em aproximadamente 6 meses poderá ser distribuída para a rede de laboratórios. Atualmente o número de exames de RT-PCR é limitado.</p> <p>Apresentou o mapa com a distribuição dos casos de Zika Vírus, com um número reduzido e isolado de casos e com poucos surtos. A partir de 2007, na Polinésia Francesa e Micronésia começou-se a ter uma descrição mais</p>

precisa da clínica dessa doença, e considerando esse conhecimento foi apresentado um quadro com a presença e frequência dos principais sinais e sintomas de Dengue, Chikungunya, Zika e Sarampo para auxiliar no diagnóstico diferencial. No caso do Zika, a febre é branda e muitas vezes assintomática, o exantema maculopapular é generalizado e diferente do Sarampo, o prurido é muito intenso, levando as pessoas a procurarem os serviços de saúde. O quadro foi compartilhado com os representantes de estados e municípios em reuniões virtuais e enfatizou que diante de dúvida quanto ao diagnóstico à recomendação do Ministério da Saúde é tratar como dengue.

Relatou o histórico da doença no Brasil, onde os primeiros registros de doenças exantemáticas ocorreram em outubro/2014 no estado do Rio Grande do Norte; já no mês de fevereiro/2015 o aumento do número de casos de síndromes exantemáticas no Nordeste e Rio de Janeiro foi monitorado e em abril/2015 foi realizado um inquérito em parceria com os estados do Maranhão, Rio Grande do Norte e Paraíba para descrever de forma homogênea e padronizada a caracterização do quadro clínico. Foram coletadas 20 amostras de pacientes na fase aguda em cada um desses estados; esse conjunto de 60 casos está muito bem descrito e detalhado, e está sendo investigado horizontalmente com o rol de doenças transmitidas por Flavivírus e que cruzam com exantemas. No mês de abril, a Universidade Federal da Bahia identificou casos de Zika Vírus e a FIOCRUZ/PR investigou os casos do Rio Grande do Norte; a confirmação desses casos foi feita pelo Instituto Evandro Chagas, Laboratório de Referência Nacional para arboviroses. Também houve confirmação de 2 casos no estado de São Paulo, e recentemente no Pará e Alagoas.

Baseado no conjunto de achados e características eco-epidemiológica e clínica da doença elaborou-se uma proposta de vigilância sentinela que foi encaminhada aos estados para avaliação/sugestões. Na proposta, o estado fica responsável por selecionar três estabelecimentos de saúde na capital e pelo menos um na regional ou município polo para ser referência dessa estratégia sentinela, captando os pacientes conforme a definição de casos apresentada e realizando o diagnóstico diferencial em relação a Dengue, Chikungunya, Sarampo e Rubéola prioritariamente. A proposta considerou a capacidade laboratorial instalada atualmente.

A notificação é feita por meio de um formulário específico no Formsus. As unidades sentinelas irão coletar amostras de sangue de 10 pacientes por semana e essas serão encaminhadas para os quatro laboratórios conforme fluxo apresentado, sendo que os casos graves e duvidosos serão confirmados pelo Instituto Evandro Chagas. Será preenchida a ficha de notificação/conclusão do Sinanet incluindo o CID10 A92.8-Zika Vírus para os casos confirmados e que vão para teste laboratorial, com isso será possível ter o monitoramento de tendência e perfil de ocorrência.

Por fim, citou as ações realizadas até o momento: notas a Imprensa, aos estados e aos serviços de Vigilância e Assistência; reuniões virtuais com representantes das SES e SMS-Capitais, por meio dos CIEVS para ouvir as experiências locais; Inquérito conjunto com as SES da PB, RN e MA; Informações sobre Zika disponíveis na página da SVS; Protocolo de vigilância sentinela sob avaliação dos estados; e será realizada uma oficina com especialistas durante o Congresso de Medicina Tropical em Fortaleza em 14/06 para debater sobre a interface Dengue, Chikungunya e Zika no âmbito do SUS.

Colocou que é fundamental investir em projetos de pesquisa para conhecer melhor essas doenças, afinal o conhecimento mundial ainda é restrito, é preciso conhecer melhor o perfil clínico do Zika e sua interface nessa co-circulação com outras doenças. Existem registros na literatura de aumentos de síndromes neurológicas onde há co-circulação de Dengue, Chikungunya e Zika.

Enfatizou que a SVS adotou todas as medidas técnicas e emergenciais necessárias diante da notificação de um novo agravo e relatou que foi feita teleconferência com todos os estados, capitais e alguns municípios, com a troca de experiências locais, uma vez que esse processo é uma responsabilidade compartilhada interfederativa e tripartite. A versatilidade do vetor poderá trazer problemas que sozinho o setor saúde não conseguirá vencer, assim já foram feitos contatos com outros segmentos, para fazer o controle do Aedes.

Expôs que a SVS tem a responsabilidade de repassar continuamente e em dia o piso fixo de vigilância em saúde para os estados. Disse que a pactuação dos parâmetros determinará um número mínimo de Agentes de Combate a Endemias necessários para atuar em cada município. No mínimo um agente será co-financiado pelo

governo federal, não excluindo a responsabilidade do estado financiar um maior efetivo de agentes.

Justificou que os dados de dengue não foram apresentados, pois houve problemas com o Sinan dengue e os dados só estavam atualizados até a 18ª semana epidemiológica. O esforço coletivo das três esferas de gestão gerou uma redução de 27% da incidência de dengue, principalmente na região sudeste e centro-oeste.

O Ministério da Saúde, Conass e Conasems terão duas grandes discussões de co-responsabilidades dos entes federados no Congresso Norte e Nordeste em João Pessoa, e no dia 09/06 haverá uma grande oficina onde estarão sendo discutidos todos esses agravos, bem como no Congresso de Medicina Tropical.

CONASS: Colocou a preocupação quanto à circulação do Chikungunya no país e questionou se durante a oficina não é possível à discussão de um projeto de pesquisa que possa determinar a capacidade vetorial das cepas de Aedes no Brasil para esse vírus, citou que em relação a dengue podemos monitorar a dinâmica da doença pelo percentual de infestação e circulação viral, já em relação ao Chikungunya não se tem esse conhecimento. Citou que com doenças que não tem tratamento específico e não produzem má formação congênita é necessário cuidado com novas invenções para conduta terapêutica.

Relatou que é importante e necessária à mobilização para o combate a dengue, doença que produz óbitos, assim estaremos consequentemente eliminando Chikungunya e Zika.

Disse que foi apresentado ao Conass um plano de financiamento para combate a essas endemias; e que o componente emergencial é irrisório, 17 milhões para o Brasil inteiro, sendo que somente o projeto apresentado pela Bahia necessita de 15 milhões. Existem pacientes com miocardites, artralguas e artrites, edemas articulares deformantes e incapacitantes, sendo assim, a Chikungunya não pode ser tratada como uma doença benigna e questiona qual o plano emergencial para combater o vetor. Sugeriu que o Ministério da Saúde e Ministério de Ciência e Tecnologia devem lançar um edital de estímulo à pesquisa, para trazer inovações ao combate a epidemias, pois da forma que vem sendo feito o combate é insuficiente e ineficiente.

SAS: Esclareceu que muitas pesquisas estão em andamento e que existe um edital do MS junto com o Conselho

	<p>Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), onde estão disponíveis 10 milhões para pesquisas sobre esses agravos.</p> <p>ENCAMINHAMENTOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atualizar os dados do Sinan dengue. • Investir em projetos de pesquisa sobre a capacidade vetorial do <i>Aedes aegypti</i>. • Discutir as co-responsabilidades dos entes federados e avanços sobre o tema na Oficina da SVS que ocorrerá no Congresso Norte e Nordeste em João Pessoa e com especialistas no Congresso de Medicina Tropical em Fortaleza, no período de 14 à 17 de junho de 2015.
<p>d) Estado da Arte do e-SUS AB – SAS/MS.</p>	<p>MS: Fez breve introdução acerca do referido item, esclarecendo que se trata de um tema estratégico para implantação do e-SUS – AB, uma vez que, já há algum tempo, existe consenso quanto a importância de se ter um sistema de informação, que permite para a Atenção Básica como um todo, uma série de informações estratégicas para tomada de decisões, desde cada UBS, cada Município, cada Região (conhecer a sua realidade), cada Estado, como do ponto de vista nacional. Por isso esse esforço coletivo da implantação do e-SUS-AB é no sentido de avançar significativamente na construção de um sistema de informação de qualidade e universal. Essa proposta, além de apresentar o estado da arte, tem o objetivo de refazer uma pactuação tripartite visando apoio mútuo para se chegar a um patamar de um sistema de informação da Atenção Básica de qualidade.</p> <p>Relembrou da última pactuação em relação ao processo de transição do SIAB para o e-SUS-AB, em julho de 2014, momento em que houve, também, a definição da prorrogação do prazo para junho de 2015. O Sistema possui 2 módulos principais de classificação do estágio de implantação, sendo um primeiro módulo, para cada UBS, com os estágios 1, 2 e 3, de acordo com a quantidade e tipos de fichas que são utilizadas. E, em relação aos Municípios, são 4 estágios, quais sejam: - implantado, - intermediário, - incipiente e - não iniciado. Tendo todos como critério o percentual de UBS dos Municípios que já alimentaram as fichas anteriormente. Dos níveis de implantação nos últimos 10 meses, dos municípios que constam como implantados e intermediários, alertou</p>

para o fato de que os implantados são aqueles com um mínimo de 60% das UBs que vem utilizando o sistema, e os intermediários aqueles que variam entre 30% a 60%, considerando esses dois critérios, constata-se que a maioria foi implantado, passando de 11% em julho de 2014, para 71% atualmente, totalizando de 612 Municípios para 4.000 Municípios no estágio implantado. Um dado importante do crescimento ao longo desse período. Em torno de 1.500 Municípios vão estar, ou no estágio iniciado ou no estágio incipiente. Mês a mês é possível visualizar os seguintes dados: - implantados 65.8%, - intermediários 6%, - incipientes 8.9%; e 17.5% na condição de municípios não iniciados. Quanto à caracterização detalhada dos municípios de acordo com a quantidade de equipes com o Programa Saúde da Família, pode-se concluir que os municípios menores, que tem o percentual de classificação como implantado, maior do que os municípios com mais equipes de saúde da família. Outros dados importantes são os coletados por regiões do país, também nos estágios: implantado e intermediário, sendo: o Norte com 83%, o Nordeste com 80%, o Centro-Oeste com 79%, o Sul com 69%, e o Sudeste com 64%, sendo um dado para se entender e avaliar. Lembrou que as Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste possuem um maior número de equipes do Programa Saúde da Família do que as Regiões Sul e Sudeste. Demonstrou que atualmente são mais de 373 Municípios utilizando o e-SUS no formato de prontuário eletrônico; e 185 municípios com sistema próprio estão utilizando o thrift e, com isso, alimentando o e-sus, o que demonstra o resultado de um esforço conjunto que vem sendo feito no sentido de incentivar os municípios a fazerem a opção por migrar para um único sistema, no caso o e-SUS. Demonstrou ainda que quanto a análise de Estado por Estado, nos estágios implantado e somando implantados com intermediários, a exemplo de Amapá, Maranhão, Sergipe e Paraíba, é importante que os Cosems destes Estados deem uma análise mais aprofundada no que diz respeito aos índices de implantação. Quanto ao total de equipes, o percentual é em torno de 60%, em relação ao total de municípios, sendo menos equipes que estão alimentando o e-SUSAB, quando comparado com os municípios. Lembrou que os gestores podem acessar pelo sistema o envio dos dados, e permite um acompanhamento e controle local do envio mês a mês. Outra informação importante foi a de que para alimentar o e-SUS não é necessário ter toda a população cadastrada, não sendo uma condição para tal. Por fim, abordou o conjunto de estratégias para a implantação do sistema, como: a utilização dos recursos do QualiSUS, com aproximadamente 500 municípios contemplados, estando na primeira fase, com

equipamentos vinculados a implementação do PEC, com previsão de que nos próximos 2 meses, os computadores já estejam nos municípios; um conjunto de consultores específicos para apoio na implantação do e-SUS-AB, com visita agendada junto aos Cosems e SES; assim como os Núcleos de Telessaúde, seja universitários estaduais ou municipais, com municípios acima de 100 mil habitantes e; por fim, o número 136 como suporte à distância, com equipe de atendimento direto. Esclareceu que não há obrigatoriedade de que as UBs tenham computadores e/ou internet. No mais, informou que muito em breve será disponibilizada a versão 2.0, que melhorará ainda mais muitas funcionalidades e trará muitas novidades, como ficha de consumo alimentar, modo de encaminhamentos; e, aplicativos para uso dos Agentes Comunitários de saúde.

CONASEMS: Parabenizou o programa, considerando inquestionáveis os inúmeros benefícios que o mesmo trará, inclusive pela economia que proporcionará aos municípios pela utilização do PEC, bem como para a prestação de contas. Contudo, alertou para o fato de que é necessário prorrogar o prazo, e observou que o PMAQ não foi disponibilizado ainda, e, mesmo com a observação de que não há necessidade de se possuir computador nas UBs, a interface com outros programas, como o hórus, é necessária. Considerou que os maiores interessados nesse programa são os municípios, uma vez que está voltado para a Atenção Básica. Demonstrou surpresa com o grau de adesão ao sistema, o que ratifica a necessidade de um programa como este. Todavia, a análise é a de que é necessária a prorrogação do prazo, inclusive para a dimensão de um processo informatizado, tendo em vista a necessidade de integração do sistema e utilização da versão 2.0, sendo este um dos grandes objetivos do sistema. Assim, reivindicou, mais uma vez, a prorrogação do prazo.

CONASS: Cumprimentou o MS pela implantação do referido Sistema. Agradeceu ao MS pela exposição que o Datasus realizou em sua assembleia sobre a implantação de sistemas. Informou que o Conass realizou nos dias 19 e 20 de maio uma oficina destinada a compreender melhor os problemas da regulação assistencial e os sistemas de informação. Dentre os assuntos, foi pautada a questão do e-SUS AB, e como resultado dessa oficina, foi elaborado um relatório com vários pontos, apresentados da seguinte forma no que diz respeito ao e-SUS AB: - potencialidades e avanços (pontos positivos), - fragilidades (preocupações), - desafios e proposições. Os pontos positivos foram três: 1- uma tecnologia atualizada em relação ao SIAB, 2- permite inserção de dados

clínicos por meio eletrônico e, 3- permite consumir dados do Cartão Nacional e do CNES. Nas fragilidades, sendo estas em número maior, totalizando treze, algumas já foram apontadas pelo Conasems, como a falta de acesso ao registro de informações clínicas por outros pontos de atenção, ficando restrito ao estabelecimento de saúde que o cadastrou. Outro ponto preocupante é a falta de acesso da Gestão Estadual à base de dados e, sistema não integrado com demais sistemas da base nacional que demanda informações da Atenção Primária em saúde além do SISAB, bem como problemas na integração para importação de dados dos sistemas próprios locais, dentre outros. Das proposições, foram seis, dentre elas, agilizar a implantação da versão do 2.0. Por fim, afirmou que disponibilizará o referido relatório da oficina para que o MS possa analisar e se colocou a disposição para posterior debate, reforçando a necessidade de se ter o sistema funcionando. Fez menção a empresa terceirizada que apoiava a implementação do sistema nos Estados e Municípios, e, segundo informações, teve o contrato finalizado, mas que isso era muito útil nesse processo em razão do conhecimento técnico específico.

MS: Acrescentou que há muita tranquilidade na análise das preocupações e dificuldades enfrentadas pelo sistema, e que já existe uma forte agenda sobre a integração do e-SUS AB com outros sistemas, a exemplo do que fora citado, como o hórus. Quanto a prorrogação do prazo não há óbice em aderir a agenda proposta pelo Conasems, reforçando a discussão com os Cosems e Secretarias Estaduais. Corrobora com a necessidade de aprimoramento do Sistema. Em resposta aos questionamentos e colocações de Conass e Conasems, reforçou que em relação a suspensão dos recursos, isso só ocorreria se a equipe não alimentar um dos sistemas, não sendo necessário alimentar os dois (e-SUS e Siab), por isso, é possível o pagamento retroativo mediante a comprovação da alimentação de um dos sistemas. Quanto ao PMAQ, toda a certificação foi publicada e é possível o acesso pelo site, inclusive dos resultados, o que, inclusive, ajudará e muito a aprimorar os dados e isso ajudará ainda a iniciar 2016 com todos utilizando um único sistema, no caso o e-SUS AB.

ENCAMINHAMENTOS:

	<ul style="list-style-type: none"> • Consenso em prorrogar o prazo, com limite de iniciar 2016 com o e-SUS AB implantado. • Apresentar a cada dois meses, o estado da arte do e-SUS-AB, no plenário da CIT. • Conass disponibilizará o relatório da oficina mencionada para que o MS possa utilizá-lo para ajustes ao sistema.
3. Discussões e Pactuações:	
a) Parâmetros de definição do quantitativo máximo de Agentes de Combate às Endemias (ACE) passível de contratação com auxílio da assistência financeira complementar da União – SVS/MS.	<p>Conasems: Apesar da pactuação da proposta de parâmetros informou que, os gestores municipais consideram um equívoco o estabelecimento de pisos salariais nacionais, em um país como o Brasil, que tem a natureza federativa. Além disto, ponderou sobre a necessidade de se ter cuidado com a redação da Minuta de Portaria para que se evitem problemas com os órgãos de controle e a necessidade de se criar um sistema de cadastramento destes profissionais (ACE).</p> <p>ENCAMINHAMENTO: Pactuado.</p>
b) Cirurgias Eletivas – SAS/MS.	<p>ENCAMINHAMENTO: Pactuado o mérito da 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. Esta Minuta de Portaria será discutida no GT de Atenção à Saúde, no dia 03.06.15.</p>
4. Informes:	
a) Orçamento da União para a Saúde – 2015 – SE/MS.	<p>MS: Informou que apesar de a Lei Orçamentária Anual (LOA) nº 13.115 de 20 de abril de 2015, ter sido aprovada em abril, apenas no último dia 22 de maio, foi publicado o Decreto nº 8456, que institui os limites de empenho. Partindo da análise, ainda incompleta, dos dados deste Decreto informou que o total geral do orçamento da Saúde para este ano é de R\$ 121 bilhões, sendo de programação própria R\$ 111,8 que estão divididos em: R\$</p>

17,6 para gasto com pessoal (R\$ 10,2 para Ativos e R\$ 7,3 para Inativos); R\$ 52 para dívida; R\$ 31 para sentenças judiciais; R\$ 946,2 para benefícios e; R\$ 93,171 para outros gastos de custeio (OCC). Para as Emendas Parlamentares o orçamento previsto é de R\$ 9,1 bilhões, sendo distribuídos em R\$ 5 bilhões para as Emendas Impositivas e R\$ 4 bilhões para as demais Emendas.

Ressaltou ainda que, excluídas as despesas com pessoal, que são fixas e inalteráveis, restam apenas R\$ 103 bilhões. Este valor é distribuído em: R\$ 76,3 para despesas obrigatórias (repassa fundo a fundo); R\$ 16,5 para despesas discricionárias; R\$ 1,1 para o PAC; R\$ 5 para as Emendas Impositivas e; R\$ 4 para as demais Emendas.

Informou ainda que excluindo apenas as despesas obrigatórias, houve um corte no valor total de R\$ 11,7 bilhões (recurso contido) em todas as outras despesas. E o limite de empenho do MS para este ano está R\$ 3,1 bilhões acima do mínimo esperado.

Concluiu que este orçamento está em congruência com o financeiro, portanto, garante o pagamento de todas as despesas do MS para este ano.

CONASEMS: Afirmou que apesar do sub-financiamento do SUS e o ajuste fiscal que o país que está sofrendo, as informações apresentadas trouxeram uma tranquilidade para os gestores.

CONASS: Reafirmou a necessidade de se manter viva a “bandeira” de luta contra o sub-financiamento do SUS, principalmente, por meio da proposta do “Movimento Saúde +10”. Neste sentido, lembrou a todos que a Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015 nos impõe a necessidade de lutar por uma nova fonte de recursos para a Saúde.

E ainda posicionou-se contrário ao Projeto de Emenda Constitucional (PEC) nº 451 de 2014, que altera o art. 7º da Constituição, inserindo novo inciso, o qual obriga todos os empregadores brasileiros a garantirem aos seus empregados serviços de assistência à saúde, excetuados os trabalhadores domésticos, afrontando todo o capítulo da seguridade social e a seção da saúde e seus dispositivos.

Em seguida expôs que parte dos R\$ 3 bilhões a mais, citados, se refere às despesas do ano anterior de MAC que já foi utilizado, no início do ano, e que dentro das obras do PAC se encontram investimentos que terão impacto

	<p>em Estados e Municípios.</p> <p>Solicitou informações sobre em que áreas haverá impacto nas despesas feitas de forma centralizada pelo Ministério da Saúde.</p> <p>Em relação às despesas consideradas como Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), interrogou sobre os valores executados em 2014 para se fazer um comparativo com os valores previstos para 2015.</p> <p>Perguntou também, quanto do repasse financeiro para pagamento de despesas do Ministério da Saúde em 2015, previsto em cerca de R\$ 91 bilhões, será utilizado para cobrir os restos a pagar de 2014, e se isto pode implicar no aumento dos restos a pagar de 2015 e dos próximos anos.</p> <p>Ao final ressaltou que os R\$ 12 bilhões contingenciados deverão fazer falta, na medida em que foram considerados necessários quando da elaboração da proposta orçamentária 2015.</p> <p>MS: Concordou com Conass e Conasems sobre a importância de se manter acesa esta discussão do sub-financiamento do SUS, mas sempre com tranquilidade e de forma estratégica.</p> <p>Afirmou não conseguir responder todas as questões levantadas pelo Conass porque ainda estão trabalhando na análise dos dados do Decreto. Mas afirmou que a distribuição dos cortes será feita da maneira mais racional possível, no intuito de prevenir qualquer impacto na Assistência.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: Secretaria Executiva colocou-se à disposição para discutir com Conass e Conasems o processo de distribuição dos cortes orçamentários do MS.</p>
<p>b) Cobertura das Campanhas Vacinais – Influenza e HPV – SVS/MS.</p>	<p>SVS: Apresentou os dados de cobertura vacinal da campanha de Influenza: crianças (6 meses a ≤ 5 anos) atingiram cobertura vacinal de 73,6%; trabalhadores de saúde - 55,29%; gestantes - 42,89%; puérperas – 66,66%; indígenas - 58,93% e os idosos - 59%, totalizando no Brasil até o dia 28 de maio, 24.152.609 doses aplicadas com uma cobertura vacinal de 59,16% . Informou ainda que a cobertura vacinal por região foi: Norte – 52,8%; Nordeste – 58,4%; Sudeste – 63,5%; Sul – 64,3% e Centro-Oeste – 41,6%. Colocou que é preciso uma</p>

	<p>força-tarefa para intensificar as coberturas vacinais e as estratégias de divulgação da campanha.</p> <p>Outra preocupação apresentada foi a cobertura vacinal contra HPV – 1ª dose da população entre 9 à 11 anos inserida este ano e a 2ª dose na população de 11 à 13 anos feita no ano anterior. Relatou que CONASS e CONASEMS concordaram que é preciso um esforço conjunto para atingir uma cobertura maior e uma homogeneidade vacinal, para que se possa ter a tranquilidade da não reinserção de novos vírus.</p> <p>Informou que até o próximo dia 01/06 todos os estados estarão abastecidos integralmente da vacina BCG e registrou a preocupação e necessidade de um trabalho integrado entre a atenção básica e a vigilância em saúde.</p>
<p>c) Curso de Gestão da Clínica e Gestão da Regulação – SAS/MS.</p>	<p>MS: Informou tratar-se da prorrogação de um projeto em parceria com o Sírio Libanês, financiado via Programa de Apoio ao Fortalecimento Institucional do Sistema Único de Saúde - PROADI. Já foram ofertados 3 edições, sendo que esta 4ª contemplará o triênio 2015 à 2017. É um curso de especialização em gestão da clínica e regulação do SUS no qual foram feitas algumas adaptações de conteúdo. Antes o curso era gestão da clínica com ênfase em regulação e agora, com maior peso no conteúdo de regulação, torna-se um curso de especialização em regulação.</p> <p>Serão contempladas 40 regiões e distribuídas 3.200 vagas, sendo 1.600 para cada curso. Cada região terá no mínimo duas turmas: uma de gestão da clínica e outra de regulação. Em 20 regiões o curso terá início no final de 2015 e nas outras 20 no final de 2016.</p> <p>Como critério para divisão das vagas, todos os 27 Estados serão contemplados com pelo menos uma turma de cada curso, visto que alguns poderão ter duas ou três, a depender do porte populacional e do quantitativo de turmas que eles já formaram nas edições anteriores.</p> <p>A idéia é que a seleção da região na qual ocorrerá o curso seja feita por meio de uma pactuação Bipartite entre Secretarias de Estado e Cosems. Comunicou que estará encaminhando ofício a todos os Secretários Estaduais de Saúde e presidentes de Cosems, até a próxima segunda-feira, 01/06/2015, informando o prazo de 30 dias para que informem ao MS a definição das regiões e o quantitativo de turmas (1,2 ou 3) de acordo com os critérios estabelecidos.</p>
<p>d) Minuta de Portaria que prorroga o prazo da Portaria GM/SAS</p>	<p>MS: Informou acerca da portaria que define critérios para adequação das maternidades de alto risco, em coerência com a Rede Cegonha, com definição do prazo até 29 de maio de 2015. Disse que considerando que</p>

<p>nº 1.020, de 29 de maio de 2013, que institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviç�os de referência � Atenção � Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Beb� e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha – SAS/MS.</p>	<p>muitas ainda não coseguiram atender o prazo estabelecido, a proposta � prorrogar o prazo, com o compromisso de junto com Conass e Conasems, rever a referida portaria como um todo, principalmente seus critérios, visto os problemas identificados. Acrescentou que a não prorrogação implica em s�rios problemas com aquelas que ainda não se adequaram. Reafirmou que a proposta é a prorrogação do prazo, com o compromisso de revisão de toda � normativa, buscando a melhoria e qualificação das maternidades de alto risco.</p> <p>CONASS: Ponderou que a maior dificuldade está na adequação da estrutura ambulatorial para gestantes de alto risco e afirmou que menos de 50% das maternidade supracitadas concluíram as adequações. Sugere que o prazo seja prorrogado por igual período, 1 ano.</p> <p>MS: Manifestou-se favorável a sugestão do Conass, ficando acordado a prorrogação do referido prazo por 1 ano.</p>
<p>e) Portaria GM/MS n� 1.555, de 30 de julho de 2013, que dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmac�utica no âmbito do Sistema �nico de Saúde (SUS) – SCTIE/MS.</p>	<p>MS: Informou que a SCTIE encaminhou ofício ao Conass e Conasems sobre o assunto, cientificando-os de que este informe � para tratar de uma recomendação da Controladoria Geral da União – CGU, que no âmbito do relatório aponta a necessidade de que, de modo tripartite, se estabeleça conteúdos que devem estar apontados no RAG de modo mais objetivo em relação ao monitoramento da Assistência Farmac�utica, bem como estabelecer critérios mais transparentes para comprovação da aplicação das contrapartidas da Assistência Farmac�utica Básica. O ofício tratava ainda da indicação do grupo de trabalho para dar início às discussões de revisão da portaria, em que se discutirão também os aspectos de monitoramento, financiamento, em cumprimento ao Plano de Providências Permanente que a SCTIE assina com a CGU.</p>
<p>f) Resolução CIB – PI n� 037/2015, que aprova a conjugação dos territórios Planície Litorânea e Cocais para que se conforme a Macrorregião Norte, com sede no município de Parnaíba – SGEF/MS.</p>	<p>MS: informou que o Estado do Piauí continua organizado em 11 regiões de saúde, que correspondem aos 11 territórios de desenvolvimento, que se agregam em 6 macrorregiões de saúde. A Resolução CIB-PI n� 37/2015, de 22 de maio de 2015, redefine a composição da Macrorregião Norte que passa a contar em sua composição com a região de saúde Território de Cocais, antes composta somente pela região de saúde Território da Planície Litorânea.</p>
<p>g) Situação da alimentação do Relatório de Gestão anos 2012 -</p>	<p>SGEP/MS: Relatou que, em relação � alimentação do Sargsus, 3.475 municípios (um pouco mais de 62%) enviaram os seus relatórios de gestão 2014 aos respectivos Conselhos Municipais de Saúde, representando um</p>

<p>2014 e informações sobre Plano e Programação de Saúde – SGEP/MS.</p>	<p>incremento de 10% em relação ao apresentado na CIT do mês anterior, mas ainda há um grande contingente com o relatório não alimentado no Sargsus; quanto ao Relatório Anual de 2013, foram alimentados 89%, mas ainda restam 11% que não alimentaram e estão passíveis a todas as questões que dizem respeito aos órgãos de controle; e ainda, 78% têm Plano Municipal de Saúde e 34% Programação Anual de Saúde. Finalizou, solicitando o empenho de Conasems e Secretarias de Estado para que reforcem junto a esses municípios da necessidade da regularização dessa situação.</p>
<p>h) Situação da alimentação dos indicadores no Sispacto 2015 – SGEP/MS.</p>	<p>SGEP/MS: Destacou uma nova funcionalidade no Sispacto, a possibilidade de gerar um relatório gerencial de 2015 e relatórios de pactuação 2012-2015. Informou a situação de pactuação nos Estados até 27 de maio de 2015, com 8 Secretarias Estaduais de Saúde em fase de preenchimento da planilha (PA, PB, PI, RJ, RR, RS, SC e TO) e uma Secretaria (MS) com a planilha validada. A situação das regiões de saúde, que também é uma possibilidade agora, com 38 das 438 regiões em alguma fase de pactuação; e, no que diz respeito ao âmbito municipal, ainda 69% não iniciaram, ou seja, 31% estão em alguma fase de pactuação dos indicadores de 2015.</p>