

# Atividades e Resultados



Gestão 2015/2016

## SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE 2016

AC	Gemil Júnior	PB	Roberta Abath
AL	Rozangela Wyszomirska	PE	José Iran Costa Júnior
AM	Pedro Elias de Souza	PI	Francisco Costa
AP	Renilda Costa	PR	Michele Caputo Neto
BA	Fábio Vilas Boas	RJ	Luiz Antônio de Souza Teixeira Junior
CE	Henrique Jorge Javi de Sousa	RN	José Ricardo Lagreca
DF	Humberto Fonseca	RO	Williames Pimentel
ES	Ricardo Oliveira	RR	Cesar Ferreira Penna de Faria
GO	Leonardo Vilela	RS	João Gabbardo dos Reis
MA	Marcos Pacheco	SC	Murillo Ronald Capella
MG	Fausto Pereira dos Santos	SE	Maria da Conceição Mendonça Costa
MS	Nelson Barbosa Tavares	SP	David Uip
MT	Eduardo Bermudez	TO	Marcos Esner Musafir
PA	Vítor Manuel Jesus Mateus		

## DIRETORIA DO CONASS 2015/2016

### Presidente

Wilson Alecrim (AM) | João Gabbardo dos Reis (RS)

### Vice-Presidentes

#### Região Centro-Oeste

Marco Bertúlio (MT) | Leonardo Vilela (GO)

#### Região Nordeste

Fábio Vilas Boas (BA)

#### Região Norte

Heloísa Maria Melo e Silva Guimarães (PA) | Francisco Armando Melo (AC)

#### Região Sudeste

Fausto Pereira dos Santos (MG)

#### Região Sul

João Paulo Kleinubing (SC)

## REPRESENTANTES DO CONASS

Hemobrás: José Iran Costa Júnior (PE)

ANS: Felipe Peixoto (RJ) | René José Moreira dos Santos (CONASS)

Anvisa: Carlile Lavor (CE) | Francisco Costa (PI) | Viviane Rocha Luiz (CONASS)

CNS: Wilson Duarte Alecrim | João Gabbardo dos Reis | Jurandi Frutuoso | Haroldo Jorge de Carvalho Pontes

## SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

# SUMÁRIO

Apresentação .....	4
1. O CONASS .....	5
2. A Secretaria Executiva .....	7
3. O Planejamento Operacional do CONASS 2015/2016 .....	9
4. O Seminário para a Construção de Consensus .....	10
4.1. Dos Eixos: .....	11
4.1.1. EIXO I - Gestão do SUS .....	11
4.1.1.1. Financiamento .....	12
4.1.1.2. Implementação do Decreto n. 7508/2011 x COAP x Governança Regional .....	16
4.1.1.3. Regulação .....	20
4.1.1.4. Participação da Sociedade .....	21
4.1.1.5. Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde .....	22
4.1.1.6. Relações Internacionais: O SUS face aos outros sistemas de saúde no mundo .....	24
4.1.1.7. Sistemas de Informação e Registro Eletrônico em Saúde .....	25
4.1.2. EIXO II - Atenção Primária a Saúde e as Redes de Atenção a Saúde .....	28
4.1.2.1. Implementação do processo de Planificação da APS nos Estados .....	28
4.1.2.2. Atenção Especializada .....	29
4.1.2.3. Vigilância em Saúde .....	30
4.1.2.4. Assistência Farmacêutica .....	30
4.1.2.5. Inovação e Incorporação Tecnológica no SUS .....	42
4.1.3. EIXO III - Alternativas de Gerência de Unidades Públicas de Saúde .....	42
4.1.3.1. Arcabouço jurídico-legal para as alternativas de gerência de Unidades públicas de saúde .....	43
4.1.3.2. Marco Regulatório do Terceiro Setor .....	43
4.1.3.3. Revisão da Lei n 8666/93 .....	44
4.1.3.4. Revisão da Lei de Responsabilidade Fiscal – n 101/2000 .....	44
4.1.4. EIXO IV – Direito à Saúde .....	45
4.1.4.1. Direitos Constitucionais do SUS e Judicialização .....	45
4.1.4.2. Relação entre SUS e saúde suplementar .....	48
5. As Câmaras Técnicas do CONASS .....	49
5.1. Câmara Técnica de Informação e Informática e Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica .....	50
5.2. Câmara Técnica de Epidemiologia; Câmara Técnica de Vigilância em Saúde Ambiental e Câmara Técnica de Saúde do Trabalhador. ....	50
5.3. Câmara Técnica de Vigilância Sanitária .....	53
5.4. Câmara Técnica de Atenção à Saúde .....	53
5.5. Câmara Técnica de Comunicação Social .....	54
6. Outras Atividades realizadas pela Assessoria Técnica do CONASS .....	55

## APRESENTAÇÃO

A Diretoria do CONASS apresenta neste Relatório Anual de Gestão as principais ações empreendidas pelo Conselho, na gestão 2015/2016, em busca do fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS, por meio da atuação da equipe da Secretaria Executiva do CONASS junto às instâncias de negociação tripartite, e em outros fóruns, de acordo com as diretrizes e propostas deliberadas pelos secretários estaduais de saúde, em assembleia deste Conselho.

Composto por 4 partes: (i) o CONASS; (ii) a Secretaria Executiva; (iii) o Planejamento Operacional do CONASS 2015/2016; e (iv) o Seminário para a Construção de Consensos, este Relatório contempla ainda as atividades desenvolvidas no âmbito dos eixos de atuação prioritários, definidos pelos secretários estaduais de saúde, após amplo debate no Seminário de Consensos. Além dessas, outras atividades consideradas relevantes no desempenho das funções deste Conselho, a exemplo das reuniões das Câmaras Técnicas, também foram contempladas neste Relatório.

Os resultados apresentados, como: ampliação da experiência de planificação da APS nos estados; gestões junto ao Congresso Nacional pela aprovação da PEC Nº 01-A, de 2015, que dispõe sobre o valor mínimo a ser aplicado anualmente pela União em ações e serviços públicos de saúde; elaboração de conteúdos técnicos pelos Grupos Tarefas instituídos internamente pelo CONASS para dar apoio aos estados; dentre outros, demonstram que, apesar das dificuldades impostas cotidianamente aos gestores do SUS, é possível avançarmos!

O desafio está lançado!

João Gabbardo dos Reis  
**Presidente**

# 1. O CONASS

O Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) foi instituído em 03 de fevereiro de 1982 para representar os Secretários Estaduais de Saúde dos Estados e do Distrito Federal.

Foi reconhecido legalmente como instância pertencente ao Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Lei nº 8.142/1990<sup>1</sup> que o indicou como representação institucional dos secretários estaduais de saúde junto ao Conselho Nacional de Saúde (CNS). Posteriormente, a Norma Operacional Básica 01/1993<sup>2</sup> também o fez, na medida em que indicou o funcionamento da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde, do CONASS e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Em 2011, com a Lei nº 12.466 que alterou a Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica do SUS), os artigos 14-A e 14-B dispuseram sobre as Comissões Intergestores, o CONASS, o Conasems e suas respectivas composições.

Desde o ano 2011, o CONASS, a partir de planejamento estratégico e operacional, definiu por missão: “Promover a articulação e a representação política da gestão estadual do SUS, proporcionando apoio técnico às Secretarias de Estado da Saúde (SES), coletiva e individualmente, de acordo com suas necessidades, por meio da disseminação de informações, produção e difusão de conhecimento, inovação e incentivo à troca de experiências e boas práticas” e para tanto, vem empenhando seus esforços.

A visão de futuro do CONASS, também definida em 2011, é que: (i) seja conhecido como principal referência política e técnica das SES e referência importante perante as instâncias do sistema de saúde e sociedade; (ii) disponha de sustentabilidade econômica, estrutura física adequada ao seu funcionamento e recursos humanos preparados para responder com efetividade às demandas coletivas e individuais das Secretarias Estaduais de Saúde, e; (iii) seja reconhecido nacional e internacionalmente por sua capacidade de inovação, produção e disseminação de conhecimento na área das políticas públicas de Saúde.

Para dar cabo à missão e perseguir sua visão de futuro, o CONASS vem direcionando ações, definindo metas, avaliando resultados e se aprimorando diuturnamente.

As instâncias deliberativas do CONASS são sua Assembleia e sua Diretoria, contudo tem composição mais extensa, que compreende as representações oficiais noutros órgãos governamentais, a comissão fiscal responsável pela avaliação das prestações de contas físico-financeira da gestão e o comitê consultivo, que, composto por ex-presidentes, é acionado em situações que requerem colaboração e expertise. A Secretaria Executiva do CONASS (SE/CONASS), responsável por viabilizar o cumprimento das finalidades desse Conselho, teve suas atividades especificadas no próximo item desse relatório.

Conforme prevê o estatuto<sup>3</sup>, a composição do CONASS pode ser assim representada:

---

1 – [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)

2 – [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gestao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf)

3 – Documento disponível na sala conass-2016-Regimento Interno, Estatuto e Ata de Fundação.

Figura 1: **Organograma da Direção do CONASS**



Fonte: Regimento aprovado Assembleia de 30/10/13.

Em 28 de abril de 2015, a diretoria eleita do CONASS tomou posse e na ocasião, foi assim composta: Presidente: Dr. Wilson Duarte Alecrim (SES/AM) e Vice-Presidentes por Região: Dra. Heloísa Maria Melo e Silva Guimarães (SES/Pará); Dr. Fábio Villas Boas Pinto (SES/BA); Dr. Fausto Pereira dos Santos (SES/MG); Dr. João Gabbardo dos Reis (SES/RS); Dr. Marco Aurélio Bertúlio das Neves (SES/MT).

A comissão fiscal teve por titulares eleitos: Dr. Leonardo Moura Vilela (SES/GO); Dr. Marcos Antônio Barbosa Pacheco (SES/MA) e Dr. José Macedo Sobral (SES/SE) e suplentes: Dr. Ricardo de Oliveira (SES/ES); Dra. Roberta Batista Abath (SES/PB) e Dr. Samuel Braga Bonilha (SES/TO).

As representações oficiais foram assim eleitas: Agência Nacional de Saúde Suplementar: Dr. Felipe dos Santos Peixoto (SES/RJ) e seu suplente: René José Moreira dos Santos; Anvisa: Dr. Antônio Carlile Holanda Lavor (SES/CE) e sua suplente: Viviane Rocha de Luiz; e, Hemobrás: Dr. José Iran Costa Júnior.

Contudo, face às alterações dos quadros gestores de algumas Secretarias de Estado, em março de 2016 – ocasião de elaboração desse documento - preservadas as eleições, registros em atas e posse, a diretoria do CONASS, estava composta por: Presidente: Dr. João Gabbardo dos Reis (SES/RS), que assumiu em julho de 2015; Vice-Presidentes por Região: Dr. Fausto Pereira dos Santos (SES/MG), designado substituto do presidente em seus impedimentos e ausências; Dr. Fábio Villas Boas Pinto (SES/Bahia); Dr. Leonardo Moura Vilela (SES/GO) e Dr. João Paulo Kleinubing (SES/SC). A representação titular na ANVISA passou a ser exercida pelo Dr. Francisco de Assis Oliveira Costa (SES/PI).

Os titulares da comissão fiscal: Dr. Marcos Antônio Barbosa Pacheco (SES/MA) e Dr. José Macedo Sobral (SES/SE) e Dra. Roberta Batista Abath (SES/PB), suplentes: Dr. Ricardo Oliveira (SES/ES); Dra. Rozangela Wyszomirska (SES/AL) e Dr. Marcos Esner Musafir (SES/TO).

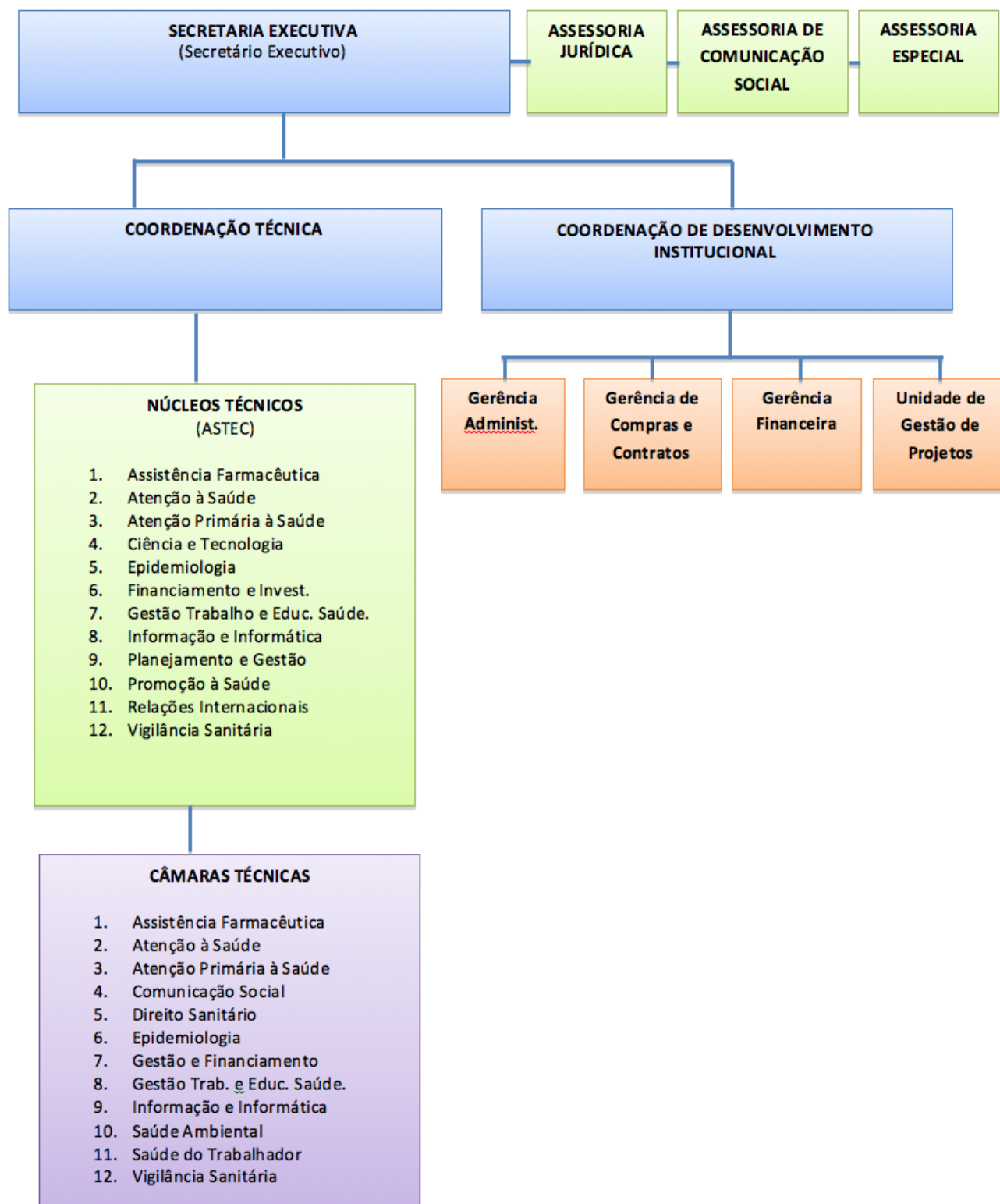
## 2. A SECRETARIA EXECUTIVA

A responsável por viabilizar o cumprimento das finalidades do CONASS é a sua Secretaria Executiva (SE/CONASS), que atua na formulação do processo normativo do SUS, a partir da proposição e análise das pautas submetidas à comissão Intergestores tripartite (CIT), executados pela coordenação e núcleos técnicos, assim como no apoio técnico às SES.

De forma sintética, pode se dizer que são finalidades do CONASS: (i) exercer a representação política do conjunto das secretarias estaduais de saúde, nas instâncias do SUS, e ainda, em sentido lato, nas esferas de governo e poderes institucionalizados; (ii) prestar apoio técnico e político às SES; (iii) atuar como órgão de intercâmbio das experiências e informações de seus membros para a implementação das diretrizes do SUS e em obediência as normas em vigor; e, principalmente; (iv) atuar em prol do consenso nas deliberações, respeitadas as divergências.

Enquanto órgão executor das ações, a SE/CONASS é diretamente subordinada ao Presidente - como se pode observado no organograma a seguir - e sua atuação pode ser percebida nas Assembleias mensais, Câmaras Técnicas e outras estratégias que serão detalhadas em item próprio desse relatório.

Figura 2: Organograma da Secretaria Executiva



Fonte: Regimento aprovado Assembleia de 30/10/13

Cumprir destacar que todo o funcionamento da área técnica que compõem a SE/CO-NASS depende da boa e regular atuação da Coordenação de Desenvolvimento Institucional – responsável pela execução das “atividades meio” desse Conselho – e composta pelas Gerências: Administrativa, Compras e Contratos, Financeira e de Gestão de Projetos. Para que isso seja aferido, a Coordenação tem todas as suas atividades auditadas anualmente, por empresa independente, que avalia seus respectivos processos e resultados.



Para o exercício fiscal 2015, foi emitido parecer favorável às demonstrações analisadas, sem a inclusão de qualquer ressalva de natureza contábil. A atuação da auditoria independente possibilita correções e o aprimoramento dos processos, assim como, facilita a análise e o parecer a ser proferido pela Comissão Fiscal, nas prestações de contas.

Destaca-se que a última prestação de contas da SE/CONASS foi analisada e aprovada pela Comissão Fiscal (ano fiscal 2014), sem qualquer rejeição, ressalva ou sugestão de aprimoramento.

Sobre a prestação de contas do ano fiscal de 2015, apresentada pela SE/CONASS à Comissão Fiscal já referenciada, terá seu parecer anunciado na assembleia de abril /2016, antes da posse de nova Diretoria, como determina o estatuto.

No ano 2015, a SE/CONASS celebrou, pela 1ª vez, um acordo de cooperação técnica com a Universidade de Brasília, com a finalidade de receber, conduzir e avaliar estagiários do curso de graduação em saúde coletiva do *campus* de Ceilândia.

### 3. O PLANEJAMENTO OPERACIONAL DO CONASS 2015/2016

Ao considerar que em 2015 há posse de nova gestão nos governos estaduais, a 1ª Assembleia serviu para que a Secretaria Executiva do CONASS - SE/CONASS, pudesse avaliar sua atuação e apreender o posicionamento dos Secretários Estaduais de Saúde. O principal instrumento para essa avaliação veio da ausculta aos secretários estaduais de saúde, que se manifestaram no sentido de reconhecer que o CONASS propicia ajuda mútua entre secretarias, tem no diálogo sua principal ferramenta e forma de articulação, e, prima pela qualidade da equipe técnica que compõem sua Secretaria Executiva.

Dos posicionamentos extraídos nessa ocasião, foi possível identificar que a atuação dos secretários estaduais de saúde, daria ênfase a quatro eixos: (i) a gestão do SUS e todos os seus mecanismos; (ii) a atenção primária à saúde e as redes de atenção; (iii) as alternativas de gerência para as unidades públicas de saúde; e, (iv) o direito à saúde.



Nessa direção, reavaliou-se o planejamento estratégico do CONASS, promovendo-se uma releitura de sua missão, visão de futuro, valores – estabelecidos em 2011. Os termos ali estabelecidos foram considerados atuais e compatíveis com o momento histórico do SUS.

Da mesma forma, a SE/CONASS solicitou que os assessores técnicos avaliassem os resultados alcançados no ano anterior (explicitados no relatório de gestão 2014/2015) e as perspectivas de atuação, de modo a centrar ações nos 4 eixos identificados. Essa determinação deu fundamento à reedição da Coleção Progestores – Para Entender a Gestão do SUS, cujo lançamento ocorreu em abril/2015 e funcionou como marco teórico ao que foi chamado de “Seminário Para a Construção de Consensus”.



## 4. O SEMINÁRIO PARA A CONSTRUÇÃO DE CONSENSUS

Desde o ano 2003, o CONASS adota a construção de consensos como estratégia para definição de suas prioridades e seu balizamento de atuação em prol dos interesses coletivos da gestão estadual do SUS.

No ano 2015, os eixos e temas a serem debatidos no Seminário para a Construção de Consensos foram aprovados em Assembleia do CONASS, realizada em João Pessoa/PB, no dia 9 de junho de 2015.

O seminário foi realizado nos dias 08 e 09 de julho de 2015, com a participação das Secretarias Estaduais de Saúde - SES, representadas por seus titulares e suas equipes técnicas, que, em face de um conjunto de propostas apresentado pelos assessores técnicos da SE/CONASS, foram analisadas, alteradas, excluídas ou ainda, somadas a novas ideias.



Foi estabelecida metodologia específica, que teve por objetivo realçar o interesse coletivo entre as SES, contudo, com a preservação das ideias divergentes. Também foi objetivo do Seminário para a Construção de Consensos o estabelecimento de diretrizes gerais que serviram para o posicionamento das SES, nas Conferências Estaduais de Saúde, e, posteriormente, na 15ª Conferência Nacional de Saúde.

Os 100 consensos resultantes desse seminário passaram a orientar a agenda técnica e política do CONASS, junto à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e Conselho Nacional de Saúde (CNS), assim como foram agregados ao planejamento operacional da SE/ CONASS.

Para dar consecução às demandas originadas dos Consensos e ao planejamento operacional da SE/CONASS, optou-se pelo debate e definição de estratégias de forma matriciada, em busca da conjugação dos vários saberes e da participação de *experts* em assuntos determinados. Assim foram criados 10 Grupos de Tarefa (GT), constituídos pelos assessores técnicos do CONASS, por *experts* e técnicos especializados das SES, convidados pontualmente. São eles: (i) GT assistência farmacêutica; (ii) GT financiamento; (iii) GT eficiência na gestão; (iv) GT saúde suplementar; (v) GT atenção hospitalar; (vi) GT atenção ambulatorial especializada; (vii) GT Implantação do Decreto 7508/2011 - COAP; (viii) GT revisão da Política Nacional de Atenção Básica; (ix) GT promoção da saúde e; (x) GT regulação.



Diante do exposto buscou-se, neste Relatório, descrever a atuação das assessorias técnicas, dos GT e de suas relações com os parceiros no SUS, no decorrer da gestão 2015/2016, em cada um dos eixos definido como prioritário pelo conjunto de secretários de estado da saúde.

## **4.1. Dos Eixos:**

### **4.1.1. EIXO I - Gestão do SUS**

Após vinte e um anos de promulgação da Lei 8.080/90, denominada de Lei Orgânica da Saúde, foi publicado o Decreto 7.508/11, que a regulamenta em alguns aspectos, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Em 2012, de igual forma, foi regulamentada a Emenda Constitucional 29/00, por meio da Lei Complementar 141/12, para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmen-

te pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelecer os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo.

Essas duas normas, entre outras publicadas no período de 2011 a 2014, têm gerado uma pauta ampla de discussões nos fóruns de gestores do SUS, pois estabelecem dispositivos importantes sobre os temas da organização e da gestão do SUS e seu financiamento tripartite.

Ao longo do processo de implantação do SUS está se comprovando que os gastos com serviços de saúde são crescentes. Como então implantar novos dispositivos de organização e gestão no SUS sem recursos financeiros suficientes que deem suporte para sua execução?

Nesse contexto, o financiamento tem se constituído numa preocupação permanente dos gestores e de todos os envolvidos diretamente com a construção do SUS, pois é competência dos três entes federados – União, estados e municípios.

Os desafios, portanto, estão colocados a todos, na perspectiva da definição das atribuições e competências dos gestores das três esferas de governo, na conformação de um modelo de gestão que tem como ponto de partida uma unidade de princípios, mas que tem que atuar de forma coerente com a diversidade operativa nos territórios onde está localizada a população com suas necessidades de saúde.

Os temas identificados e debatidos pelos secretários no âmbito desse eixo foram: (i) Pacto federativo e a articulação em prol da saúde pública; (ii) Financiamento do setor - regulamentação da Lei Complementar nº. 141/12; Revisão da portaria GM nº. 204/2007; (iii) Organização e planejamento do SUS - dispostos na lei nº. 8.080/90 e no Decreto nº. 7.508/11; (iv) Regulação; (v) participação da sociedade; (vi) gestão do trabalho e da educação na saúde; (viii) O SUS face aos outros sistemas de saúde no mundo; e, (ix) Sistemas de informação e registro eletrônico em saúde.

A seguir o panorama geral das atividades desenvolvidas pelo CONASS em torno dos temas ressaltados nesse eixo:

#### *4.1.1.1. Financiamento*

Os estudos comparados mostram que, embora o Brasil não gaste pouco em saúde, os gastos públicos são insuficientes para dar sustentação a um sistema público - de caráter universal - que seja efetivo e de qualidade. Além disso, apontam que o subfinanciamento do SUS situa-se, hoje, no componente do gasto federal. É, nesse componente, que os gastos deverão ser aumentados em termos reais.

Não obstante reconhecer-se que o cenário é muito desfavorável a um aumento de recursos financeiros federais para o SUS, uma agenda para a saúde pública, vista numa perspectiva política de embate entre atores sociais com interesses e visões diferenciados, deve constituir um ponto do qual não se deve abrir mão.

Por outro lado, o princípio da realidade indica que não há possibilidade de um aumento rápido dos recursos para o SUS em função da situação econômica do País. Ou seja, esse movimento é inviável na conjuntura econômica atual.

Portanto, poderia se pensar numa estratégia de incremento gradual, em alguns anos, a exemplo do proposto na PEC 01/15.





Por decisão de Assembleia conjunta, CONASS e CONASEMS foram a público manifestar adesão a Proposta de Emenda à Constituição n. 01-A/2015, através da publicação de Carta de Apoio, encaminhadas a todos os parlamentares de Congresso Nacional solicitando que votassem a favor da PEC. A Carta foi enviada também a todos os Secretários de Estado da Saúde instando que conclamassem o Governador e Prefeitos a apoiar a PEC n. 01-A/2015 para garantir recursos mínimos para a continuidade do SUS.

## Carta de Apoio a PEC n. 01-A/2015

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Conasems, entidades representativas das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, respectivamente, por decisão em Assembleia conjunta, vem a público manifestar apoio a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) n. 01-A/2015 que altera o art. 198 da Constituição Federal, para dispor sobre o valor mínimo a ser aplicado anualmente pela União em ações e serviços públicos de saúde, de forma escalonada em cinco exercícios: 15%, 16%, 17%, 18% e 18,7% das receitas correntes líquidas, e que busca resgatar o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública – Saúde+10 no anseio em ter um sistema de saúde público e universal, sustentável e adequadamente financiado, com fonte estável e segura, que permita à população viver mais e melhor.

A União, em 1993, foi responsável por 72% dos gastos com ações e serviços públicos de saúde, em 2014 respondeu apenas por 42,52% (R\$ 92,24 bilhões), enquanto estados e municípios responderam por 57,49% (R\$ 114,71 bilhões), apesar de disporem de receitas consideravelmente menores.

A PEC n. 359/2013 – promulgada como Emenda Constitucional n. 86/2015 destina para o orçamento do Ministério da Saúde de 2016 13,2% das receitas correntes líquidas, o que representa menos recursos do que anteriormente exigido pela regra estabelecida na Lei n.141/2012. Para agravar esse cenário o PLOA 2016 aponta para uma redução de 9,68% nos recursos destinados as ações serviços públicos de saúde quando comparado aos valores da dotação atualizada do ano de 2015.

Diante desse quadro de desfinanciamento e que expõe a dificuldade de sobrevivência do SUS, ameaçando a saúde do povo brasileiro, o Conass e o Conasems solicitam aos Parlamentares do Congresso Nacional que votem a favor da PEC n. 01-A/2015 que reivindica valores equivalentes aos 18,7% das RCL escalonado até 2020.

Conclamam-se Governadores, Prefeitos e a Sociedade Brasileira a apoiar a PEC n. 01-A/2015 para garantir recursos mínimos para a continuidade do SUS.

Brasília, 23 de setembro de 2015.

JOÃO GABBARDO DOS REIS (Presidente do CONASS)  
MAURO GUIMARÃES JUNQUEIRA (Presidente do Conasems)

A Revista Consensus do Conselho Nacional de Secretários de Saúde nº 17, de Outubro, Novembro e Dezembro de 2015 também pautou o encontro com gestores estaduais e municipais de saúde, em que parlamentares se comprometeram a lutar, dentro do Congresso Nacional, por financiamento adequado para a saúde pública brasileira. A medida buscou resgatar o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública – Saúde+10 – que em 2013 recolheu dois milhões de assinaturas e apresentou a Câmara dos Deputados proposta de Projeto de Lei de Iniciativa Popular que exigia da União a aplicação de 10% da sua Receita Corrente Bruta (RCB) para a saúde.

REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

**crise**

**Ameaça Oportunidade**

Encontrar alternativas para evitar o colapso do sistema de saúde brasileiro pode ser um belo exercício de inovação, criatividade e coragem, desde que defendam e lutam pelo SUS

**ARTIGOS**

**Cláudio Colucci**  
SUS e futuro do SUS: o desafio

**Carlos Octávio Osk-Beli e Francisco R. Furlan**  
O crescimento do modelo de financiamento do SUS

**PARLAMENTARES SE UNEM AO CONASS E AO CONASEMS NA LUTA POR MAIS RECURSOS PARA O SUS**

**Em encontro com gestores estaduais e municipais de saúde, parlamentares se comprometeram a lutar, dentro do Congresso Nacional, por financiamento adequado para o sistema público brasileiro**

TATIANA ROSA

Procedendo diante da crítica situação de subfinanciamento do SUS, piores índices de saúde pública e crescimento de doenças infecciosas, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde Municipal (CONASEMS) se uniram para defender o SUS. Em uma reunião realizada em Brasília, os dois conselhos se comprometeram a lutar, dentro do Congresso Nacional, por financiamento adequado para o sistema público brasileiro.

Em uma reunião realizada em Brasília, os dois conselhos se comprometeram a lutar, dentro do Congresso Nacional, por financiamento adequado para o sistema público brasileiro.



Parlamentares se comprometem a lutar, dentro do Congresso Nacional, por financiamento adequado para o sistema público brasileiro.



Parlamentares se comprometem a lutar, dentro do Congresso Nacional, por financiamento adequado para o sistema público brasileiro.

31

A referida PEC foi ainda tema da 11ª Assembleia do CONASS, realizada em outubro de 2015, ocasião em que foi apresentada a nota técnica CONASS nº15/2015, detalhando o teor do substitutivo, apresentado pela relatora e aprovado pela Comissão Especial, elevando o piso federal sobre a receita corrente líquida (RCL) de 18,7% - como previsto na proposta original - para 19,4% (escalonado em seis anos). Esse incremento foi uma atualização do percentual de gastos com saúde na RCL para atingir o valor de 10% da receita corrente bruta (RCB), proposto pelo movimento Saúde+10.

A PEC n. 01-A/2015 foi finalmente aprovada pelo Plenário da Câmara dos Deputados no dia 22 de março, em primeiro turno, por 402 votos a 1. A matéria precisa ser aprovada ainda em segundo turno na Câmara dos Deputados antes de ser enviada ao Senado Federal. A votação da proposta foi viabilizada depois de negociações entre o governo e a Frente Parlamentar da Saúde.

A fim de demonstrar a necessidade de aprovação - em segundo turno - da Proposta em pauta, o CONASS dará continuidade a sua gestão junto aos parlamentares, com vistas a assegurar mais recursos da União para a saúde pública.

Outra ação que merece destaque nesse eixo, diz respeito à atuação dos técnicos do CONASS em relação à regulamentação da Lei Complementar no. 141, de 13 de janeiro de 2012 (LC n. 141/2012). Essa LC regulamenta o Art. 198 da Constituição Federal e define em seu Art. 17 que o rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, observará a critérios de distribuição definidos. Nesse sentido, em seu § 1º a referida Lei determina que o Ministério da Saúde defina e publique anualmente os montantes a serem repassados, com base em metodologia pactuada na comissão intergestores tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

Até o momento a metodologia de rateio dos recursos dos recursos da União ainda não foi pactuada entre os gestores do SUS. Em dezembro de 2015 o CONASS promoveu debates acerca do tema, com a presença de especialistas. Também foram realizadas reuniões do Grupo Tarefa de Financiamento e identificadas experiências de alocação de recursos, a fim de subsidiar a elaboração de uma proposta nesse sentido. Merece destaque a exposição da experiência da Catalunha feita pelo Consorci de Salut i Social de Catalunya, em março de 2016, para a equipe técnica do CONASS.

Outro tema que tem demandado ampla discussão é revisão da Portaria nº 204/2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os



serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, assim definidos: (i) Atenção Básica; (ii) Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; (iii) Vigilância em Saúde; (iv) Assistência Farmacêutica; (v) Gestão do SUS; e (vi) Investimentos na Rede de Serviços de Saúde – esse último instituído a partir da redação dada pela Portaria GM/MS nº. 837 de 23/04/2009, acerca da transferência de recursos financeiros, exclusivamente, para as despesas de capital.

A revisão dessa Portaria tem sido pleiteada pela CONASS há anos. Um de seus pontos nevrálgicos é que a transferência de recursos financeiros federais em blocos de financiamento acabou por “engessar” a capacidade de gestão de estados e municípios, uma vez que não propiciam a utilização de forma plena dos recursos a partir da execução orçamentária do receptor dos recursos, com o objetivo de cumprir o previsto nos respectivos planos de saúde.

A mencionada normativa previu que as demais possibilidades de remanejamento de recursos entre os Blocos de Financiamento seriam reguladas em portaria específica. Outro problema que se apresenta, são os eventuais saldos financeiros existentes nas contas dos referidos blocos, que mesmo após a utilização nas ações e serviços previstos em cada bloco, não podem ser utilizados em ações de outros blocos – apesar de necessários para solucionar urgências em saúde.

O tema foi debatido na 5ª Assembleia do CONASS, em 29 de abril de 2015, que definiu pelo envio ao Ministro da Saúde do OFÍCIO CONASS Nº 150, de 11 de maio de 2015, solicitando que a Portaria GM 204/07 fosse revisada, de modo a permitir que eventuais saldos financeiros disponíveis, até dezembro de 2014, nas contas dos Blocos de Financiamento de Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde e Gestão do SUS pudessem ser remanejados entre esses mesmos blocos, e usados com base nas necessidades locais e em ações aprovadas nos respectivos planos de saúde.

Após pactuação na CIT de 23 de julho de 2015, foi publicada a Portaria GM/MS nº 1.073, da mesma data, que dispôs sobre a reprogramação e o remanejamento, no âmbito dos blocos de financiamento de que trata o art. 4º da Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, de saldos financeiros disponíveis até 31 de dezembro de 2014 nos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Foi definido que o Grupo Tarefa de Financiamento deverá construir proposta de revisão da Portaria GM/MS n. 204/2007 para ser submetida à apreciação dos Secretários em Assembleia do CONASS.

#### *4.1.1.2. Implementação do Decreto n. 7508/2011 x COAP x Governança Regional*

Além do financiamento, o binômio: gestão e planejamento foram temas muito discutidos ao longo do ano de 2015. O processo de planejamento implica em aspectos importantes da gestão, quais sejam: a organização do SUS, a articulação interfederativa no sentido da governança e o COAP – Contrato Organizativo de Ação Pública. Na organização do SUS, respeitando a legislação citada, estão em lugar de destaque: as regiões, as redes de atenção à saúde e a garantia de acesso como requisitos na busca da integralidade da atenção.

Em relação à implantação do Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP foi decidido em assembleia do CONASS, em julho de 2014, que essa discussão deveria estar vinculada à



decisão de metodologia do rateio dos recursos aos estados e municípios, o que significa discutir financiamento, modelo de gestão e modelo de atenção à saúde, entre outros temas contidos nas novas normativas do SUS a partir de 2011, ou seja, o Decreto 7.508 e a LC 141/12 e o Decreto 7.827/12.

Quanto ao processo de planejamento, são importantes os instrumentos: plano de saúde; programação anual e relatório de gestão, bem como o planejamento regional integrado, com coordenação estadual; baseado nas necessidades apontadas nos planos municipais de saúde, que deve ocorrer dentro da pactuação entre os entes, monitorado e avaliado pela Comissão Intergestores Regional.

Ser gestor implica em compartilhar um projeto que exige competência política, capacidade técnica e sustentabilidade, como ator social envolvido no interesse coletivo e na mediação dos diversos interesses individuais, sendo a redução das iniquidades um desafio a ser perseguido.

Nesse contexto, a viabilização da agenda política dos governos, especialmente no campo social, tem exigido, de forma crescente, a legitimação de novas alternativas jurídico-institucionais para a atuação governamental na oferta de benefícios estatais diretos à população, sobretudo em áreas sensíveis como educação e saúde.

No campo da saúde pública, a consagração da saúde como um direito do cidadão e dever do estado, a ser assegurado por meio de ações integradas e complementares do Poder Público, em suas três esferas e pela sociedade civil organizada, por meio de um Sistema Único de Saúde, impôs a concepção de um modelo organizativo e de funcionamento às estruturas estatais, que se notabiliza pelos seus colegiados decisórios interfederativos; pelas instâncias e mecanismos de participação e controle social e pela adoção de novas alternativas de atuação estatal, no provimento de serviços de saúde à população, seja de forma direta, seja por meio de modelos de parceria com o setor privado.

Os gestores do SUS são, com certeza, grandes protagonistas, no País, do debate e do esforço de construir um modelo de gestão pública democrática, voltada ao controle de resultados, capaz de responder, adequadamente, à complexidade das demandas sociais e de desenvolvimento do país.

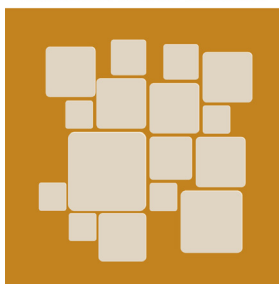
Em abril de 2015 foram disponibilizados para os gestores do SUS, como parte da coleção de livros elaborados pela equipe técnica do CONASS, “Para entender a gestão do SUS”, dois livros sobre os temas em pauta: A gestão do SUS e Alternativas de gerência de unidades públicas de saúde.



A GESTÃO DO SUS



ALTERNATIVAS DE GERÊNCIA DE UNIDADES PÚBLICAS DE SAÚDE



Em julho de 2015, refletindo sobre os desafios que estão postos para a gestão em saúde, o Seminário para Construção de Consensos, realizado pelo CONASS em julho de 2015 definiu para este tema da implantação do Decreto 7.508/11 algumas propostas. Duas delas se referem à avaliação e implantação do COAP nas regiões de saúde:

- Propor a constituição de grupo de trabalho tripartite, específico, para que, em até 90 dias de sua implantação, apresente avaliação e proposta acerca da implantação do COAP.
- Rever as normativas referentes à implantação do COAP, de forma a adequar seus aspectos organizacionais, responsabilidades executivas e sanitárias, à realidade do financiamento disponível, com foco na implantação das redes de atenção à saúde, observadas as realidades locais.

Outras três propostas do Seminário de Consensos do CONASS se referem diretamente à organização dos serviços na região de saúde e os fóruns de participação dos gestores do SUS nas relações interfederativas:

- Promover o planejamento regional considerando as peculiaridades locais e as necessidades em saúde, a fim de implantar as RAS – Redes de Atenção à Saúde, a partir do fortalecimento da Atenção Primária em Saúde e tendo como objetivo principal a integralidade do cuidado.
- Implementar mecanismos de fortalecimento da gestão regional e macrorregional representada pelas Comissões Intergestores Regionais e Estadual, a partir da construção das Redes de Atenção à Saúde, de forma participativa e responsável.
- Garantir apoio técnico efetivo às CIB e CIR, no que diz respeito à formulação de políticas regionais de saúde, a exemplo da instituição de Câmaras Técnicas, quando necessário.

Visando a operacionalização dessas propostas, na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do mês de novembro de 2015 o CONASS propôs a constituição de um Grupo de Trabalho específico, que em até 90 dias apresentasse avaliação e proposta acerca da implantação do COAP e a revisão das suas normativas, de forma a adequar seus aspectos organizacionais, executivos e sanitários à realidade do financiamento disponível, com foco na implantação das Redes de Atenção à Saúde, observadas as realidades locais.

Em janeiro de 2016 o GT se reuniu com o objetivo de analisar as dificuldades para a implantação do COAP e a organização de uma agenda de reuniões. Na ocasião o CONASS pontuou como principais dificuldades: (i) dificuldade da SES para assumir o papel de coordenação do processo; (ii) pouca integração das estruturas do MS na condução do processo; (iii) pouca ênfase no processo de planejamento regional, que tem sido realizado de forma burocrática, como uma das etapas do processo, quando deveria ser o ponto de partida da discussão no estado; (iv) falta de um sistema de informação para a PGASS; (v) hipertrofia do papel do COAP e sua amplitude; (vi) falta de garantia de recursos financeiros para implantação das Redes de Atenção à Saúde em todas as regiões de saúde do Brasil, pactuados nas instancias de discussão tripartite, observando a disponibilidade orçamentária e os planos de ação regional pactua-

dos nas CIR e CIB; (vii) Financiamento insuficiente, disperso e inadequado para implantação dos sistemas regionais - planejamento dissociado do financiamento; (viii) Indefinição de uma metodologia para o processo de financiamento e alocação de recursos, observada os princípios e diretrizes do SUS, o que tem gerado insegurança nos gestores para assumir as responsabilidades no COAP; (ix) baixa participação dos profissionais que trabalham nas unidades de saúde no processo de planejamento – dificuldade na mudança dos processos de trabalho e pouco impacto no atendimento ao usuário.

Ainda no mês de janeiro de 2016 o CONASS participou de uma Oficina para proposição de ações visando o aprimoramento da governança no SUS, com o Ministério da Saúde, Conasems e Tribunal de Contas da União. Na ocasião foram debatidos os seguintes temas: definição do diagnóstico sobre as necessidades de saúde, elaborado a partir do Mapa da Saúde, como referência prioritária para as emendas parlamentares relativas a recursos vinculados à saúde; reavaliação do modelo do COAP, a fim de propor medidas legais que possam estabelecer sanções para a União e os Estados no caso de inadimplemento de responsabilidades assumidas; aperfeiçoamento da orientação a municípios e estados sobre o processo de regionalização, assim como organização do apoio técnico e financeiro à regionalização e à implementação do COAP de modo estável e contínuo; estruturação de processos de gestão de riscos na implementação do COAP nas regiões de saúde.

Com o intuito de oferecer às secretarias estaduais de saúde um apoio técnico mais efetivo na área da gestão, visando contemplar as propostas contidas no Relatório do Seminário de Consensos, a Secretaria Técnica do CONASS está organizando um Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS que servirá de referencial a partir de 2016, para as demandas das secretarias estaduais de saúde nos aspectos da organização administrativa, do processo de planejamento e orçamento e financeiro.



## GUIA DE ACESSO A INFORMAÇÕES PARA A GESTÃO DO SUS

[Portal CONASS](#) [Início](#) [Indicadores](#) [Estados](#) [Fontes de Informação](#) [Contato](#)

### INDICADORES

I - Determinantes da Saúde

II - Situação de Saúde da População

III - Estrutura e Produção de Serviços de Saúde no SUS

IV - Indicadores universais do Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores - 2013 / 2015 (COAP)

V - Financiamento do SUS

### FONTES DE INFORMAÇÃO

O Guia de Acesso a Informações para a Gestão do SUS é um ambiente virtual desenvolvido e disponibilizado pelo CONASS aos gestores do SUS, equipes técnicas e profissionais de saúde visando facilitar o acesso a um conjunto de informações para subsidiar a tomada de decisão e as atividades de planejamento, definição de prioridades, alocação de recursos e avaliação das ações desenvolvidas.

Serão apresentadas algumas das principais fontes e aplicativos de maior utilidade para a gestão, desenvolvidos pelo Ministério da Saúde e outras instituições governamentais / acadêmicas, bem como alguns indicadores selecionados. Estes indicadores serão apresentados através de gráficos ou tabelas, com as séries históricas ou dados mais recentes disponíveis, para cada estado, direcionando ainda o acesso às respectivas fontes, onde dados mais detalhados poderão ser obtidos. O Guia apresenta notas técnicas com informações gerais sobre estes indicadores e contará ainda com um alerta sempre que o ambiente for atualizado.





Quem Somos  
Presidentes  
Secretários Estaduais  
Cadastro de Currículo  
Endereços  
Notícias  
CONASS Informa  
Notas Técnicas  
Comunicação

### BIBLIOTECA

Coleção para entender a gestão do SUS 2015  
Revista Consensus  
CONASS Documenta  
Coleção para entender a gestão do SUS 2011  
Outras Publicações

### CONASS DEBATE

**Seminários**  
Que saúde você vê?  
A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde  
Caminhos da Saúde no Brasil  
Saúde: para onde vai a nova classe média

**Publicações**  
Notícias  
Imprensa  
Textos  
Apresentações  
Fotos  
Vídeos  
Contato

#### 4.1.1.3. Regulação

A regulação assistencial e sua operacionalização é fundamental para a implementação das Redes de Atenção à Saúde - RAS, para a otimização da utilização dos recursos assistenciais disponíveis, otimização dos custos sanitários e promoção da equidade assistencial.

Os estágios de operacionalização do processo regulatório assistencial nos estados são diversos, impactando negativamente na implantação das RAS. Além disso, as atividades desenvolvidas pela regulação assistencial não garantem a função ordenadora da APS, implicando em utilização desnecessária e/ou não acesso aos recursos assistenciais disponíveis.

Ao mesmo tempo, o atraso nas definições da operacionalização das RAS (planejamento, financiamento, contratualização, governança) também tem comprometido o processo de regulação assistencial e ampliado a judicialização na saúde.

Durante o período que compreende esse Relatório de Gestão, diversas atividades acerca desse tema foram desenvolvidas pelo CONASS, como a realização de Oficina sobre Regulação Assistencial e Sistemas de Informação, realizada nos dias 20 e 21/05/2014 com diversos representantes das áreas de Atenção à Saúde / Regulação e de Sistemas de Informação, Tecnologia da Informação (TI) em saúde de secretarias estaduais (AM, BA, PE, MG, MT, SP, RJ, PR e SC), a fim de promover a Oficina sobre Regulação Assistencial e Sistemas de Informação, cujo objetivo foi o de aportar contribuições para a tomada de decisão dos gestores estaduais quanto à inserção do tema Regulação e Sistemas de Informação na agenda de prioridades e no encaminhamento de propostas à CIT.

A partir dos dispositivos legais existentes e das experiências estaduais dos estados participantes, os presentes construíram análise situacional (potencialidades/avanços, fragilidades e desafios) e propostas de encaminhamento, contemplando os seguintes aspectos:

- Em relação à Regulação Assistencial: modelo de regulação (organização, regionalização e governança), contratualização, monitoramento, avaliação e financiamento da regulação;
- Em relação aos Sistemas de informação: consideração sobre os sistemas hoje em teste/execução, que tenham interface com a Regulação, nos aspectos relacionados à sua funcionalidade, performance, integração com os demais sistemas de informação e articulação com a regulação assistencial.

Os resultados da Oficina Regulação Assistencial e Sistemas de Informação estão detalhados na Nota Técnica 04/2015 do CONASS<sup>4</sup>, sendo encaminhada a necessidade de incluir o tema na agenda de prioridades da CIT e a criação de Grupo de Trabalho específico para acompanhamento e aprofundamento das proposições.

Em outubro de 2015, o CONASS participou de Oficina promovida pelo Ministério da Saúde para discussão da Política Nacional de Regulação, negociou a inserção do tema nas discussões tripartite sobre Atenção Ambulatorial Especializada e tem levado de forma sistemática ao

---

4 – Disponível em: [http://www.conass.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4295:nt-n-0415--regulacao-assistencial-e-os-sistemas-de-informacao-oficina-do-CONASS&catid=5:-notas-tecnicas&Itemid=16](http://www.conass.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4295:nt-n-0415--regulacao-assistencial-e-os-sistemas-de-informacao-oficina-do-CONASS&catid=5:-notas-tecnicas&Itemid=16)

Subgrupo de Informação e Informática do GT de Gestão da CIT a necessidade de adequação dos sistemas de informação de interesse para a área de regulação, como (dentre outros) o SISREG.

Em Janeiro de 2016 foram iniciadas as atividades do Grupo Tarefa instituído internamente, com o objetivo de elaborar uma proposta de apoio aos estados para a gestão da área de regulação. Deverão ser concebidos pelo GT os seguintes produtos:

- Proposta de oficina com gestores estaduais visando nivelamento conceitual sobre regulação no SUS;
- Metodologia de apoio às Secretarias estaduais na área de Regulação no SUS.
- Documentos técnicos sobre:
  1. Conceituação geral de regulação no SUS, o papel de atenção primária como ordenadora de rede de atenção, diretrizes clínicas orientando o acesso aos serviços de saúde e mecanismos de governança de redes;
  2. Contratos de Gestão (contratualização de serviços de saúde);
  3. Regulação Assistencial abordando aspectos estruturais e protocolos administrativos;
  4. Transporte Sanitário, com conteúdos de orientação para os gestores estaduais.

#### 4.1.1.4. Participação da Sociedade

As Conferências de Saúde propiciam momentos privilegiados para mobilização e estabelecimento de diálogos com a sociedade sobre o direito à saúde, a defesa do SUS e o fortalecimento da participação e do controle social. Destaca-se a participação do CONASS na 15ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2015, e no seu processo de organização. Foram mais de 4.700 Conferências Municipais, 27 Conferências Estaduais, 6 Plenárias Populares de Saúde (1 nacional e 5 regionais) e dezenas de Conferências Livres, com a participação direta de aproximadamente 985 mil pessoas. Na etapa nacional participaram 2.947 delegados, 773 convidados e 84 participantes por credenciamento livre.





Além destes também participaram os membros da relatoria e diversos comitês de apoio, totalizando mais de 4 mil participantes credenciados. As Plenárias Populares de Saúde, as Conferências Livres e a participação por credenciamento livre proporcionaram ampliar a participação e incluir segmentos da população que sempre tiveram dificuldades em participar deste processo. A alteração do cálculo de representação possibilitou a ampliação da participação de estados de menor população, sem diminuir a participação dos estados de maior população. A definição de critérios para convidados priorizou a participação de entidades e movimentos que tem dificuldades em participar de Conferências e Conselhos de Saúde.

O limite de 1 diretriz e 5 propostas por eixo, para cada relatório estadual, tornou o relatório final mais racional. Além de um número mais razoável de diretrizes e propostas, no relatório final elas foram elencadas e priorizadas por número de votos. Por fim, e não menos importante, aprovou-se o regulamento em um processo anterior a etapa nacional, evitando assim um longo, desgastante e desnecessário debate no início da Conferência, e um melhor aproveitamento do tempo.

Esta Conferência tem uma etapa posterior de monitoramento, quando as diretrizes e propostas serão acompanhadas em sua implementação. Compete ao Conselho Nacional de Saúde organizar e regulamentar a etapa de monitoramento da 15ª CNS. O CONASS participa do CNS com um membro titular e dois suplentes e, em 2015, na Mesa Diretora do CNS. O segmento dos gestores do CNS indicou o representante do CONASS para a Secretaria Geral da 15ª CNS, indicação esta acatada por consenso no pleno do Conselho.

No ano de 2015 as entidades e movimentos sociais continuaram sua luta em defesa do SUS e por um financiamento adequado para o Sistema. Destaca-se aqui, dentre outras, a participação do Conselho na organização e realização da Marcha em Defesa do SUS, realizada em Brasília no dia 1/12/2015, onde mais de 10 mil pessoas estiveram reunidas. Este ato integra o movimento saúde+10, com a participação do CONASS, da CNBB, do CNS, da OAB e do CONASEMS.

Também foi debatido nesse período o tema “Universalidade da Atenção à Saúde” no Congresso da ALAMES, realizado em El Salvador. A partir de então um conjunto de ações foram protagonizadas com o objetivo de organizar um evento Latino Americano com este tema. O resultado deste trabalho foi a realização, em Brasília, no final de dezembro, do I Encontro Latino Americano de Entidades e Movimentos Populares: Pelo Direito Universal à Saúde. Organizado pelo CNS e pela ALAMES, com a participação de gestores, professores, trabalhadores da saúde e lideranças comunitárias, representando 12 países da América Latina e Caribe.

#### *4.1.1.5. Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde*

Ao longo das últimas décadas, ocorreu forte mudança no mercado de trabalho da área de saúde, especialmente aquele sob o comando público, impulsionada pela descentralização dos serviços de saúde, que passaram a ter centralidade nos municípios.

O mercado de trabalho na área de saúde passou de menos de 400 mil empregos, em 1970, para mais de 2,5 milhões, em 2005, quando o setor público assumiu a hegemonia de empregos e as esferas públicas, notadamente os municípios e os estados, configuraram-se como

os maiores empregadores do setor no país. Isso exige cada vez mais estruturas modernas e capazes de gerir estabelecimentos, leitos e profissionais que compõem o SUS.

Aliada a esta expansão numérica, a organização do trabalho na saúde nos dias atuais está ancorada em modelo tecnológico, com base na intelectualização, cujas principais referências são o conhecimento técnico e a qualificação profissional e novas competências são requeridas dos trabalhadores e dos gestores. Isso implica redefinir as formas de recrutar, selecionar, treinar e manter os profissionais em suas respectivas atividades, impondo a criação de instrumentos gerenciais essenciais a essa nova abordagem de gestão de recursos humanos, incidindo, principalmente, na incorporação e na remuneração da força de trabalho, com requerimentos crescentes de especialização dos trabalhadores.

É importante destacar dois aspectos fundamentais para a Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: (i) a definição pela Constituição Federal de 1988, artigo 200, de que compete ao Sistema Único de Saúde ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde (papel este que deve ser exercido de forma plena, com o objetivo de formar profissionais com o perfil voltado às necessidades do SUS); e (ii) as dificuldades para o adequado provimento e a fixação de profissionais, em especial de médicos no SUS.

Existem no Brasil profundas dificuldades de interiorização dos profissionais de acordo com as diretrizes de organização dos serviços e com as necessidades de saúde da população. As áreas geográficas designadas como áreas carentes ou desassistidas de profissionais de saúde devem ser alvos de políticas governamentais federais específicas para o enfrentamento do problema.

Alguns desses temas tem sido objeto de debate na Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM, cuja plenária é composta pelas seguintes representações, além do CONASS: Ministérios da Educação e da Saúde, CONASEMS, FENAM – Federação Nacional dos Médicos, ANMR – Associação Nacional dos Médicos Residentes. As reuniões são mensais e a participação do CONASS e do CONASEMS, tem sido mencionada pela Comissão como altamente positiva em razão do enriquecimento da discussão sobre os temas que ali são tratados.

Em janeiro de 2016, foi produzida a Nota Técnica no. 02/16, que enfocou, sobretudo, o problema do reajuste das bolsas dos médicos-residentes, promovida unilateralmente pelo governo federal, e a necessidade de se garantir a eles a moradia, conforme dispõe a legislação vigente.

Os temas que demandaram discussão ao longo desse período foram, dentre outros:

- Criação das Câmaras Técnicas Temáticas (CTT), sendo a da atenção básica a mais atuante, que vem discutindo a Residência em Medicina de Família e Comunidade (conteúdos e competências);
- Diretrizes para o fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade;
- Duração de 03 anos para a Residência em Pediatria (11 serviços em vários estados estão testando essa duração desde 2014 e farão uma avaliação em 2016).
- Resolução nº 2, de 27 de agosto de 2015, que trata do processo seletivo para os Programas de Residência Médica e adéqua a legislação da CNRM à Lei 12.871 de 2013;
- Bonificação para os médicos residentes que fizerem o PROVAB;

- Oficialização da Comissão Mista de Especialidades e primeira reunião em 20/10/2015. O CFM vinha aprovando novas especialidades ou áreas de atuação sem discutir com o MEC ou o MS e espera-se que a Comissão seja um fórum de gestão além das entidades médicas.

#### *4.1.1.6. Relações Internacionais: O SUS face aos outros sistemas de saúde no mundo*

Em 2015, o CONASS manteve sua política de promover parcerias internacionais visando à realização de intercâmbios de conhecimento com sistemas de saúde de outros países, de modo a conhecer seus fundamentos, as estratégias de organização dos serviços de saúde, suas estratégias, resultados alcançados e desafios a superar. Os objetivos de tal ação são os de Socializar e debater os êxitos alcançados pelo Sistema Único de Saúde e aprender com experiências exitosas e inovadoras alcançadas além das nossas fronteiras.



Em mais um dia em missão oficial no Québec, o secretário de Estado da Saúde Goiás, Leonardo Vilela e o assessor para Relações Internacionais do CONASS, Fernando Cupertino, encontram-se com o Primeiro-Ministro do Québec, Philippe Couillard.

Num momento em que a Organização Mundial de Saúde insiste com a noção de “cobertura universal”, em lugar de sistemas públicos universais, a aliança estratégica com países que, como o Brasil, defende e busca aperfeiçoar o funcionamento de seus sistemas universais de saúde apresenta-se como relevante e fundamental. Assim, as cooperações já existentes com o Ministério da Saúde e dos Serviços Sociais do Québec (Canadá); com a Conferência lusofrônica da saúde (COLUFRAS); com o Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa; com a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), da qual o CONASS é Observador Consultivo e com a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) revestem-se de uma importância capital para o fortalecimento do SUS e para a atuação do próprio CONASS na sua missão de apoiar os gestores estaduais em sua tarefa quotidiana, sugerindo caminhos, mostrando experiências, suscitando debates.

Mais recentemente, o CONASS foi procurado pela representação diplomática do Reino da Dinamarca, cujo Ministério da Saúde mostrou interesse em conhecer o sistema de saúde brasileiro e o papel exercido pelo CONASS, propondo a celebração de um acordo de cooperação técnica entre as duas instituições. Uma primeira missão de estudos foi realizada por técnicos dinamarqueses ao Brasil, em novembro de 2015, quando passaram um dia inteiro em reuniões com a equipe técnica do CONASS, para a apresentação dos respectivos sistemas de saúde e



a identificação de temas de interesse comum. Em seguida, em março de 2016, uma missão de estudos para representantes do Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS foi realizada em Copenhague para o aprofundamento dos temas levantados e para o conhecimento in loco de como funciona o sistema de saúde dinamarquês.



Como decorrência do processo de intercâmbio de cooperação entre o CONASS e os organismos já mencionados, várias foram as participações do CONASS em seminários, congressos, reuniões de trabalho, no Brasil e no exterior. Outro resultado desse trabalho é a produção de publicações pelo CONASS, tanto em suas revistas, quanto em seu *síteweb* e em sua linha editorial LEIASS (Linha editorial internacional de apoio aos sistemas de saúde), que em breve publicará seu segundo volume (**Compreender os sistemas de saúde para uma melhor gestão**, do pesquisador canadense Reynald Pineault). Além disso, é cada vez maior a produção científica dos técnicos do CONASS, muitos já com mestrado e doutorado concluídos, publicada em periódicos nacionais e estrangeiros.

#### *4.1.1.7. Sistemas de Informação e Registro Eletrônico em Saúde*

O uso da tecnologia da informação (TI) tem se mostrado cada vez mais indispensável nos processos de trabalho e na gestão do Sistema Único de Saúde. Esta situação se traduz, especialmente, na utilização dos sistemas de informação para a análise de situação de saúde, regulação do acesso aos serviços, monitoramento e avaliação da gestão. Neste sentido é fundamental a adequada gestão e alimentação dos sistemas de informação em saúde e o desenvolvimento de sistema de Registro Eletrônico em Saúde – RES.

Um modelo efetivo e de qualidade de cuidados primários exige, segundo Mendes (2012), “sistemas de informações clínicos bem estruturados, com base em prontuários clínicos, utilizados isoladamente, ou como parte de um Registro Eletrônico em Saúde”. Os sistemas de informação clínica são essenciais tanto na Atenção Primária à Saúde - APS (que demanda sistemas informatizados para classificação de risco das pessoas em situação de urgência e prontuários clínicos familiares eletrônicos, essenciais aos cuidados de portadores de condições crônicas), como nos demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), para a continuidade do cuidado, uma vez que “a introdução de tecnologias de informação viabiliza a implantação da gestão da clínica nas organizações de saúde e reduz os custos pela eliminação de retrabalhos e de redundâncias no sistema de atenção à saúde”.

Apesar de boas experiências em alguns municípios ainda não foi disponibilizada solução nacional adequada para a instituição do RES. Ferramentas recentemente disponibilizadas, como o “e-SUS Atenção Básica”, “e-SUS Hospitalar” e “e-SUS SAMU” contribuem no sentido de propiciar, por exemplo, que prontuários clínicos ou a regulação dos serviços de urgência e emergência passem a ser alimentados em meio eletrônico. Pecam, porém, por estarem restritos à utilização no âmbito de um determinado serviço (não possibilitando o acesso a dados clínicos em outros pontos de atenção) e por não serem ainda interoperáveis, entre si ou com outros sistemas de informação.

Questão também relevante é a tendência a centralizar as bases dados no Ministério da Saúde, gerando aplicações “on-line” que funcionam no ambiente “WWW”. Apesar de convergir com a evolução tecnológica, este processo vem sendo realizado sem a correta avaliação do volume de acessos simultâneos, bem como da infraestrutura necessária, tanto interna ao DATASUS quanto de telecomunicações existentes nos estados e em especial em boa parte dos municípios. Como consequência deste processo se observa dificuldade crescente de acesso da gestão estadual aos bancos de dados referentes à população de seu território de sistemas de informação cujas bases estão centralizadas na gestão federal. Outra consequência grave é a instabilidade na alimentação da maioria destes sistemas, que também tem se agravado nos meses recentes.

Chama ainda a atenção à existência de uma contínua demanda das áreas técnicas do Ministério da Saúde por novos sistemas de informação, muitas vezes com detalhamento excessivo de variáveis, nem sempre necessárias para a gestão. Agrava-se assim a fragmentação das informações, cabendo também ressaltar que até o momento não foi disponibilizada solução confiável para a integração e / ou interoperabilidade dos diversos sistemas já existentes.

A falta de resposta nacional às necessidades estaduais e municipais relacionadas à questão da informação em saúde tem motivado demanda cada vez maior nas SES para o desenvolvimento de sistemas próprios. Como a maior parte das secretarias não dispõem de suficientes equipes de TI com qualificação para este desenvolvimento, gera-se a necessidade de sua aquisição / contratação junto a terceiros. Mesmo nesta hipótese, porém, é fundamental dispor de servidores qualificados em TI para a incorporação destes sistemas, o que inclui acompanhar e fiscalizar seu desenvolvimento, manutenção e operação.

Durante o período que compreende esse relatório, a equipe do CONASS, com o suporte técnico dos representantes das SES na Câmara Técnica de Informação e Informática em Saúde (CTIIS), atuou na discussão das principais questões relacionadas à área e em especial na intermediação das demandas oriundas de problemas observados nos diversos sistemas de informação.

Dentre os temas que foram objeto de discussão tripartite, podemos destacar:

- Articulação para a publicação da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde, pactuada em 2013, rediscutida em 2014 e finalmente instituída em 2015 (Portaria GM/MS 589, de 20 de maio de 2015);
- Tratativas com vistas à implementação das diretrizes pactuadas na Política Nacional de Informação e Informática, com destaque para a necessidade de se dar mais agili-

dade à discussão da proposta de “e-Saúde” para o Brasil e solução para a implantação de Registro Eletrônico em Saúde (RES) - participação em oficina promovida no mês de outubro, pela SAS/DRAC para discussão de Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde– CMD;

- Discussão do processo de homologação tripartite, conforme orientação da Resolução Nº 6 / 3013, dos seguintes sistemas de informação:

- Homologado:

- Aplicativo da Estratégia e-SUS AB / Sistema de Informações em Saúde da Atenção Básica – SISAB (versões 2.0 PEC e CDS – homologadas sob o compromisso do DAB / MS de adequação em curto prazo dos relatórios disponibilizados para a gestão estadual – o que não ocorreu até o momento);

- Grupo tripartite indicado:

- Nova versão do Cadastro de Usuários do SUS – CADSUS “Stand Alone” (sem continuidade);

- Sistema de Registro da Atenção aos Casos de Microcefalia – SIRAM (testes a iniciar a partir de abril de 2016);

- Nova versão do CADSUS Web (versão 6.0) e cadastro de operadores do CADSUS Web (testes a iniciar a partir de abril de 2016);

- Sem consenso tripartite para início do processo de homologação:

- Módulo “parto e nascimento” do Sis prenatal;

- SISLOGLAB

- Sem consenso tripartite para elaboração das regras de negócio:

- Sistema de Gestão Integrada de Vigilância Entomológica e Controle Vetorial. (nova versão do Sistema de Informações do Programa Nacional de Controle da Dengue - SI-PNCD).

- Discussão dos problemas recorrentes relacionados à alimentação, integração e acesso às bases de dados de diversos sistemas de informação, como o SISREG, SISCAN, SINAN “on-line”, Sis prenatal SI-PNCD (dentre outros).

- Discussão do novo fluxo e regras do CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Portaria nº 1.646, de 2 de outubro de 2015); participação no Comitê Consultivo Permanente do CNES, que entre outras atividades discute a revisão das informações necessárias para cadastramento e promove testes no aplicativo utilizado para este fim.

- Discussão do Sistema Nacional de Controle de Medicamentos, com vistas à implementação da rastreabilidade dos medicamentos (sem continuidade devido a processo em andamento de revisão da legislação e regulamentação pela ANVISA).

- Revisão da Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS – Regulamentação, regras para envio através do Webservice e definição da composição do conjunto de dados e eventos referentes aos medicamentos

e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e Programa Farmácia Popular do Brasil (pactuado na CIT de março de 2016).

Ainda nessa área de atuação, vale destacar a realização de Oficina sobre Sistemas de Informação e Análise de Situação de Saúde - no âmbito das oficinas de planificação da APS - para a região do Xingu, no município de Altamira, promovida pela SES PA.

#### 4.1.2. EIXO II - Atenção Primária a Saúde e as Redes de Atenção a Saúde

Desde a definição de consensos do ano 2003, os secretários estaduais de saúde elegeram a Atenção Primária à Saúde (APS), como prioridade, entendendo-a como eixo fundamental para a mudança do modelo de atenção e para a efetiva implantação das redes de atenção à saúde.

Isto porque, evidências demonstram que sistemas de saúde que estruturaram seus modelos com base em uma APS forte, resolutiva e coordenadora do cuidado do usuário, apresentam resultados sanitários melhores que aqueles em que a APS é desestruturada, e, portanto frágil.

Nesse sentido, o CONASS vem exercendo papel importante na discussão e implantação das Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde, desde sua concepção teórica, conceitual e difusão da proposta, considerados e respeitados todo esforço despendido e os avanços alcançados nos últimos 26 anos.

Por ser de responsabilidade dos estados: fortalecer a APS, assessorar os municípios na organização e na educação permanente de suas equipes, definir fontes de financiamento, monitorar e avaliar sua execução e os indicadores a ela relacionados, o seminário de consensos, em 2015, definiu, em linhas gerais, que cabe à gestão estadual o estabelecimento das macro-funções de formulação da política da APS, de seu planejamento, co-financiamento, formação, capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, cooperação técnica e avaliação, no âmbito dos territórios regional e estadual.

Ao encontro desse eixo de atuação, o CONASS elaborou uma proposta denominada “Planificação da APS nos Estados”, com processo de “Tutoria dos Macro e Microprocessos” da APS nas Unidades de Atenção Primária, no intuito de apoiar efetivamente as Secretarias Estaduais de Saúde (SES).

A seguir, as principais ações desenvolvidas no período de abril de 2015 a março de 2016, ao encontro desse eixo:

##### 4.1.2.1. Implementação do processo de Planificação da APS nos Estados

A Planificação da APS vem sendo aplicada em várias SES para o conjunto dos servidores estaduais e foi testada no município de Tauá, localizado no estado do Ceará, por meio de um Laboratório de Inovação, desenvolvido pelo CONASS em parceria com a SES, Secretaria Municipal da Saúde e com a Escola de Saúde Pública do Ceará, que transformou as oficinas em um Curso de Especialização, para os profissionais de nível superior e de Aperfeiçoamento para os demais, incluindo todos os servidores da APS do Município.

O modelo utilizado nessa proposta é o teórico conceitual da construção social da Atenção Primária e do Modelo de Atenção às Condições Crônicas - MACC, adaptado por Mendes para

o SUS, a partir dos modelos de Determinantes Sociais da Saúde de Dahlgren e Whitehead (1991), dos Cuidados Crônicos de Wagner (1998) e da Pirâmide de Risco da Kaiser Permanente - de Bengoa, Porter e Kellogg (2008).

Durante o período de abrangência deste relatório, as seguintes atividades foram desenvolvidas/coordenadas pela equipe técnica do CONASS:

#### **4.1.2.1.1. Laboratório Tauá/CE**

- Realização de Oficinas da Planificação da APS para 100% (530 profissionais) dos trabalhadores da atenção primária do município - Módulos (abordagem familiar e prontuário familiar; sistemas de informação em saúde e análise da situação de saúde; sistema de apoio diagnóstico, sistema de apoio logístico, monitoramento e avaliação; a contratualização das equipes da APS).
- Realização de oficinas de tutoria para implantação dos macro e microprocessos da APS na unidade laboratório do município;
- Expansão da tutoria para as 18 unidades de APS do município;
- Realização de curso de classificação de risco, ministrado pelo grupo brasileiro de classificação de risco, para 100% dos médicos e enfermeiros do município;
- Capacitação dos agentes comunitários de saúde, enfermeiros e médicos da APS do município no cartão da criança e desenvolvimento da primeira infância;
- Capacitação para 100% dos médicos e enfermeiros da APS do município em Pré-natal;
- Realização de três oficinas de planejamento estratégico para o nível central da Secretaria Municipal de Saúde do município;
- Reuniões com o grupo gestor do laboratório para avaliação e monitoramento do projeto;
- Realização de Seminário com os profissionais da APS e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) sobre a implantação do Modelo de Crônicas na Policlínica do município e a integração entre a APS e a AAE;
- Reunião com a UNIFOR sobre a pesquisa avaliativa dos efeitos da planificação da APS no município;
- Treinamento dos facilitadores do CONASS na implantação dos macro e microprocessos da APS, na Unidade Laboratório;
- Participação na qualificação e na defesa dos projetos de intervenção/planos de ação dos profissionais da APS;
- Realização de Oficina sobre painel de bordo;
- Realização de Oficina sobre cuidado contínuo e autocuidado apoiado.
- Participação na agenda de expansão e seguimento do laboratório de Planificação da APS no município de Tauá/CE.
- Implantação do Programa Gestão da Qualidade – Selo da Qualidade no município de Tauá.



- Monitoramento da Tecnologia Leve para as condições crônicas. A atenção contínua e auto cuidado apoiado.
- Territorialização dos ACS e ACE – integração da APS com a Vigilância.



#### 4.1.2.1.2. Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas

- Oficina de “territorialização em saúde”;
- Oficina de “vigilância em saúde”;
- Oficina do “processo de trabalho em saúde”;
- Oficina “a organização da atenção à saúde na unidade básica de saúde”.

#### 4.1.2.1.3. Secretaria de Estado da Saúde do Ceará

- Reunião com a nova Superintendência da Escola de Saúde Pública do Ceará, para tratar da parceria na Planificação da APS de Tauá;
- Reuniões com os técnicos da SES, para o desenvolvimento de um Projeto de Diabetes, em parceria com a OPAS e a World Diabetes Foundation - WDF;
- Reunião com o coordenador de políticas de saúde e com a consultora da SES, para apresentação da proposta de expansão da planificação da APS no estado;
- Participação nas oficinas para facilitadores e para profissionais da saúde da região de Tauá/CE, relativas ao projeto de expansão da Planificação da APS – “Qualifica-APSUS Ceará”.



#### **4.1.2.1.4. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás**

- Reunião preparatória com o corpo dirigente da SES/GO para implantação da Planificação da APS no estado;
- Reunião com grupo condutor da planificação da APS;
- Participação nos lançamentos do projeto “Mais Saúde para Goiás” em 100% das macrorregionais de saúde do estado.
- Realização da Oficina mãe – Rede de Atenção à Saúde no SUS para os técnicos da SES, Cosems e convidados.
- Identificação dos facilitadores do estado que reproduzirão as oficinas nas regionais de saúde.
- Realização de 3 oficinas da Planificação da APS, para os facilitadores do estado.

#### **4.1.2.1.5. Secretaria de Estado da saúde do Maranhão**

- Oficina “mãe de redes de atenção à saúde” para os servidores do núcleo central da SES;
- Oficina “mãe de redes de atenção à saúde” para a região de Caxias/MA;
- Reuniões com o grupo condutor da Planificação da APS, para elaboração do planejamento, cronograma e previsão de custos;
- Oficina de “redes de atenção á saúde” para os profissionais da região de Caxias;
- Oficina de “atenção primária à saúde” para os facilitadores e profissionais da saúde da região de Caxias;
- Oficina de “territorialização” para os facilitadores e para os profissionais da APS da região de Caxias.
- Oficina de “vigilância em saúde” para os facilitadores da planificação da APS da região de saúde de Caxias.
- Reunião para apresentação da proposta das oficinas de tutoria;
- Primeira oficina de tutoria no polo de Caxias e Coelho Neto

#### **4.1.2.1.6. Secretaria de Estado do Para**

- Reunião com o novo Secretário Estadual da Saúde, para apresentar a proposta da Planificação da APS.
- Oficina para facilitadores da região de saúde de Xingu (“sistemas de informação e análise da situação de saúde”)

#### **4.1.2.1.7. Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul**

- Reunião para planejamento da planificação da APS na região de Santa Maria;
- Reuniões com o grupo condutor da planificação da APS, para elaboração de cronograma e atividades das oficinas;
- Oficinas para facilitadores e profissionais da saúde – “redes de atenção à saúde”, “atenção primária à saúde” e “territorialização e vigilância em saúde”;

- Oficinas de tutoria para organização dos macro e microprocessos da APS.

#### **4.1.2.1.8. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**

- Realização de reuniões e oficinas preparatórias para a Planificação da APS e Organização do Ambulatório Médico Especializado (AME) da região do Vale do Jurumirim com equipe da SES e Coordenação Gerencial de Projetos - CGP do BID/SP, prefeitos, secretários municipais e articuladores da APS da secretaria;
- Lançamento do projeto com assinatura do protocolo de intenções para operacionalização do processo na região do Vale do Jurumirim, envolvendo 17 municípios da região, com participação do corpo dirigente da SES, prefeitos da região e secretários municipais de saúde;
- Realização da Oficina mãe sobre Rede de Atenção à Saúde no SUS para os técnicos da SES/SP e dos municípios envolvidos e convidados da região;
- Realização de oficinas da Planificação da APS para os articuladores da APS (93 técnicos) da SES/SP;
- Realização de 4 Oficinas de Rede para 1500 trabalhadores da APS dos 17 municípios da região, sediadas nas cidades de Avaré, Cerqueira Cesar, Piraju e Taquarituba;
- Reunião com equipe da SES/SP sobre a operacionalização da Planificação da Atenção Primária à Saúde na região do Vale do Jurumirim;
- Realização de oficinas de tutoria para implantação dos macro e microprocessos da APS, nos polos de Avaré, Piraju, Cerqueira Cesar e Taquarituba.



#### **4.1.2.2. Atenção Especializada**

O debate em torno da organização da atenção especializada ocupou-se, até recentemente, da discussão em torno da atenção hospitalar, a qual detém parte considerável dos estudos e da literatura disponível. A atenção ambulatorial especializada - AAE, por sua vez, não teve o mesmo tratamento por parte dos formuladores das políticas de saúde, resultando até então na ausência de uma política nacional específica para a área, tendo como consequência a desarticulação e a fragmentação das ações, agravada pela modalidade de acesso baseado na oferta de procedimentos ditos de media complexidade. Tal situação é hoje reconhecida pelos gestores e usuários do SUS como um dos principais “nós críticos” na constituição das redes de atenção.



Ciente disso, o CONASS, a partir de 2015, vem intensificando os estudos acerca do tema, além de aprofundar o debate em torno das experiências exitosas de organização da AAE, tendo a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, em particular nos estados que estão desenvolvendo o processo de planificação da APS, com a cooperação do CONASS.

Nesse sentido, ao longo do ano, promoveu espaços e fóruns de discussões para a elaboração de propostas para a AAE, por meio de encontros específicos sobre o tema com os gestores estaduais e equipes técnicas das secretarias estaduais de saúde.

Diversas experiências de integração da APS e AAE desenvolvidas pelos estados e municípios, em diversas regiões do país, e de acordo com as realidades locais, veem sendo acompanhadas pelo CONASS. As estratégias identificadas de modelagem da AAE integrada à APS passaram a integrar, em 2015, a proposta de planificação da atenção primária à saúde, desenvolvidas em vários estados, com a cooperação do CONASS.

Como parte da discussão dessa temática, foram definidas cinco propostas no Seminário de Consensos, que orientam a instituição de uma política para AAE nas RAS: (i) adoção do Modelo de Atenção às Condições Crônicas como referencial teórico; (ii) utilização de diretrizes clínicas baseadas em evidências para orientar as intervenções na AAE; (iii) regulação das condições crônicas não agudizadas para a AAE, utilizando como ferramentas a estratificação de riscos, a integração de agendas e os protocolos de acesso; (iv) mudança na forma de financiamento, adotando o financiamento global e de incentivos de desempenho; e, (v) estímulo à pesquisas acadêmicas e em serviços sobre a AAE.

Em 06 de agosto de 2015 o CONASS organizou o 5º seminário CONASS Debate dedicado ao tema Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada abordando, entre outros aspectos, experiências exitosas e estratégias de organização da Atenção Ambulatorial no Brasil, na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde. A proposta apresentada de instituição de um novo modelo organizativo da AAE em redes ou modelo PASA (Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial), se sustenta em dois pilares fundamentais: (i) a coordenação do cuidado entre a AAE e a APS e; e (ii) a construção da AAE como ponto de atenção secundária ambulatorial de uma rede coordenada pela APS, no modelo de atenção às condições crônicas, com mudança no sistema de financiamento por volume de procedimentos por contratos de gestão que definam uma carteira de serviços a ser realizada. Vale destacar que a CONSENSUS n. 16, revista do CONASS, dedicou-se a esta temática.



Além disso, o CONASS participou das oficinas promovidas pelo Ministério da Saúde para a discussão do Programa Mais Especialidades, onde estiveram presentes representantes das secretarias estaduais de saúde que avançaram no modelo de organização da AAE, como Amazonas - Experiência Regional do Alto Solimões/AM, Ceará – Consórcios Públicos, Maringá/PR – Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), Pernambuco - OSS, São Paulo – AME e CROSS e Santo Antônio do Monte/MG – Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).



Também foi instituído o Grupo Tarefa (GT) específico para discutir o tema e formular propostas para inserção da AAE nas redes a partir da APS. Como parte das atividades do grupo, foram promovidos encontros e trocas de experiências entre os estados; visitas a estados para conhecer a situação da organização da AAE e da regulação assistencial; assim como os modelos de gestão dos ambulatórios por OSS, Consórcios e Fundações.

Ainda como parte do trabalho do GT, um questionário foi elaborado e dirigido para a gestão estadual, com a finalidade de levantar a situação sobre a organização da AAE hoje existente nos estados, cujo resultado e análise irá subsidiar a proposta de apoio às SES nessa temática a partir de 2016.

No âmbito da Atenção Hospitalar, vale destacar que parte da agenda do seminário de consensos de 2015 foi dedicada a construção de consensos acerca da operacionalização da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), instituída em 2013, da inserção dos Hospitais de Pequeno Porte (HPP) na rede, e da contratualização dos hospitais, dentre outros.

Em julho de 2015, o Ministério da Saúde divulgou o relatório final sobre a pesquisa censitária realizada para conhecer a situação dos Hospitais de Pequeno Porte (HPP) iniciada em 2013/ 2014 e concluída nesse ano. Contudo, a despeito dos resultados de avaliação dos HPP, as discussões sobre esse tema não prosperaram no fórum tripartite, como parte das prioridades da Comissão Intergestores Tripartite e esse assunto permaneceu sem evolução até o momento.

Como parte dos eixos da PNHOSP - e objeto de portaria específica - o tema contratualização manteve-se na agenda de prioridades do CONASS, sendo estimulada a discussão nas reuniões com as secretarias estaduais de saúde, a exemplo da inclusão do tema na pauta das duas reuniões da Câmara Técnica de Atenção do CONASS, realizadas no ano de 2015.

Por fim, vale destacar que, com foco na implementação das propostas aprovadas no seminário de consensos, o Grupo Tarefa da Atenção Hospitalar, instituído internamente pelo

CONASS em dezembro de 2015, está elaborando metodologia de apoio técnico as secretarias estaduais, nos temas: Contratualização, Modelos de Gestão e financiamento dos hospitais.

#### *4.1.2.3. Vigilância em Saúde*

A Vigilância em Saúde – VS - envolve áreas fundamentais para a saúde de todos os brasileiros, abrangendo ações como a produção de análises da situação de saúde da população, que subsidiam o planejamento, estabelecimento de prioridades, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública; a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública; a vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e violências; a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde; a vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse a saúde.

Diversas atividades e programas de VS desenvolvidos pelo SUS são reconhecidos internacionalmente. É evidente, porém a dificuldade encontrada em superar a fragmentação de suas ações e em especial o afastamento dos serviços assistenciais, inclusive da atenção primária, das atividades cotidianas de prevenção, promoção e proteção da saúde. Esta situação é evidenciada, por exemplo, pela diminuição da homogeneidade das coberturas em relação ao recomendado para a maior parte das vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança e pelos baixos percentuais de cobertura dos testes para detecção de HIV e sífilis durante o pré-natal e parto.

Cabe também destacar os desafios provenientes das questões ambientais, (como mudanças climáticas e catástrofes naturais), da transição demográfica (com o envelhecimento da população) e do processo de globalização, com aumento do fluxo de pessoas e produtos entre os diversos países e no território nacional, o que demanda ampliar e dar maior agilidade à capacidade de resposta a eventos de diferentes naturezas.

Como exemplo do que pode ocorrer quando essa área é negligenciada, podemos citar o retorno de doenças já controladas (como o sarampo) e a introdução de novos agentes infecciosos, como o vírus causador da febre de Chikungunya e o Zikavírus.

Questões preocupantes levantadas no 1º Seminário para Construção de Consensos do CONASS, realizado em Sergipe em julho de 2013, permanecem ou até mesmo se agravaram, como:

- Insuficiente estrutura tecnológica e de recursos humanos em muitos municípios para o desenvolvimento das ações e baixa capacidade das Secretarias Estaduais de Saúde para desenvolver sua função de acompanhamento e cooperação técnica junto aos mesmos.
- Baixa integração entre as diversas áreas técnicas das “vigilâncias” entre si e com os demais setores da Secretaria Estadual de Saúde, reproduzindo estruturas centrais fragmentadas e verticalizadas, dificultando a articulação de ações para o cumprimento de metas e atividades de acompanhamento e avaliação.
- Deficiência qualitativa e quantitativa de recursos humanos, com especial carência de profissionais adequados às especificidades regionais. Esta situação se agrava com o

progressivo aumento da aposentadoria de profissionais da área, antes de ter a oportunidade de transmitir sua experiência, conhecimentos e práticas aos novos quadros.

A equipe da Secretaria Executiva do CONASS tem participado ativamente - com o suporte técnico dos representantes das SES nas câmaras técnicas de Epidemiologia, Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador - na discussão tripartite dos principais temas relacionados à área, dentre eles:

- Situação da implantação do Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações - SI-PNI.
- Minuta de Portaria que Estabelece diretrizes, procedimentos, fluxos e competências para obtenção do Laudo de Avaliação do Potencial Malarígeno (LAPM) e do Atestado de Condição Sanitária (ATCS) de empreendimentos sujeitos ao licenciamento ambiental em áreas de risco ou endêmica para malária (revisão da Portaria SVS/MS nº 01, de 13 de janeiro de 2014).
- Avaliação dos resultados dos resultados do ano de 2014 do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) / revisão dos indicadores a serem utilizados em 2016 (publicados na Portaria GM / MS nº 2.082, de 17 de dezembro de 2015).
- Discussão de minuta de Portaria que define os parâmetros para monitoramento da regularidade na alimentação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), para fins de manutenção do repasse de recursos do Componente de Vigilância em Saúde, do Bloco de Vigilância em Saúde (Revisão da Portaria SVS/MS 201/2010).
- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para profilaxia antirretroviral pós-exposição de risco para infecção pelo HIV (PEP).
- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites; situação epidemiológica da Sífilis e Sífilis Congênita; situação do Abastecimento de penicilinas benzatina e cristalina.
- Distribuição de kits para diagnóstico laboratorial das hepatites virais.
- Plano Setorial da Saúde para Mitigação e Adaptação às Mudanças do Clima.
- Plano de Eliminação do *Plasmodium Falciparum*.
- Discussão e pactuação da regulamentação da Assistência Financeira Complementar da União – AFC - para o Piso Salarial Profissional Nacional dos Agentes de Combate às Endemias - ACE, do Incentivo Financeiro para fortalecimento de políticas afetas à atuação dos ACE e dos parâmetros para definição do quantitativo máximo de agentes por município para fins de recebimento da AFC (Portarias GM / MS 1025, de 21 de julho de 2015 e 1.243, de 20 de agosto de 2015). Os parâmetros para definição do quantitativo de ACE por município foram revisados no início de 2016 (Portaria GM / MS 535, de 30 de março de 2016).
- Plano de Enfrentamento das Microcefalias / Arboviroses (Dengue, Zika e Chikungunya) / controle do mosquito *Aedes aegypti*, suas consequências e desdobramentos: imple-



mentação da estratégia de ação rápida para o fortalecimento de atenção à saúde e da Proteção social das crianças com microcefalia e a articulação dos serviços de atenção à saúde com os serviços de assistência social para o acompanhamento das crianças com microcefalia (Portaria Interministerial MS/MDS nº 405, de 15/03/2016).

- Revisão da Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional (publicada através da Portaria GM / MS 204, de 17 de fevereiro de 2016).
- Minuta de Portaria que institui o incentivo financeiro destinado aos Estados, Distrito Federal e Municípios para fortalecimento das ações de vigilância sanitária relacionadas aos Jogos Olímpicos e Paraolímpicos - Rio 2016, na forma do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde – ANVISA.
- Minuta de Portaria que autoriza o repasse financeiro aos estados e municípios afetados pelo rompimento/colapso de barragem de mineração, com o derramamento de rejeitos na Bacia do Rio Doce, para a implementação de ações contingenciais de vigilância sanitária – ANVISA.

No que diz respeito ao enfrentamento das arboviroses, vale registrar a efetiva participação de técnicos da Secretaria Executiva do CONASS na reunião dos secretários estaduais de saúde da Região Nordeste, realizada em 20 de novembro de 2015 em Salvador, em razão da preocupante evolução das doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti* no país - aumento significativo de casos de Dengue em 2015; introdução no território brasileiro em 2014 e 2015 dos vírus Chikungunya e Zika, com concentração na Região Nordeste do País; aumento das complicações neurológicas associadas, como a Síndrome de Guillain Barré e a Situação de Emergência em Saúde Pública devido ao aumento da ocorrência de microcefalias no Brasil.

Na reunião foi encaminhado documento, conclamando maior envolvimento do Estado Brasileiro no enfrentamento desta emergência nacional, com a integração das 3 esferas de governo e participação efetiva da sociedade civil na instituição de plano de ação nacional para enfrentamento das arboviroses e de suas complicações, contemplando ações integradas e intersetoriais de controle do vetor:

- Vigilância e organização da linha de cuidado para atenção qualificada aos casos suspeitos;
- Estímulo e apoio financeiro às instituições científicas para o desenvolvimento sustentado de pesquisas, estudos e novos métodos e tecnologias para controle do vetor e enfrentamento das complicações associadas às arboviroses;
- Responsabilização efetiva e oportuna dos diversos setores governamentais envolvidos além da Saúde (como Meio Ambiente, Infraestrutura, Desenvolvimento Urbano, Fazenda, Educação, Comunicação, Assistência Social e Forças Armadas, dentre outras).

Foi destacada também a necessidade imperiosa de novos recursos e investimentos para o enfrentamento deste grave problema.

Ainda em relação às arboviroses, o CONASS promoveu em sua Assembleia de fevereiro de 2016 o debate “Dengue, zika e chikungunya: da teoria à prática: propostas de enfrentamento”, quando foram discutidas as ações de controle vetorial destas arboviroses, tema que tem causado maior preocupação das autoridades sanitárias do Brasil e do mundo especialmente a partir de outubro de 2015, após a suspeita da ligação do vírus da Zika com a microcefalia e também com a síndrome de Guillain-Barré. Maiores detalhes das discussões realizadas no evento foram publicados na revista CONSENSUS (ano VI, número 18).<sup>5</sup>



A continuidade deste debate ocorreu na Assembleia de março de 2016, com destaque para as alternativas ao controle químico para controle vetorial, com a participação de representantes do Grupo de Saúde e Meio Ambiente da Abrasco, e a apresentação da experiência exitosa do Município de Pedra Branca – CE.

Outra importante frente de atuação do CONASS no tema relacionado à vigilância à saúde tem sido a implementação de estratégias que visam à integração das ações de vigilância na atenção primária à saúde. Nesse sentido, destaca-se a inclusão do módulo de vigilância em saúde nas Oficinas de Planificação da APS, desenvolvidas pelo CONASS. Busca-se, por meio desse módulo discutir a importância da compatibilização dos territórios de atuação das equipes de Vigilância em Saúde e da Atenção Primária à Saúde, com planejamento, programação, monitoramento e avaliação integrados das ações individuais e coletivas. Neste sentido devem ser reestruturados os processos de trabalho, com a instituição, por exemplo, de linhas de cuidado que contemplem vigilância, promoção e assistência à saúde.

No período que compreende esse Relatório de Gestão, essas oficinas foram realizadas nos estados do Amazonas (julho de 2015), Rio Grande do Sul (fevereiro de 2016) e Maranhão (março de 2016).

No que diz respeito à Vigilância Sanitária, em uma construção tripartite, o tema foi destaque nesse período com a mobilização dos profissionais da área e da sociedade visando o fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), em busca da melhoria da efetividade e de sua contribuição no desenvolvimento sanitário e socioeconômico do país. Isso se deu através do ciclo de debates “Desafios e tendências no campo da Vigilância Sanitária de produtos e serviços: qual a vigilância sanitária que a sociedade precisa?”. O ciclo foi composto por um Seminário Internacional, que antecipou os cinco fóruns regionais e o Fórum Nacional.

---

5 – Disponível em: [www.conass.org.br/consensus](http://www.conass.org.br/consensus)

**Os eixos temáticos escolhidos para a discussão foram: Coordenação Federativa das Ações de Vigilância Sanitária; O trabalhador e o trabalho de Visa; Vigilância sanitária e regulação no mundo contemporâneo; A Visa e suas relações.**

O CONASS participa como membro titular do Conselho Consultivo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), composto por representantes da União, dos Estados, dos Municípios, do Distrito Federal, dos produtores, dos comerciantes, da comunidade científica e da sociedade civil organizada. Os temas discutidos nessa instância foram: Contrato de Gestão 2014/15 e Relatório de Atividades 2014; Vigilância Sanitária: a segurança do paciente e a qualidade da prestação de serviços de saúde nas Regiões de Saúde (GGTES); Plano de Trabalho e Indicadores de Desempenho; Plano de Comunicação e Informação da Anvisa; Coordenação da Rede de Laboratórios (RNLVISA e REBLAS), sua importância para o SNVS, Impacto da Lei 13.097/2015 nas áreas de registro da Anvisa;

O CONASS participa também do Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP), instância colegiada, de caráter consultivo, instituída pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente PNSP, com a finalidade de promover ações que visem à melhoria da segurança do cuidado em saúde. No período de abrangência deste relatório, o referido Comitê, Composto por 21 instituições, sob a coordenação da Anvisa, promoveu três reuniões, nas quais os temas discutidos foram: Notificações de eventos adversos relacionados ao cuidado no ano de 2014 e 2015; Currículo mínimo de segurança do paciente nas graduações; Resultados da 1ª turma de Especialização em Qualidade e Segurança do Paciente da Fiocruz e o andamento da 2ª turma; Resultado final do estudo “A segurança do paciente à luz dos direitos humanos: um estudo da atuação das autoridades sanitárias brasileiras”; Regulação no âmbito de descontinuação de medicamentos e a Ferramenta utilizada para o levantamento de informações referente ao desabastecimento/ descontinuidade de medicamentos; Protocolos de uso seguro de medicamentos; Grupo de Trabalho sobre o uso racional de medicamentos em pediatria; A utilização de cores para aumentar a segurança do paciente: “confusão ou melhoria”; Sistema de monitoramento do PNSP da Ebserh; Primeira Edição do Prêmio ANS de Segurança do Paciente.

Dando continuidade a capacitação da equipe do CONASS sobre o tema Segurança do Paciente, alguns técnicos participaram do 1º Fórum Latino Americano de Qualidade e Segurança na Saúde: Em busca da sustentabilidade, organizado pelo Hospital Israelita Albert Einstein em parceria com o Institute for Healthcare Improvement – IHI. O Fórum foi focado no tema qualidade e segurança no atendimento à saúde que são questões fundamentais e precisam ser endereçadas para dar suporte à sustentabilidade nesse setor. que incluem também os fatores financeiro, ambientais, sociais e éticos.

O CONASS participa também como especialista no Grupo de Assessoria da 3ª edição do Curso de Especialização em Gestão da Vigilância Sanitária (CGVISA3) realizado pela Anvisa/ MS e Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês – IEP/HSL. A finalidade do grupo é definir a programação das Unidades Educacionais que estão delineadas a seguir: I: Identificando e analisando situações de risco à saúde no território; II: Desenvolvendo o trabalho da visa nas redes de atenção; III: Desenvolvendo ações educacionais no contexto da Visa.

Outra atividade realizada em 2015 pela assessoria técnica do CONASS foi a atualização sintética do livro “Vigilância em Saúde parte 1 e 2” - que tem por objetivo, apontar as principais discussões da vigilância em saúde, no âmbito do SUS, a partir de 2011 – que faz parte da Coleção para Entender a Gestão do SUS 2011.

#### *4.1.2.4. Assistência Farmacêutica*

A assistência farmacêutica é assunto recorrente na pauta dos gestores do SUS. Em 2004, foi realizado pelo CONASS seminário para construção de consenso sobre o tema – Assistência Farmacêutica: Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional. O enfoque dado a esse grupo de medicamentos deu-se à época frente a um cenário de grandes dificuldades relacionadas ao seu gerenciamento, demandas, em grande parte, superadas com a criação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; da Conitec; da Rename; do Decreto n. 7.508/2011; e da atualização permanente dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Contudo, problemas de natureza distinta e novas necessidades vêm se apresentando como desafios atuais para gestores e profissionais que atuam na assistência farmacêutica. Alguns, de caráter mais amplo, estão relacionados ao mercado, à crescente inovação tecnológica, e à judicialização. Outros, mais operacionais, estão relacionados a problemas de abastecimento, estrutura física, organização dos serviços e incorporação da AF no novo modelo de atenção à saúde em implantação no SUS, concebido em Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Nesse contexto, deve-se enfrentar o desafio de discutir o papel da AF no atual estágio de desenvolvimento do SUS e sua inserção nas RAS, o que demanda a necessidade de incorporar novas ações e atividades, que extrapolem aquelas relacionadas ao ciclo logístico, ainda priorizado. Uma delas está relacionada à inserção da assistência farmacêutica no cuidado integral ao paciente, com desenvolvimento de ações de farmácia clínica que possibilitem o acompanhamento do uso e dos resultados obtidos com a farmacoterapia instituída. Esta atuação possibilitará responder, de forma integrada e organizada, às demandas de saúde com ênfase nas doenças crônicas.

Tal atuação envolve esforços concentrados de todas as instâncias gestoras, pois se trata de uma mudança de paradigma, um desafio que não é de enfrentamento fácil e rápido, mas que deve ser incorporado às atividades da assistência farmacêutica.

Com o propósito de prestar apoio às SES nesse processo, foi instituído no CONASS Grupo Tarefa de Assistência Farmacêutica. Uma proposta de atuação nesse sentido está sendo elaborada por esse GT.

A seguir, os principais temas tratados pelo CONASS no período correspondente a este relatório, relacionados à assistência farmacêutica:

- Financiamento dos medicamentos Paricalcitol e Cinacalcete: A incorporação desses medicamentos no SUS foi recomendada pela Conitec em relatório 176/2015, e a efetiva incorporação no SUS ocorreu a partir da assinatura e publicação da Portaria SCTIE n. 48, de 29 de setembro de 2015 pelo secretário da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE). Considerando o estabelecido no Decreto n° 7.508, de 28 de junho de 2011, que determina o prazo de 180 dias para disponibilizar no SUS



as tecnologias incorporadas, no mês de março de 2016 se encerraria o prazo para oferta à população destes medicamentos. Porém, o referido prazo não foi cumprido por falta de pactuação na CIT da instância que financiará esses medicamentos, tendo em vista que o Ministério da Saúde defende que os mesmos sejam incluídos no Grupo 2 do CEAF, com financiamento e aquisição sob responsabilidade das SES, enquanto o CONASS, considerando as características dos medicamentos, afirma e reivindica a inclusão do Cinacalcete no Grupo 1A e do Paricalcitol no Grupo 1B, com responsabilidades estabelecidas na Portaria GM/MS 1554, de 2013. Essa falta de entendimento levou o CONASS a solicitar a inclusão na pauta da reunião da SCTIE a discussão sobre a necessidade de incluir mais uma etapa no fluxo de incorporação de tecnologias no SUS atualmente adotado, com base na Lei 12.401/2011 que estabelece, no Artigo 19-U que “A responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos de interesse para a saúde ou procedimentos de que trata este Capítulo será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite.”.

- Tratamento da Hepatite C: O CONASS tem feito gestões junto ao DAF/MS acerca do envio dos medicamentos antivirais Simeprevir, Sofosbuvir e Daclastavir para tratamento da Hepatite C, em resposta aos relatos das SES de que os tratamentos enviados não contemplam as necessidades para atender os pacientes que se enquadram nos critérios do PCDT.
- Discussão do fluxo de incorporação de tecnologia no SUS: Atendendo-se ao previsto no artigo 19U da Lei 8080/90, que estabelece a necessidade de pactuação tripartite acerca da responsabilidade pelo financiamento das incorporações, entendendo-se que esta pactuação deve anteceder a publicação da portaria de incorporação, sob a responsabilidade da SCTIE/MS.
- Retomada da discussão sobre os medicamentos oncológicos com o MS: Ainda que os secretários já tenham se manifestado em diversas ocasiões sobre necessidade de equacionar as demandas judiciais para fornecimento de medicamentos oncológicos, dado seu impacto financeiro elevado, nenhuma proposta mais efetiva foi concretizada. Para além das questões judiciais, faz-se necessário uma ampla discussão da política atualmente adotada no SUS para essa área. Nesse sentido, o CONASS vem trabalhando na elaboração de uma proposta a ser apresentada e submetida oportunamente à assembleia deste Conselho.
- Desabastecimento das penicilinas benzatina e cristalina no mercado nacional: O desabastecimento das penicilinas vem sendo relatado desde 2014 sem que se apresente uma solução para o problema, que teria origem em distintos fatores: disponibilidade de matéria prima (Insumo Farmacêutico Ativo - IFA) no mercado mundial, capacidade instalada de fabricação insuficiente para atender a demanda nacional, entrada em vigor de nova legislação sanitária relacionada a necessidade de autorização de registro de IFA, mercado de insumos concentrados na China e Índia com plantas que não atendem as exigências sanitárias da Anvisa, preços de matérias primas praticados no Brasil em descompasso com preços internacionais, entre outros. Na reunião do GT de C&T uma avaliação da situação atual junto ao Ministério da Saúde foi demanda ao Ministério da Saúde pelo CONASS.

#### 4.1.2.5. Inovação e Incorporação Tecnológica no SUS

As atividades ligadas à área de Ciência & Tecnologia, que abarcam as dimensões da inovação e da incorporação tecnológica no SUS têm a participação do CONASS na interlocução com o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT), da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE), e com a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC).

Várias são as ações desenvolvidas com a presença da representação do CONASS, tais como na preparação para a apresentação dos projetos de pesquisa para o SUS (PPSUS) pelos Estados; no julgamento dos trabalhos inscritos ao Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS; no Comitê de Avaliação do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS); na Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS); nas reuniões do Grupo Técnico de Ciência e Tecnologia, quando convocado pelo Ministério da Saúde e, finalmente, nas reuniões mensais da CONITEC, realizadas no período, nas quais foram avaliadas solicitações de incorporação de distintas tecnologias, entre elas, medicamentos, testes diagnósticos e procedimentos.

#### 4.1.3. EIXO III - Alternativas de Gerência de Unidades Públicas de Saúde

No campo da saúde pública, a consagração da saúde como um direito do cidadão e dever do estado, a ser assegurado por meio de ações integradas e complementares do Poder Público, em suas três esferas e pela sociedade civil organizada, por meio de um Sistema Único de Saúde, impôs a concepção de um modelo organizativo e de funcionamento às estruturas estatais, que se notabiliza pelos seus colegiados decisórios interfederativos; pelas instâncias e mecanismos de participação e controle social e pela adoção de novas alternativas de atuação estatal, no provimento de serviços de saúde à população, seja de forma direta, seja por meio de modelos de parceria com o setor privado.

Os gestores do SUS são, com certeza, grandes protagonistas, no País, do debate e do esforço de construir um modelo de gestão pública democrática, voltada ao controle de resultados, capaz de responder, adequadamente, à complexidade das demandas sociais e de desenvolvimento do país.

Atualmente, os modelos de gerência de atuação direta e indireta existentes no ordenamento jurídico-administrativo nacional estão referenciados nas disposições do Decreto-Lei n. 200, de 1967. Tanto esse Decreto-Lei conhecido como a “Lei orgânica da Administração Pública”, quanto a Lei Federal n. 4.320, de 1964, conhecida como a “Lei de Finanças” – principais marcos regulatórios da Administração Pública Brasileira – remontam à década de 60, quando o País vivenciava a experiência da ditadura militar.

Em pese os avanços alcançados pelas sucessivas reformas administrativas intentadas na Administração Pública Brasileira, ainda vigora, na burocracia nacional, um modelo de organização e funcionamento autocentrado, baseado no controle de meios, e ancorado por um ordenamento jurídico obsoleto, caracterizado por lacunas, sobreposições e desalinho aos novos paradigmas e valores constitucionais e mundiais.

Além de fragmentado, o conjunto das leis e normas que rege, atualmente, o Setor Público é inadequado à realidade nacional, sendo que, muitas das legislações, inclusive, algumas mais recentes, foram construídas sob o espírito da desconfiança na discricionariedade do administrador público, dentro do paradigma do controle do ato, do processo e não do resultado esperado.

A viabilização da agenda política dos governos, especialmente no campo social, tem exigido, de forma crescente, a legitimação de novas alternativas jurídico-institucionais para a atuação governamental na oferta de benefícios estatais diretos à população, sobretudo em áreas sensíveis como educação e saúde.

É preciso evoluir para um modelo de Administração Pública capaz de efetivar os ideais nacionais de bem-estar e desenvolvimento, na forma cristalizada pela Constituição Federal de 1988, tendo como premissa básica a prioridade dos resultados para a sociedade.

A seguir, os principais temas tratados pelo CONASS relacionados a esse eixo de atuação:

#### *4.1.3.1. Arcabouço jurídico-legal para as alternativas de gerência de Unidades públicas de saúde*

Um painel acerca das alternativas de gerência de unidades públicas de saúde foi apresentado no Seminário do CONASS: A Gestão Estadual do SUS, realizado em abril de 2015. Na ocasião um amplo debate sobre as alternativas de gerência de unidades pública de saúde foi realizado, sendo apresentada ainda a experiência do estado de São Paulo de gerenciamento de unidades públicas de saúde por Organizações Sociais.



Além disso, uma publicação elaborada pelo CONASS, no âmbito da Coleção “Para Entender a Gestão do SUS 2015”, foi disponibilizada tanto em meio físico como eletrônico, apresentando os modelos de gerência da Administração Pública Brasileira, a Lei n.13.019/2014 e o levantamento feito nos estados sobre os modelos de gerência de unidades públicas de saúde.

#### *4.1.3.2. Marco Regulatório do Terceiro Setor*

Na Assembleia de Agosto/2015 houve apresentação, análise e deliberação por pactuação da portaria sobre a Participação Complementar da Iniciativa Privada na Execução de Ações e Serviços de Saúde e credenciamento de prestadores no SUS.

Nessa mesma Assembleia houve a apresentação do conteúdo da Lei n.13.019/2014 (Marco Regulatório do Terceiro Setor) e o entendimento da Assembleia, foi pela atuação da SE/CONASS pela exclusão da setorial Saúde do conteúdo da lei, dada a sua inaplicabilidade às especificidades das relações entre o SUS e o setor filantrópico e a já existente regulação sobre o assunto<sup>6</sup>.

Várias reuniões foram feitas pela assessoria técnica do CONASS, junto à Câmara dos Deputados e Comissão Mista designada para a apreciação da Medida Provisória 684/2015 (que tratou do assunto) <sup>7</sup>, até que na Assembleia de Dezembro/2015, foi informado à Assembleia do CONASS, que toda a atuação complementar da saúde havia sido excluída da aplicação da lei, conforme se vê em sua redação atual.

#### 4.1.3.3. Revisão da Lei n 8666/93

Ao considerar que a Lei n. 8.666/1993 estabelece normas gerais sobre licitações e contratos administrativos pertinentes a obras, serviços, inclusive de publicidade, compras, alienações e locações no âmbito dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e que a ela estão subordinados os gestores estaduais do SUS, os debates indicaram dificuldade na celeridade e qualidade da execução de despesas – requeridas pela setorial saúde.

No sentido de buscar eficiência e eficácia às compras e contratos o consenso do CONASS sobre a Lei n. 8.666/1993, indicou: “Promover modificações na Lei n. 8.666/93 de forma a se adequar aos aspectos referentes à área da saúde, entre os quais, os valores financeiros de cada modalidade de licitação, e a necessária agilidade à execução de despesas por meio de um regime diferenciado de contratações públicas”.

Para promover estudos acerca do assunto, analisar projetos de lei em trâmite e habilitar profissionais técnicos das secretarias estaduais de saúde e procuradorias para colaborar na atuação do CONASS, houve a formação de grupo de trabalho específico para essa tarefa que deverá formular documento técnico capaz de subsidiar os gestores estaduais em sua atuação junto ao Congresso Nacional.

#### 4.1.3.4. Revisão da Lei de Responsabilidade Fiscal – n .101/2000

Para além das compras e contratos, outra proposição que requer alteração legislativa, diz da Lei Complementar n. 101/2000, denominada Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Essa lei impõe que despesas de pessoal não podem ultrapassar 49% da receita corrente líquida (RCL) do estado e 54% da RCL do município e aplica penalidades severas, em caso de descumprimento.

Desde 2004, a partir de evento realizado pelo CONASS (Seminário “Recursos Humanos: um desafio do tamanho do SUS”) houve a conclusão, por parte da gestão estadual do SUS, de que a LRF funciona como fator limitador para a regularização do trabalho na saúde.

---

6 – Presença do Deputado Federal Antônio Brito, Presidente da Comissão de Seguridade Social, na Assembleia do CONASS, para tratar do assunto.

7 – A Medida Provisória 684/2015 alterada para Projeto de Lei de Conversão 21/2015, foi relatada pelo Deputado Eduardo Barbosa e revisada pela Senadora Gleise Hoffman. O Deputado Eduardo Barbosa compareceu à Assembleia do CONASS para informar os secretários (as) estaduais de saúde sobre a alteração de conteúdo da MROSC. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/Lei/L13204.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13204.htm)

A partir da proposta de que “os Gestores Estaduais de Saúde devem envidar esforços para a regulamentação de um dispositivo de excepcionalidade para a educação e a saúde no cômputo dos limites estipulados pela LRF para despesas com pessoal, enquanto não houver a reforma tributária”, a Se/CONASS entendeu pela imediata formação de grupo de trabalho, que efetive estudos e formule documento técnico a ser apresentado à Assembleia, de modo a subsidiar os gestores estaduais em sua atuação posterior junto ao Congresso Nacional.

#### 4.1.4. EIXO IV – Direito à Saúde

##### 4.1.4.1. *Direitos Constitucionais do SUS e Judicialização*

O movimento da reforma sanitária conseguiu inserir na Constituição Federal de 1988, a saúde como direito social e fundamental, a ser garantido pela interação dos entes federados: União, Estados, DF e Municípios, cujas atribuições vieram expressas na Lei Orgânica da Saúde. (Lei n. 8.080/90). Contudo a conquista pelo direito à saúde não veio acompanhado da estrutura necessária à sua concretização e a cada dia, a política pública de saúde, para manter-se, deve superar desafios.

O CONASS reconhece que o direito à saúde, consagrado na Constituição Federal de 1988 (CF/88), é obrigação do Estado a ser cumprida por políticas públicas sociais e econômicas que visem reduzir o risco das doenças e agravos, promover, proteger e recuperar a saúde, mediante acesso universal e igualitário às ações e serviços – considerados de relevância pública – e cuja gratuidade, foi afirmada pela Lei Complementar n. 141/2012.

A interpretação dos princípios da universalidade e integralidade no SUS levou em conta os efeitos perversos da judicialização na organização e financiamento do sistema de saúde, e também, seus efeitos ainda mais temerários, na saúde e na segurança dos pacientes.

Historicamente e inclusive nas audiências públicas da saúde e da diferença de classe – ambas no STF, a posição do CONASS foi sempre considerar a melhor evidência científica, os PCDT, as listas de ofertas do SUS, à prescrição correta, ao combate às fraudes, à busca pela informação e transparência e não, exclusivamente, ao custo dos itens pleiteados judicialmente. Portanto, não se trata de cerceamento de direitos e sim a busca por sua garantia a todos e a cada um, respeitadas, as questões éticas e legais.

A interpretação dada aos princípios da universalidade e da integralidade mostrou-se capaz de direcionar posicionamentos dos gestores e técnicos da gestão estadual do SUS, a partir das seguintes expressões:

89. Reafirmar o compromisso com as diretrizes constitucionais do Sistema Único de Saúde: descentralização das ações e serviços de saúde, atendimento integral à população, universalidade de acesso aos serviços de saúde e participação social, respeitada a legislação disciplinadora do sistema de saúde, para avançar na organização e na implantação de novo modelo de atenção, com financiamento suficiente e sustentável.

90. O princípio constitucional da integralidade deve respeitar a legislação disciplinadora do SUS composta por Leis, Decretos, Resoluções, Portarias, PCDT e demais instrumentos normativos.



Sobre o direito à saúde um desafio que se apresenta é a judicialização. Ela ocorre em vários países do mundo que se dispuseram ao modelo de Estado Social, onde é parte do jogo democrático recorrer ao judiciário para a efetivação de direitos e no Brasil, pauta discussões no poder executivo, no poder legislativo e no poder judiciário. Envolve os mais diversos interesses: do usuário, de advogados, da indústria de produção em saúde, envolve a prescrição médica por marca (desrespeitando a Lei dos genéricos), a prescrição de medicamentos sem registro, sem evidência científica e por vezes se revela em fraudes contra o SUS e escândalos noticiados pela mídia: como o caso da psoríase e das órteses, próteses e materiais especiais.

A Judicialização – sua importância teórica, prática e econômica – tem cenários mundiais, não é uma característica brasileira, mas no caso nacional, denota de um lado o direito à saúde (composto por cuidados relativos à proteção, à promoção e à recuperação, acessíveis universalmente e em qualquer nível de atenção – primária, secundária, e terciária –, o que se compreende por atenção integral) e do outro, os limites orçamentários e financeiros para a execução da política pública e para ambos os lados há leis.

Cabe, portanto, ao sistema sanitário a estruturação e a execução da política de saúde, e ao sistema de justiça a estruturação e a execução das garantias aos direitos fundamentais. Há entre eles ligações indissociáveis: a lei, a sociedade e o indivíduo. Contudo, nesse encontro entre o sistema sanitário e do sistema de justiça, prevalece a decisão judicial.

Vislumbra-se – num cenário em que a Lei Complementar n. 141/2012 não fixou à União percentual de suas receitas e nem agregou recursos à saúde pública, e que a Emenda Constitucional n. 86/2015 determinou que metade do percentual das emendas individuais fosse destinado às ações e serviços públicos de saúde (proibidas despesas com pessoal e encargos sociais), permitido seu cômputo no cálculo de cumprimento do estabelecido pela vinculação de recursos à saúde, e com elevada migração de beneficiários da saúde suplementar ao SUS – que as decisões judiciais podem ser ainda mais impactantes para o planejamento e a gestão estadual da saúde.

A essência da judicialização faz com que o sistema de justiça, viva os dilemas de julgar os pedidos que lhe são apresentados, conforme suas especificidades e que suas decisões sejam exequíveis, e o sistema sanitário, busque conciliar normativas da administração pública e do SUS, o financiamento insuficiente e as determinações recebidas do Poder Judiciário.

O CONASS, em resposta ao previsto na Resolução CIT n. 01/2013, estabeleceu várias estratégias e uma delas foi a criação da Câmara Técnica de Direito Sanitário que possibilita, dentre outras atividades, a troca de experiências entre SES, uma atuação mais próxima das procuradorias estaduais e atuação junto ao Conselho Nacional de Justiça e Conselho Nacional do Ministério Público e a formulação de teses e proposições a serem apresentadas à Assembleia do CONASS.

Assim, o entendimento dos gestores estaduais do SUS, foi de apoio e fortalecimento à atuação dessa Câmara Técnica, composta por técnicos e advogados públicos da gestão estadual.

Outro item considerado essencial pelos gestores estaduais de saúde e que demandou a atuação imediata da Se/CONASS, foi a necessidade de se especializar técnicos e advogados públicos da gestão estadual, do modo a capacitá-los nos aspectos da política de saúde, para atuarem junto aos tribunais, defensorias e ministério público.

Nesse sentido, foi estabelecida parceria com a Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec), a fim de oferecer a 160 técnicos e advogados públicos da gestão estadual uma especialização em Direito Sanitário, pela modalidade de ensino à distância. Foram previstas 5 unidades de aprendizagem, que dão ênfase, inclusive, à gestão de recursos humanos e gestão do trabalho, com vistas à conscientizar da importância de formação nessa seara.

O curso conta com a *expertise* do Programa de Direito Sanitário da Fundação Oswaldo Cruz (Prodisa/Fiocruz), que apresentou sua programação, cronograma, modalidade de inscrição e seleção de alunos, conteúdo aos secretários estaduais de saúde<sup>8</sup>, sendo integralmente aprovada e apoiada. O curso de especialização foi iniciado – para os alunos – em setembro de 2015, com previsão de término em setembro de 2016.

Ainda sobre o direito à saúde e judicialização, no período 2015/2016 o CONASS participou ativamente das reuniões do Fórum da Saúde do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e, a convite, de reuniões junto ao Conselho Nacional do Ministério Público.

É posição do CONASS a busca e adoção de estratégias que promovam e aperfeiçoem o diálogo entre os sistemas sanitário e de justiça. Estratégias essas que sejam capazes de aprimorar o diálogo institucional e que justifiquem a participação do CONASS na II Jornada de Direito da Saúde do CNJ, ocorrida em 18 e 19 de maio de 2015, e que contou com a participação de diversos integrantes da CTDS.

O enfrentamento dos desafios impostos pelos debates da judicialização do direito à saúde tem gerado o estabelecimento e execução de estratégias diferenciadas que busquem por soluções institucionais. A resolução CIT n. 01/2013 apontou a necessidade de que fossem indicadas medidas preventivas e saneadoras à Judicialização. Nesse sentido, já nos anos 2013 e 2014, as Assembleias validaram como atuação importantíssima o fortalecimento dos comitês estaduais do Fórum Nacional de Saúde do CNJ<sup>9</sup>.

A estratégia do CNJ, denominada “Comitê Estadual do Fórum Nacional de Saúde do CNJ” foi reconhecida pelo CONASS, como acesso do Sistema Sanitário junto ao Sistema de Justiça para fazer conhecer o SUS. A experiência da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná no comitê daquele estado foi apresentada no Seminário do CONASS ocorrido em abril de 2015.



---

8 – 5ª assembleia do CONASS, aos 29.04.2015.

9 – 94. Participar ativamente do Comitê Estadual de Saúde, do Fórum Nacional de Saúde do CNJ e promover a descentralização regionalizada dos debates.

Da mesma forma foi reconhecida a necessidade de fortalecimento dos Núcleos de Assessoramento Técnico (NAT) ao Poder Judiciário (em geral formados por profissionais das Secretarias de Saúde, médicos, farmacêuticos e outros profissionais que atendam aos questionamentos dos membros do sistema de justiça), que funcionavam pós judicialização e cuja atuação será expandida para a fase pré-processual (como já ocorrem alguns estados) <sup>10</sup>.

No Seminário de Consensos, as estratégias até então adotadas, foram ratificadas, além de incentivadas as experiências de formas extrajudiciais de solução de conflitos<sup>11,12</sup>.

Nesse sentido, da solução não judicial de conflitos, o Seminário de Consensos, retomou o assunto que diz respeito ao ressarcimento entre entes. Esse ressarcimento entre entes é discutido pelo CONASS, desde o ano 2014 – ocasião em que uma proposta compartilhada entre CONASS e Conasems foi apresentada à CIT.

A retomada das discussões dá-se pela imposição de custos diretos e indiretos, às SES, decorrentes do cumprimento das decisões judiciais e, especialmente, do entendimento majoritário no judiciário brasileiro de que a obrigação às prestações de saúde é de caráter solidário, ou seja, qualquer um dos entes pode ser demandado em juízo, para qualquer tipo de atendimento, independente das responsabilidades pactuadas pelos gestores de saúde, reiterado por decisão recente do STF.

O debate dos secretários (as) reiterou que o ressarcimento se impõe de duas formas: (i) nos casos em que há ou deve haver ressarcimento administrativo do Ministério da Saúde às SES; (ii) e nos casos em que, por ordem judicial, o ente que cumpriu a decisão deve buscar ressarcimento do ente responsável, sob pena de desobediência e responsabilização administrativa.

O seminário de consensos estabeleceu a retomada do tema a fim de que seja expedido ato regulamentador, que estabeleça regras, fluxos e prazos quanto aos ressarcimentos devidos pelo Ministério da Saúde aos demais entes federados.

O ofício conjunto nº002/2014, entregue na CIT de março de 2014, com a referida proposta, foi reapresentado pela SE/CONASS, ao Ministério da Saúde, especificamente, à Secretaria de Ciência e Tecnologia e Incorporação Tecnológica, em fevereiro/2016, com a solicitação de retomada dos debates.

#### *4.1.4.2. Relação entre SUS e saúde suplementar*

Ao dispor que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”, o artigo 199 da Constituição permitiu não só a atuação de entidades privadas de forma complementar no SUS, mas, também a atuação da iniciativa privada fora do SUS, configurando o Setor de Saúde Suplementar. Os planos privados de assistência à saúde são regulados pela Lei n. 9.656/98 e

---

10 – 95. Apoiar a proposta do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) de estruturação dos Núcleos de Assessoramento Técnico (NAT).

11 – O Livro Direito à Saúde da Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2015 apresenta algumas estratégias já existentes, da busca de solução extrajudicial de conflitos pelo direito à saúde.

12 – 96. Promover e apoiar medidas alternativas à judicialização, no âmbito do território, conforme características, possibilidades e interesses das Secretarias Estaduais de Saúde (SES).

encontram-se sob a supervisão e controle da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada pela Lei n. 9.961/2000.

A ANS tem por “finalidade promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país”.

O Ressarcimento ao SUS, criado pelo artigo 32 da Lei n. 9.656/1998 e regulamentado pelas normas da ANS, é a obrigação legal das operadoras de planos privados de assistência à saúde de restituir as despesas do Sistema Único de Saúde no eventual atendimento de seus beneficiários que estejam cobertos pelos respectivos planos.

Ocorre que o ressarcimento ao SUS refere-se exclusivamente a recursos federais e é feito via ANS para o Fundo Nacional de Saúde, portanto não abrange aquelas situações onde no atendimento aos beneficiários de planos estão envolvidos recursos estaduais. Da mesma forma o ressarcimento dos recursos federais não se faz diretamente para o Fundo de Saúde da UF responsável pelo atendimento, mas sim diretamente ao Fundo Nacional de Saúde.

Quanto às despesas a serem ressarcidas, embora a partir de 2015 os procedimentos ambulatoriais de alta complexidade tenham passado a ser objeto de ressarcimento - até então restrito aos procedimentos hospitalares – permanece a necessidade de se ampliar os mecanismos de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde para os atendimentos de urgência e emergência, inclusive o pré-hospitalar móvel, assim como todo e qualquer procedimento cujo paciente possa ser identificável nos Sistemas de Informações do SUS.

A Secretaria Executiva do CONASS definiu a criação do Grupo Tarefa para tratar deste tema com o objetivo de apresentar propostas e encaminhamentos junto ao Ministério da Saúde, à ANS, e ao Congresso Nacional.

## **5. AS CÂMARAS TÉCNICAS DO CONASS**

O CONASS conta com doze Câmaras Técnicas (CT), compostas por representantes das Secretarias de Estado da Saúde e coordenadas pela SE/CONASS. Essa estratégia garante um espaço para debates técnicos, troca de experiências e informações, e está em constante aperfeiçoamento.

As CT não têm caráter deliberativo, mas consistem na mais valiosa assessoria à SE/CONASS, à Diretoria e à Assembleia dos Secretários, uma vez que auxiliam na formulação, monitoramento, avaliação e inovação nas políticas e estratégias adotadas pelo CONASS e pelo SUS. São capazes de antecipar debates técnicos a serem levados às Assembleias, apresentam as diferenças regionais, produzem subsídios para o planejamento das ações a serem desenvolvidas no âmbito da política estadual e para o processo de tomada de decisões dos gestores.

As CT reuniram-se no período de abril de 2015 a março de 2016. A seguir relato dos principais temas abordados e propostas de encaminhamentos nas respectivas áreas de atuação:



## **5.1. Câmara Técnica de Informação e Informática e Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica**

Nos dias 04 e 05 de agosto foi realizada reunião da Câmara Técnica de Informação e Informática do CONASS, sendo a programação no dia 05 de agosto feita em conjunto com a Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica.

Na reunião específica, entre os principais temas em debate, destacam-se (i) a apresentação pelo diretor do Datasus das estratégias da gestão federal para implementação da Política Nacional de Informação e Informática e do Registro Eletrônico em Saúde; (ii) a situação do Cartão Nacional de Saúde com destaque para os aspectos relacionados à segurança da base cadastral e ao acesso das SES às bases de dados; (iii) a situação do desenvolvimento do Sistema de Regulação, Controle e Avaliação – SISRCA, sua reorganização por processos e interface com as estratégias e-SUS AB e-SUS Hospitalar; (iv) o processo de homologação da versão 2.0 da Estratégia e-SUS Atenção Básica e as perspectivas de sua integração com os sistemas de informação que demandam informações da APS; (iv) a implantação da versão 5.0 e desenvolvimento de novas soluções para o Sistema de Informações de Agravos de Notificação – SINAN; e (v) as dificuldades do SISCAN – Sistema de Informações do Câncer – em relação à “performance”, integração com o SIA (Geração de Boletins de Produção Ambulatorial) e acesso das SES a relatórios e base de dados.

Na reunião conjunta com a Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica foi discutida a situação do desenvolvimento dos diversos módulos do Sistema de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica – HORUS, sua integração com sistemas próprios de estados e municípios através do “webservice” e as perspectivas para implantação da proposta de rastreabilidade dos medicamentos prevista na Lei 11.903 de 14/01/2009 e RDC 54 de 10/12/2013 da ANVISA e o desenvolvimento de Sistema Nacional de Controle de Medicamentos.



## **5.2. Câmara Técnica de Epidemiologia; Câmara Técnica de Vigilância em Saúde Ambiental e Câmara Técnica de Saúde do Trabalhador**

Em 2015 o CONASS instituiu, a partir de demandas vindas de diversas SES, as câmaras técnicas de Vigilância em Saúde Ambiental e de Saúde do Trabalhador, sendo realizadas de 14



a 16 de setembro, reuniões específicas e conjuntas destas câmaras técnicas, juntamente com as de Epidemiologia e de Vigilância Sanitária.



Em 14 e 15 de setembro de 2015 ocorreu reunião específica da Câmara Técnica de Epidemiologia, que teve entre seus pontos de pauta o relato de experiência da SES PR com a implantação da vigilância sindrômica de doenças exantemáticas e síndromes ictero-febris e discussão quanto à viabilidade de utilização desta metodologia para a vigilância de Sarampo, Rubéola, Zika, Chikungunya e Dengue no contexto atual; alternativas para a profilaxia antirrábica pós-exposição, diante da deficiência de abastecimento de soro e imunoglobulina antirrábica; a situação do abastecimento e distribuição de soros e vacinas, com debate sobre as estratégias e alternativas de racionalização da oferta de imunobiológicos; a situação da implantação do Sistema de Informações do PNI – SIPNI, situação das coberturas vacinais e o papel de supervisão e apoio matricial das SES; a situação epidemiológica da Dengue, Chikungunya e Zikavírus e a experiência da SES BA na investigação de manifestações neurológicas / Sd. Guillain Barré em áreas de circulação dos vírus Zika, Chikungunya e Dengue; os critérios utilizados na definição do quantitativo de ACE para fins de recebimento da Assistência Financeira Complementar da União – AFC e a proposta do Ministério da Saúde para financiamento da AFC e a situação do abastecimento de insumos (larvicidas / inseticidas) para controle vetorial.

Em 15 de setembro foi realizada reunião conjunta das 4 Câmaras Técnicas da Vigilância em Saúde, onde após apresentação das principais conclusões do seminário de consensos do CONASS, análise da conjuntura e da proposta de descentralização da discussão da Política Nacional de Laboratórios de Vigilância em Saúde, foram debatidos os impactos das mudanças climáticas na área de saúde e o Plano Setorial Saúde para enfrentamento das mudanças climáticas.

Em 16 de setembro após uma programação conjunta das câmaras técnicas de Vigilância em Saúde Ambiental e de Saúde do Trabalhador, que teve como pauta a avaliação dos planos de ação dos estados para vigilância em saúde das populações expostas a agrotóxicos e atualização da Agenda de Segurança Química, foram realizadas as primeiras reuniões específicas destas câmaras técnicas:

Na Reunião Específica da Câmara Técnica de Vigilância em Saúde Ambiental foi realizada uma avaliação dos indicadores da área no Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para 2013 e 2015 (COAP) e discussão do papel desta vigilância nas emergências em Saúde Pública.

A Reunião da Câmara Técnica de Saúde do Trabalhador teve como pauta um debate sobre o Relatório da Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora, discutindo as responsabilidades dos estados e o “estado da arte” da organização da organização da Vigilância em Saúde do Trabalhador nos estados e no Distrito Federal e suas possíveis linhas de atuação: Agravos relacionados ao trabalho com processo de vigilância estabelecido; Vigilância epidemiológica de agravos e doenças relacionadas ao trabalho; Vigilância de ambientes e processos de trabalho; a inserção da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Planejamento e Programação das SES e seu financiamento.

De 21 a 23 de março de 2016 foram realizadas reuniões das Câmaras Técnicas de Epidemiologia e de Vigilância em Saúde Ambiental.

Na reunião específica da Câmara Técnica de Epidemiologia, em 21 de março, os temas principais foram a situação de abastecimento de imunobiológicos, a situação epidemiológica da sífilis em gestantes e sífilis congênita, diante da situação de desabastecimento das penicilinas benzatina e cristalina. Foi também realizada discussão a respeito das manifestações neurológicas das arboviroses (dengue, zika e chikungunya), com apresentação da situação nacional e das experiências das secretarias estaduais do Piauí e Bahia. Nesta reunião esteve ainda em pauta a situação de Emergência de Saúde Pública relacionada ao aumento de casos de Microcefalia, o estágio de sua investigação, o Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e a experiência da Secretaria de Saúde de Pernambuco na investigação e acompanhamento dos casos.

Na Reunião Conjunta, dia 22, foi debatida a situação epidemiológica da tríplice epidemia, os aspectos operacionais para aprimoramento da vigilância do Zika vírus (modelo de vigilância / sistema de informação / diagnóstico laboratorial / vigilância do óbito) e a integração das vigilâncias de Dengue, Chikungunya e Zika. Foram mais aprofundados os aspectos relacionados ao controle vetorial, incluindo: (i) a qualificação das atividades de campo desenvolvidas pelos Agentes de Combate às Endemias; (ii) o papel da gestão estadual no aprimoramento da formação e supervisão; (iii) novas alternativas para controle do *Aedes aegypti* (resultados da reunião internacional realizada em 17 e 18/02/2016); (iv) a situação do abastecimento de inseticidas e larvicidas e as questões ambientais e de saúde do trabalhador relacionadas ao controle químico do *Aedes aegypti*. Foi apresentada a experiência da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul na orientação a respeito do uso de larvicidas.

Ao final desta reunião foi apresentada a experiência de repasse de recursos estaduais fundo a fundo para as ações de Vigilância em Saúde e seu monitoramento, das secretarias de Alagoas, Paraná e Minas Gerais.

Na Reunião Específica da Câmara Técnica de Vigilância em Saúde Ambiental, realizada em 23 de março de 2016 o principal tema foi o suporte laboratorial às ações de Vigilância em Saúde Ambiental, com apresentação pela SVS da proposta de organização da rede de referência nacional, com destaque para a análise de agrotóxicos em água e debate sobre a situação nos estados (referência regional, estadual e organização da logística de envio de amostras).

Foi discutido também nesta reunião o estado da arte dos planos de ação estaduais da vigilância em saúde das populações expostas a agrotóxicos, as ações desenvolvidas pelas secretarias de Minas Gerais e Espírito Santo a partir do desastre ambiental causado pelo rom-

pimento da barragem de Mariana/MG e a situação do desenvolvimento do Sistema de Informação sobre Qualidade da Água – SISAGUA.

### **5.3. Câmara Técnica de Vigilância Sanitária**

Nos dias 14 e 15 de setembro de 2015 e 01 de março de 2016, ocorreram duas reuniões da Câmara Técnica de Vigilância Sanitária do CONASS.



Os principais temas discutidos foram: (i) a Lei 13.097/15 e seus desdobramentos para o SNVS; (ii) Implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente; (iii) Planejamento e pactuação das ações de VISA; (iv) Alternativas de modelos de descentralização das ações de VISA; (v) Portaria GM/MS 116, de 29 de janeiro de 2016, que atualiza os repasses de recursos financeiros federais do Componente de Vigilância Sanitária, do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde para Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados à execução das ações de vigilância sanitária; (vi) conclusões do ciclo de debates e sua incorporação na agenda.

Na segunda reunião houve também espaço para troca de experiências sobre a Classificação de Riscos das Ações de VISA, Classificação de Riscos de CCIH no Estado com Instrumentos de Fiscalização e Harmonização do Licenciamento Sanitário Estadual, apresentado pela coordenadora de VISA do Espírito Santo. Durante a explanação houve intervenção dos participantes enriquecendo sobremaneira o debate.

Vale registrar a presença de um diretor da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, nas duas reuniões. Na primeira o novo Diretor do DSNVS apresentou a proposta do papel da ANVISA como coordenadora do SNVS. Na segunda o Diretor Presidente explanou sobre a nova estrutura da Agência, inclusive quanto ao seu regimento interno e os desdobramentos para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

### **5.4. Câmara Técnica de Atenção à Saúde**

O CONASS organizou durante 2015 duas reuniões da Câmara Técnica de Atenção à Saúde. Na primeira, nos dias 22 e 23 de julho de 2015, foram apresentadas, entre outros temas, as propostas finais do Seminário de Consensos sobre o tema Modelo de Atenção à Saúde nas Redes de Atenção - APS, Atenção Ambulatorial, Atenção Hospitalar e Regulação. Na segunda



reunião, realizada nos dias 07 e 08 de dezembro, o foco se deu na discussão do Modelo de Atenção à Saúde as Condições Crônicas – MACC – Integração APS e AAE.



Também foram tratados nas reuniões dessa Câmara Técnica os temas: (i) Cirurgias Eletivas; (ii) Glaucoma; e (iii) atenção ao paciente oncológico, cujos debates contribuíram para a elaboração de Notas Técnicas pelo CONASS, para subsidiar o posicionamento do CONASS nas discussões pautadas no GT da CIT, seguido de pactuações na CIT.

### 5.5. Câmara Técnica de Comunicação Social

Assessores de Comunicação /Imprensa de vários estados, integrantes da Câmara Técnica de Comunicação Social do CONASS participaram do Comunica Saúde, no dia 3 de setembro de 2015 em Belo Horizonte, Minas Gerais. O encontro foi pautado pela troca de experiência e conhecimento entre os palestrantes, os assessores de Comunicação de 18 Secretarias Estaduais de Saúde e dos 55 hospitais públicos, filantrópicas e particulares de várias regiões de Minas, representantes do CONASS e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais (Cosems); todos motivados pela necessidade de aprimorar o conhecimento e pela certeza que a Comunicação é uma ferramenta estratégica no esforço de superação das dificuldades enfrentadas por todos os segmentos do setor saúde.



A programação do encontro abordou temas como Ações de Comunicação e Captação de Recursos em Redes Sociais; As Redes Sociais no setor Saúde; Relacionamento com a imprensa: oportunidades e gerenciamento de crises; entre outros.

## **6. OUTRAS ATIVIDADES REALIZADAS PELA ASSESSORIA TÉCNICA DO CONASS**

- Participação nas reuniões da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento (COFIN) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), nas quais a maioria dos temas discutidos gira em torno do ciclo orçamentário do Ministério da Saúde, iniciando pela análise da LOA 2015; Insuficiência LOA 2015 do MS; Proposta para o Plano Plurianual e LDO 2016; RAG 2014; Análise das Planilhas de Execução Orçamentária e Financeira; Acompanhamento dos Relatórios Quadrimestrais; Execução das metas do PNS; Proposta para LOA 2016-MS; Análise dos Restos a Pagar; Níveis de Empenho e Liquidação; LOA 2016-MS: Análise de Conjuntura e Debate a respeito da Insuficiência; Objetivos do Plano Plurianual-PPA para 2016-2019, Derrubada do veto presidencial referente ao Art. 38 § 8º, que trata sobre a aplicação em ASPS em 2016 menor que em 2015. Outros itens pautados foram: Diretrizes da 15ª Conferência Nacional de Saúde sobre o financiamento do SUS; “Agenda Brasil” referente à cobrança no SUS e Novas fontes de financiamento do SUS; Ajuste fiscal e os impactos para o financiamento do SUS; 15ª Conferência Nacional de Saúde - Documento Orientador; Atribuições à COFIN/CNS previstas no Regimento do CNS: avaliação da necessidade de revisão à luz dos apontamentos recentes da CGU (Corregedoria Geral da União); Disseminação das informações técnicas prestadas pelo Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento quanto às Despesas de Exercícios Anteriores (DEA) no cômputo do cálculo para aplicação mínima de recursos próprios em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS); Novas fontes de financiamento dos SUS; O novo regimento da filantropia no SUS e o PROADI-SUS (CMS/POA).
- Participação nos Seminários de Economia da Saúde da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES) à saber: I) Regulação do capital nos serviços de saúde no Brasil, realizado no Auditório do Instituto de Medicina Social – IMS da UERJ - Rio de Janeiro/RJ cujos objetivos foram: Debater as políticas públicas voltadas ao setor privado na saúde no Brasil, no contexto das implicações para o SUS; Compreender o marco regulatório para a dinâmica do capital privado, nacional e estrangeiro, no sistema de saúde brasileiro e Propiciar uma análise política da conjuntura na área da saúde, visando contribuir para o avanço do debate e a formulação de políticas públicas por uma atenção à saúde de qualidade para todos. II) Política Econômica e Financiamento da Saúde Pública, realizado no Auditório João Yunes da Faculdade de Saúde Pública da USP - São Paulo/SP, com objetivos de Discutir a situação econômica brasileira, especialmente a situação fiscal do governo federal e dos demais níveis de governo, com vista a analisar seus impactos no financiamento do Sistema Único de Saúde e Discutir alternativas de financiamento para o SUS.
- Participação no Seminário sobre Financiamento do SUS, realizado durante o 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – Abrascão 2015, em Goiânia, para construir uma posição



coletiva da Comissão de Orçamento e Financiamento do CNS junto com as entidades presentes ao Abrascão e que compõem o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira sobre o SUS e seu financiamento.

- Participação no XVI Congresso Médico Acadêmico (COMA) e XXII Prêmio Rocha Lima, no dia 01 de agosto de 2015, realizado pelo Departamento Científico do Centro Acadêmico Rocha Lima da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – FMRP-USP.
- Participação no Simpósio Nacional de Saúde promovido pela Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) na Câmara dos Deputados acerca do tema: Financiamento: Pacto Federativo, Novas Fontes. O objetivo do evento foi o de promover uma discussão crítica e abrangente sobre a gestão, o financiamento e a política de recursos humanos do Sistema Único de Saúde – SUS, como contribuição à 15ª Conferência Nacional de Saúde.
- Participação no Seminário sobre Economia da Saúde no âmbito do SUS, realizado em dezembro de 2015, como objetivo de definir estratégias de disseminação da Economia da Saúde no âmbito do SUS.
- Participação na Oficina de Trabalho sobre Financiamento da Saúde e Renúncia Fiscal realizada pelo Ministério da Saúde, em janeiro de 2016,
- Participação na Mesa redonda sobre a Contribuição Provisória de Movimentação Financeira (CPMF), realizada pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretaria Executiva (SE) e o Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID), na sede da Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, em fevereiro de 2016.
- Participação na oficina tripartite para avaliação Redes de Atenção à Saúde (Rede Cegonha e Rede de Urgência e Emergência);
- Participação em oficina para elaboração dos indicadores de saúde para a Atenção Básica;
- Participação no Seminário de avaliação do projeto de diabetes, desenvolvido pelo centro de diabetes e Endocrinologia da Bahia – CEDEBA;
- Participação nas reuniões promovidas pelo Ministério da Saúde para discussão do e-SUS;
- Participação em ciclos de estudos da SVS, para discussão de dengue, Zica e chikungunya;
- Participação na oficina preparatória para o “curso para gerentes de unidades”, promovida pelo Ministério da Saúde;
- Participação em mesa redonda no Fórum Interno de Rede de Atenção à Saúde, em Palmas/TO;
- Participação em reunião conjunta com MS e Conasems, para discutir as diretrizes da Política de Atenção Especializada no SUS;
- Elaboração do Projeto Planificação da Atenção à Saúde: um instrumento de gestão e organização da APS e da AAE na Rede de Atenção à Saúde, em conjunto com o Núcleo de Atenção à Saúde, e em parceria com os consultores do CONASS;
- Participação na Câmara Técnica de Orientação e Avaliação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (CT-SIOPS), enquanto membro titular. A maior parte dos temas discutidos girou em torno da implementação da Portaria nº 53 de 16/01/2013 que

estabeleceu diretrizes para o funcionamento do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e fixou prazos para registro e homologação de informações, em observância ao art. 39 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e ao Capítulo I do Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, a saber: Acompanhamento da Disponibilização e Alimentação dos Sistemas Bimestrais no SIOPS; Demonstração das principais alterações na Contabilidade Pública após a implantação do PCASP; Apresentação sobre as adaptações do SIOPS ao PCASP; Apresentação do Relatório Resumido de Execução Orçamentária – RREO (Anexo 12 – Saúde), aprovado no GTREL de 12/05/2015, para Estados, DF e Municípios, válido a partir do Exercício 2017; Apresentação da Cartilha “Adequação do SIOPS aos Novos Padrões da Contabilidade Pública Brasileira”; Acompanhamento da homologação dos dados no sistema e da situação das penalidades (Suspensão e Redirecionamento das Transferências Constitucionais); Discussão sobre a possibilidade ou não de as ações efetuadas pelas Parcerias Público-Privadas serem consideradas ASPS; quanto a Despesas de Exercícios Anteriores (DEA) discutiu-se quando serão consideradas ou não no câmputo da aplicação mínima de recursos em ações e serviços públicos de saúde (Nota Técnica Nº 121/2015 DESID). Apresentação de Quadro situacional de entrega dos anos de 2000 até 6º bimestre de 2015, referente à alimentação do SIOPS pelos estados, Distrito Federal e municípios; Reforma Tributária e Beneficiômetro; Situação do Módulo de Controle Externo (MCE-SIOPS); Elaboração de texto com exemplos de ASPS para disponibilizar no MCASP; e Travamento do SIOPS quando não houver o preenchimento do bimestre;

- Participação na Câmara Técnica Consultiva do Banco de Preços em Saúde (CT/BPS), onde o CONASS é membro titular. Nesse período foram realizadas quatro reuniões. Os temas discutidos: Nova funcionalidade que permite a pesquisa de preços regulados de medicamentos (tabela CMED) no sistema BPS; Estudo realizado pelo BPS sobre preços de OPMEs e os resultados utilizados pelo Grupo de Trabalho/OPME e pelo Ministro da Saúde; Estudo sobre estimativa de custo de módulos do Programa Mais Especialidades, com utilização dos dados do BPS; Manual de Consulta e Análise de Preços utilizando o BPS; Consulta aos órgãos de controle: gestores municipais alegam que o Ministério Público não considera o BPS uma fonte de pesquisa de preço (alegação comum nas visitas aos municípios); Indicadores – Painel BPS; Interoperação entre o sistema BPS e outros sistemas de registro de compras públicas de medicamentos e produtos para a saúde. Estado da arte em São Paulo e Belo Horizonte; Retomada do projeto de desenvolvimento de banco de preços em saúde para os países que compõem a UNASUL (União de Nações Sulamericanas), utilizando como referência o BPS; Alimentação do sistema por instituição pública por registro de preço pelo maior desconto da tabela CMED; Solução para a alimentação do sistema BPS por instituições vinculadas a consórcios públicos e caronas; Informe sobre acordo 6674/2015-TCU; Reformulação da área de treinamento do portal do sistema BPS com inclusão de nova vídeo-aula sobre inserção de compras;
- Participação no V Encontro Latino Americano sobre Judicialização – Cidade do México – 29/10 à 02/11;
- Reunião com a Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República – CONASS – 18/11;
- Participação na Audiência Pública no Senado Federal sobre a Lei n. 13.019/2014 – 07/12
- Participação na Oficina Técnica com representantes das SES a serem auditadas pelo TCU na temática judicialização – 15/12;

- Elaboração de demonstrativo dos valores de Média e Alta Complexidade (MAC e FAEC) necessários para igualar todos os estados ao Percapita Nacional. A tabela demonstra, por estado e região, o Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) - Sem Recursos Excepcionais, a Estimativa do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), o Percapita tanto de MAC quanto de FAEC e os valores necessários, para igualar todos os estados ao Percapita Nacional. Essa tabela, normalmente é utilizada para discussão das desigualdades regionais do financiamento federal, junto ao Congresso Nacional e ao Ministério da Saúde;
- Análise do Projeto de Lei Orçamentária Anual de 2016. O documento aponta os déficits dos recursos alocados no orçamento do Ministério da Saúde para que o CONASS atue junto ao Congresso Nacional na tentativa de recomposição desses valores;
- Divulgação da Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância - Com o intuito de contribuir para a disseminação de conhecimentos e informações relevantes sobre o desenvolvimento de crianças, da concepção aos cinco anos de idade, foi elaborada, no Canadá, a Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância. Essa proposta inovadora foi idealizada e é gerenciada pelo *Centre of Excellence for Early Childhood Development* (Centro de Excelência para o Desenvolvimento na Primeira Infância - CEDPI) da Universidade de Montreal. Sua versão em português é fruto da parceria entre o CEDPI, o CONASS e a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. O acervo eletrônico da Enciclopédia (disponível em: [www.encyclopedia-crianca.com](http://www.encyclopedia-crianca.com)) conta com mais de 500 textos, dentre artigos de especialistas, folhetos informativos para pais e profissionais, sínteses sobre os temas abordados, assim como 12 vídeos disponíveis em um canal do Youtube (<https://www.youtube.com/user/EnciclopediaCrianca>). Essa ferramenta está disponível em cinco idiomas (Inglês, Francês, Português, Espanhol e Russo), e a versão em Português é a terceira mais consultada no mundo;
- Participação de representante do CONASS no Programa de Liderança Executiva em Desenvolvimento na Primeira Infância. O curso internacional, uma iniciativa conjunta do Núcleo Ciência Pela Infância/Brasil e o Center on the Developing Child da Universidade de Harvard/EUA, tem o objetivo de engajar formuladores de políticas públicas, gestores e representantes da sociedade civil brasileiros em um diálogo a respeito da ciência do desenvolvimento na primeira infância e sobre quão efetivos podem ser os gestores públicos na aplicação dessa ciência para a formulação, implantação, monitoramento e avaliação de programas e políticas voltadas às crianças de 0 a 5 anos no Brasil. Anualmente, mais de 50 líderes brasileiros frequentam o curso que tem duas etapas presenciais (no início em Harvard, Cambridge/EUA, e ao final no Insper, São Paulo/Brasil) e uma à distância entre os módulos. A quarta edição, realizada de agosto a novembro de 2015, contou com a participação dos seguintes representantes de Secretarias Estaduais de Saúde (SES): Leila Almeida, Coordenadora-Geral do Programa Primeira Infância Melhor, da SES/RS; e Nelson Yatsuda, Assistente Técnico de Planejamento de Ações de Saúde, da SES/SP;