



Ministério da Saúde

Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT

PRINCIPAIS DISCUSSÕES E CONSENSOS DA 8ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE DE 2012

22 DE NOVEMBRO DE 2012

Em 22 de Novembro de 2012, participaram do Plenário da Tripartite:

MS: Márcia Aparecida do Amaral; Luiz Odorico Monteiro de Andrade; Helvécio Miranda Magalhães Junior; Jarbas Barbosa; Antonio Alves, André Bonifácio, Maria do Carmo, Sônia Maria Feitosa Brito.

CONASS: Wilson Duarte Alecrim, Jurandi Frutuoso, Hélio Franco de Macedo Junior, Beatriz Figueiredo Dobashi, Jorge José Pereira Solla, Ciro Carlos Emerim Simoni,

CONASEMS: Antônio Carlos Figueiredo Nardi, José Ênio Servilha, Pedro Herman Madeiro, Aparecida Linhares Pimenta, Lucélia Borges de Abreu Ferreira, Mauro Guimarães Junqueira, Celso Luiz Dellagustina.

Conforme lista de presença anexa a este resumo.

1. Abertura dos Trabalhos

2. Apresentações e Discussões

- a) Nota Informativa sobre o Programa Nacional de Triagem Neonatal – SAS/MS

MS: Apresentou a proposta contextualizando o escopo do Programa de Triagem Neonatal (PNTN), se reportando à Portaria GM/MS nº 822/2001. Reforçou sua importância e o impacto quanto à realização dos exames de diagnósticos para detecção precoce dessas doenças no período neonatal, na promoção, prevenção, acompanhamento e o tratamento dos pacientes. Fez uma breve análise, destacando os investimentos: em torno de R\$ 52 milhões anuais, com meta de chegar a R\$ 120 milhões, após a inclusão e universalização da testagem e acompanhamento de novas doenças para todos os estados. Atualmente, o PNTN abarca quatro doenças: Hipotireoidismo Congênito, Fenilcetonúria, Doença Falciforme e Fibrose Cística. A proposta é a incorporação gradativa de exames, tratamento e monitoramento para duas novas doenças – Hiperplasia Adrenal Congênita e Deficiência de Biotinidase, com normatização ainda em 2012, e início de triagem em 2013 expandindo e qualificando os serviços credenciados que realizam a triagem neonatal nos estados, destacando a inserção do PNTN no âmbito do Programa Viver Sem Limite, desde 2011.

Na fase I do PNTN são detectadas duas doenças - Hipotireoidismo Congênito e Fenilcetonúria. Essas doenças são triadas atualmente em todos os estados e no Distrito Federal. Os estados AM, AP, DF, PB, PI, RN, RR, SE, TO realizam a detecção apenas das duas doenças, por estarem na Fase I.

Os estados que se habilitam na fase II incorporam, além das duas doenças citadas, a Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias no seu escopo de diagnóstico, tratamento e acompanhamento contínuo.

As Hemoglobinopatias são triadas em 18 estados - os oito que estão na Fase II (AC, AL, CE, MA, MS, MT, PA e PE) e os dez da fase subsequente (a Fase III) e a cobertura para essa doença alcançou 73,41%, sobre o número de nascimentos, em 2011.

Na Fase III, adiciona-se a detecção da Fibrose Cística ao rol de procedimentos da triagem neonatal. Os estados que estão habilitados nesta fase são: BA, ES, GO, MG, PR, RJ, RO, RS, SC e SP (realizam, portanto, procedimentos vinculados a todas as quatro doenças do painel).

Para Fibrose Cística (que só é coberta nesses dez estados), a cobertura em 2011 foi de 47,93%.

Fase IV: com início previsto em 2013, acrescenta-se, como dito anteriormente, no rol de procedimentos, a identificação de mais duas doenças: Deficiência de Biotinidase e Hiperplasia Adrenal Congênita. Os estados que já estão na Fase III se habilitarão, na sequência, na Fase IV. A meta é de se atingir a universalização da Fase IV a todos os estados até 2014, visando cobertura universal também dos nascidos vivos no país.

Hoje já se tem 62% dos recém-nascidos triados até o 7º dia de vida e o consenso é de que seria importante que fossem triados entre o 3º e 5º dias para evitar as principais doenças previstas no programa, evitando sequelas que se manifestam já nos primeiros 18 dias e óbitos precoces, a exemplo, da hiperplasia congênita no indivíduo do sexo masculino. A triagem no período de 7 a 30 dias caiu de 45% em 2004 para 34% em 2011 e acima de 30 dias, ainda se tem um resíduo de 2% sendo triado (fora do período neonatal, portanto). Isto demonstra que a primeira consulta ainda pode estar sendo feita muito tardiamente, em alguns casos.

Em março deste ano, o Ministério da Saúde firmou parceria com o Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico (Nupad) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) para reformulação do PNTN. O Nupad/UFMG atuará em todas as etapas da reformulação do programa, que está baseada em três pilares – laboratorial, assistencial e informacional - em um processo de reestruturação, baseado na lógica de atuação em rede, na integralidade da atenção e integrado às redes temáticas - nos componentes que a ele competem e de forma inteligente, com

regulação do acesso, celeridade e efetividade. Com a implantação de um sistema online de base nacional, será possível gerir os indicadores do programa de maneira mais ágil e eficaz, na busca por resultados de maior impacto para a triagem neonatal, o que significa diminuição dos tempos de coleta e dos tempos laboratoriais e acesso rápido à primeira consulta para os indivíduos triados positivamente, além de um novo marco regulatório, e uma capacitação. Salientou a importância de articulação, aproveitando as experiências já existentes como a de MG, PR, SC e GO. Destacou ainda a necessidade de fortalecer as ações de triagem auditiva e ocular, aliadas às informações trazidas pelo Secretário Sola, considerando a importância da sua prevalência.

CONASS: Sugeriu considerar o PNTN como parte integrante da Rede Cegonha oficialmente e incorporar, durante a gestação, uma bateria de exames com provas rápidas, usando o papel filtro, cuja sensibilidade já foi testada com bons resultados pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), entre estes estão as provas para HIV, sífilis, toxoplasmose, entre outras doenças infecciosas que somam um total de oito.

CONASEMS: Ressaltou a importância e corroborou com a proposta do Conass quanto à incorporação do PNTN à Rede Cegonha.

ENCAMINHAMENTO: Incorporar formalmente conteúdos, iniciativas e metas do PNTN à Rede Cegonha.

b) PMAQ: Resultados preliminares da avaliação externa e modos de acesso aos resultados pelos gestores – SAS/MS

MS: Informou que foram avaliadas, até novembro de 2012, 16.430 equipes de Atenção Básica, o que representa uma cobertura de 94,9% das equipes participantes do PMAQ e que a etapa de coleta de dados será concluída 30/11. Já nas equipes em que houve necessidade de revisitação, o trabalho de campo será finalizado em 15 de dezembro de 2012. Quanto ao censo afeto à infraestrutura foram

visitadas até o momento 33.323 UBS em 5.124 municípios de todos os estados, o que corresponde a 85,9% dos municípios brasileiros. No tocante à certificação das equipes, foram divulgadas 3 listas sendo que a primeira, divulgada em 31/08/2012 contou com 7.058 (40,8%) equipes de 1.752 municípios (44,1%), a segunda publicada em 16/10/2012 com 11.364 (65,37%) equipes de 2.843 (71,6) municípios e a terceira lista, publicada em 21/11/2012 com 15.095 (87,2%) equipes de 3.532 (88,9%) municípios. A lista final com a totalidade das equipes participantes do PMAQ será divulgada até o dia 15 de dezembro de 2012. Quanto à classificação das equipes no PMAQ 16,5% foram classificadas como ótimo, 37,2% como boa, 44,1% sendo regular e 2,2% como insatisfatório. Ressaltou, ainda, que foram entrevistados mais de 60 mil usuários até o momento. Apresentou um quadro demonstrativo dos recursos transferidos, mensal, do componente de qualidade do PAB – Variável e fez considerações sobre portal DAB, explicando os modos de acesso aos resultados pelos gestores. Agradeceu o empenho tripartite no processo de adesão: 17 mil equipes, com a participação de 41 universidades. Por fim, em resposta ao Conass, disse ser necessário proceder à revisão da normativa do SUS quanto à lei de responsabilidade fiscal.

CONASEMS: Relatou a responsabilidade com que os municípios têm desenvolvido ações para qualificação e fortalecimento da Atenção Básica e destacou entraves que fogem do controle dos gestores. Apresentou ainda, três demandas feitas pelos Cosems:

- Situação quanto às equipes avaliadas e ainda não divulgadas e repasse da 2ª parcela do requalifica, bem como, referentes à Academia da Saúde, reiterando sua fala na CIT de outubro/2012;
- Particularidade do município de Diadema, que embora tenha sido um dos primeiros municípios a ter suas equipes avaliadas, das 40 equipes inseridas no PMAQ, apenas 4 foram contempladas nas listas de certificação publicadas;

	<ul style="list-style-type: none"> Parabenizou o diretor do DENASUS, Adalberto Fulgêncio, pela competência na condução do Sistema de Auditoria, no entanto, destacou que a forma de execução da auditoria do DENASUS afeta a este processo está em desacordo com o que foi pactuado na CIT do mês de Agosto/2012. O acordado foi que o DENASUS estaria auditando apenas o trabalho das universidades, porém as auditorias têm sido da gestão e estrutura das equipes. Parabenizou o DAB pela realização do censo, pois pela primeira vez na história do SUS tem-se um diagnóstico nacional das UBS e ponderou que a avaliação só tem sentido se implicar em mudanças. Disse ainda que devido ao processo eleitoral, novas estratégias devem ser elaboradas. <p>CONASS: Corroborou com a fala do Conasems. Parabenizou a todos, ressaltando os resultados positivos e solicitou ao MS a divulgação desses para além dos gestores. Entende que a população deve conhecer o patrimônio do SUS. Por fim, apresentou sua preocupação com o elevado número de demissões dos profissionais da saúde em prol do fechamento das contas municipais.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: Viabilizar reunião com a participação do DAB, DAI e DENASUS para alinhamento do processo de auditoria. MS, estados e municípios promoverão divulgação dos resultados obtidos por meio de coletivas de imprensa, dentre outras estratégias.</p>
<p>3. Discussões e Pactuações</p>	
<p>a) Minuta de Resolução que dispõe sobre as regras para implantação de novos aplicativos, sistemas de informação em saúde ou novas versões de sistemas e de aplicativos já existentes no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. SE/MS.</p>	<p>MS: Iniciou parabenizando o secretário estadual do Rio Grande do Sul pela realização do congresso da ABRASCO, entre os dias 15 e 18 de novembro de 2012. Esclareceu que não existe fragmentação entre as áreas de informação e informática do DATASUS, destacando que no ano de 2013 serão destaques: o Cartão Nacional de Saúde e o Novo Sistema da Atenção Básica, o E-SUS. Mais importante que sua implementação será a substituição do SIAB, sendo que a previsão para 2013 é de que toda entrada de informações para a Atenção Básica seja por meio do E-SUS. Pontuou que a área de informação é transversal a todas as áreas do MS,</p>

sendo a coordenação e o monitoramento destes processos realizados pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, por meio da Sala de Situação e apreciada pelo Comitê de Informação e Informática – CIINFO. Sobre a minuta de resolução, avisou que esta abrangerá todos os sistemas configurados de forma tripartite, com reflexo Interfederativo, discutidos e validados pela Câmara Técnica da CIT e referendados na CIT. Sobre o tema conectividade, lembrou que será necessário planejar toda ação para adequação às reais necessidades de estados e municípios. Exemplificou com a situação da Saúde Indígena, onde a conectividade está sendo realizada por meio de 'links' da Embratel. Destacou a necessidade de discussão tripartite para verificação das necessidades e disponibilidades dos estados e municípios ao novo cenário que será posto para a implementação do Cartão Nacional de Saúde e dos novos sistemas de saúde. Ressaltou o projeto em curso para universalização do Cartão Nacional de Saúde, até o final do ano de 2014, que comporta a conectividade e o desenvolvimento de 'webservice' para a integração dos vários sistemas já desenvolvidos por estados e municípios com o sistema do Cartão. Enfatizou que não existirá substituição de informações, mas sim integração em todos os níveis.

CONASS: Pactuou a proposta, destacando a agilidade que será dada ao processo de trabalho, sem criar obstáculos a outros movimentos já iniciados.

CONASEMS: Em relação à proposta, manifestou-se pela aprovação. Destacou a apresentação do sistema E-SUS, realizada na assembléia do Conasems no dia anterior (21/11), tecendo elogios, no entanto, manifestou preocupações quanto às dificuldades de operacionalização, devido ao atual nível de conectividade das Unidades Básicas de Saúde. Solicitou que o Ministério da Saúde apresente cronograma contendo os tempos para que seja estabelecida a conectividade das UBS e implantação dos sistemas de saúde ao longo do ano de 2013. Questionou a forma como o projeto de conectividade será discutido com os prefeitos.

ENCAMINHAMENTO: Pactuada.

b) Minuta de Portaria que Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à atenção à saúde na gestação de alto risco, em conformidade com a Rede Cegonha. SAS/MS.

MS: Mencionou o encaminhamento dado pela CIT em 18/10/2012, de não pactuação e retorno do referido documento ao GT de Atenção à Saúde para rediscussão e construção de consenso, com vista à pactuação na CIT de novembro. Assim, contextualizou o processo de rediscussão.

CONASEMS: Sugeriu que as unidades filantrópicas sejam reavaliadas em 6 meses e questionou o percentual definido no § 1º do art. 30 considerando ser esse insuficiente para locação de imóvel. Ponderou que teve todas as suas considerações acatadas, sendo assim, foi pela pactuação do documento.

CONASS: Propôs que a taxa de redução das cesarianas seja de abrangência regional e não por maternidade. Solicitou ainda que fosse explicitado no Parágrafo único do Art. 6º que o aumento da consulta especializada para o pré-natal de risco será objeto de portaria específica. No § 3º do Art. 19, substituir avaliação por conhecimento.

ENCAMINHAMENTO: Pactuada, com a seguinte ressalva: exclusão do § 1º do Art. 30, por este está definido no recurso de custeio. Área técnica do MS revisará o documento inserindo as sugestões do Conass.

c) Minuta de Portaria que Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. SAS/MS

MS: Apresentou o Plano Nacional de Enfrentamento de Doenças Crônicas como objetivo estratégico do Governo Federal internalizado no Plano Nacional de Saúde e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde. Este Plano possui metas e ações específicas, nos eixos de Prevenção, Promoção, Vigilância e Cuidado em Saúde. O eixo da Vigilância está sob a coordenação da SVS, enquanto, as ações de Promoção, Prevenção e Cuidados em Saúde estão sob a coordenação da SAS. A construção das

d) Minuta de Portaria que Estabelece regulamento técnico,

normas e critérios para os Serviços de Assistência de Alta Complexidade ao Portador de Obesidade. SAS/MS

- e) Minuta de Portaria que Atualiza as diretrizes para organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e dá outras providências. SAS/MS

Linhas de Cuidado foi iniciada pela Rede de Atenção ao Câncer, que já está sendo discutida no GT de Atenção à Saúde, com vistas à pactuação na CIT de Dezembro deste ano e, em seguida, serão discutidas as Redes de Atenção da Hipertensão e Diabetes. Relatou a dificuldade em discutir as questões ligadas a apoio e diagnóstico, já que estes estão funcionando por procedimento, sem nenhum tipo de controle do impacto. Estas questões foram colocadas em Consulta Pública e em parceria com a UFMG para trabalhar na questão na reparametrização do SUS, ou seja, revisar a Portaria GM/MS nº 1101/2002. Considerou que isto pode agregar valor à Linha de Cuidado de Hipertensão e Diagnóstico. A discussão sobre estes temas será mantida no GT com previsão de propostas para pactuação em Fevereiro de 2013. Informou que a Portaria que Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) se configura como um ato normativo geral, enquanto as outras duas portarias, afetas a esta, tratam da Prevenção, do Cuidado na Atenção Básica e do aparato tecnológico, sendo principalmente, “tecnologia de gente”, ou seja, equipe multiprofissional. Em resposta a Conass e Conasems informou, ainda, que houve a inclusão de um procedimento na relação de procedimentos. Irá explicitar no caput da Portaria que esta se refere apenas a doenças crônicas não-transmissíveis. Por fim área técnica

CONASS: Cumprimentou a área técnica pelo avanço no Cuidado de Pessoas com Doenças Crônicas e reiterou uma ressalva feita na discussão desta portaria durante o GT: a proposição de somar o cuidado às pessoas com doenças transmissíveis. No entanto, após debate entenderam que as doenças transmissíveis têm peculiaridades e, portanto, necessitam de uma linha de cuidado específica. Além disto, propuseram algumas mudanças na Portaria do item “e”: incluir no Art. 7º os pacientes que fazem tratamento clínico e no *caput* do Art. 5º incluir a instância CIB. Por fim, houve alguns questionamentos sobre os valores atribuídos aos procedimentos listados na Portaria do item “d”.

CONASEMS: Fez apenas duas ressalvas à proposta: 1) se faz urgente à discussão sobre Hipertensão e Diabetes, principalmente, os sistemas de informação envolvidos; 2) manter na pauta a discussão

f) Minuta de Portaria que Redefine as diretrizes e normas para a organização e o funcionamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no âmbito da Atenção Básica e cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. SAS/MS

sobre a Prevenção da Obesidade.

ENCAMINHAMENTO: Pactuada

MS: Iniciou informando uma mudança no *caput* da Minuta de Portaria incorporando a sugestão do Conass, de ajuste na redação do mesmo. Ao invés de “redefine diretrizes e normas para organização e funcionamento” escrever que “redefine a quantidade de equipes vinculada a cada tipo de NASF”. Esta Portaria cria o NASF 3 que vem a ser o dispositivo com o objetivo de universalizar os NASF. Atualmente, o NASF 1 tem no mínimo 200hs de carga horária profissional e pode ser implantado a partir de 8 equipes de ESF; NASF 2 tem 120hs de carga horária profissional e pode ser implantado a partir de 3 a 7 equipes de ESF. Esta Portaria reduz a quantidade de equipes por NASF 1 de 8 para 5 equipes; o NASF 2 passa a ser possível em municípios de 3 a 4 equipes e cria o NASF 3 que tem no mínimo 80hs de carga horária. Mais de 1000 municípios que não tinham condições de receber recurso federal para implementação de NASF passam, com esta Portaria, a poder receber este financiamento. Portanto, reduz os parâmetros para que se universalize, ou seja, qualquer município que tenha a equipe de ESF pode ter NASF. Existe ainda a proposta de ampliar o PMAQ para os NASF e após esta avaliação, reiniciar um novo debate sobre este dispositivo. Reforçou ainda que esta Portaria faz um retorno à proposta original, que a equipe do Gastão Wagner propôs em 2005. Informou, por fim, que em 2011 existia uma lista represada de quase 300 solicitações de financiamento de NASF e que isto foi resolvido. Em resposta às colocações do Conasems informou o esforço em multiplicar os cursos de formação em ESF e o compromisso de incorporar um Artigo nesta Portaria que trate da reclassificação automática em caso de mudança no número de equipes de ESF.

Conass: Pela pactuação.

Conasems: Com universalização destes serviços surgem 2 questões: 1) pensar estes profissionais

g) Minuta de Portaria que regulamenta o incentivo financeiro destinado aos Municípios-Capitais para fortalecimento das ações de vigilância sanitária relacionadas a serviços de alimentação, na forma do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde. ANVISA/MS.

incorporados na ESF, mais especificamente, na assistência, principalmente, em cidades de grande porte e; 2) investir na formação destes profissionais. Indicou que se faz imperativa a necessidade de abrir vagas nos próximos editais dos cursos de formação do UNASUS, para os profissionais dos NASF.

ENCAMINHAMENTO: Pactuada

ANVISA/MS: Retomou o encaminhamento da última CIT de discutir esta pauta numa oficina ampliada tripartite (Subgrupo VISA e representantes das VISA municipais e estaduais das cidades-sede), no âmbito da Reunião da Câmara Temática da Saúde COPA 2014. Esclareceu que se trata de um projeto piloto, que não se propõe a substituir o Alvará Sanitário - instrumento legal que qualifica e legitima o funcionamento do setor regulado pela Vigilância Sanitária local. Esta proposta não pretende flexibilizar ou desqualificar o Alvará Sanitário, ao contrário, o objetivo é fortalecer e aprimorar o Sistema Nacional de VISA, ampliando a comunicação e interlocução com a sociedade. Informou que os prazos para os preparativos do ponto de vista dos processos de trabalho e legais (Diretrizes Nacionais) deverão ser formalizados e instituídos. Propôs que esta discussão ocorra no Subgrupo GT VISA considerando ser este um espaço triparte.

CONASS: Interrogou se a proposta está restrita apenas aos municípios das capitais sedes da Copa, ou se envolve aqueles, que de alguma forma, estão envolvidos com a Copa. Neste sentido, solicitou à Secretaria Executiva/MS que na próxima Assembléia fosse apresentado o Estado da Arte do que está sendo previsto para a Copa, para que todos os estados possam acompanhar os projetos da Saúde. Quanto à pactuação, o Conass informou que adotará o mesmo posicionamento que o Conasems.

CONASEMS: Posicionou-se pela aprovação e corroborou com a fala da ANVISA quanto à avaliação da importância e o papel do Alvará Sanitário. Sugeriu, considerando os prazos curtos, que houvesse

	<p>delegação para constituição de um GT Tripartite para propor e pactuar os atos normativos inerentes ao processo organizativo de trabalho (Diretrizes Nacionais).</p> <p>ENCAMINHAMENTO: Pactuada. A CIT delegou a Constituição de agenda no Subgrupo GT VISA Ampliado (ou seja, com a representação das vigilâncias sanitárias municipais e estaduais das cidades-sede) para pactuar os atos normativos inerentes ao processo organizativo de trabalho (Diretrizes Nacionais), uma vez que estados e municípios possuem legislação própria e há necessidade de prazos para que estes se organizem internamente.</p>
<p>4 Informes:</p>	
<p>a) Cirurgias Eletivas – setembro de 2011 a setembro de 2012. SAS/MS</p>	<p>MS: Apresentou um panorama dos números de Cirurgias Eletivas de Setembro de 2011 a Setembro de 2012. O número de cirurgias realizadas foram 513 mil, envolvendo R\$ 289.000.000 no FAEC e no 1.720.000 cirurgias envolvendo R\$ 813. 000.000 no MAC, com a ressalva de que no FAEC há informação apenas de 50% do complemento até Junho deste ano. Salientou que houve um incremento de 60% em procedimentos neste período. Reunindo MAC e FAEC notou-se que o acesso está avançando em um percentual tímido, considerando os recursos envolvidos. Somando a gestão estadual e municipal, dos R\$ 800.000.000,00 disponibilizados de setembro de 2011 a setembro de 2012, já foram transferidos cerca de R\$ 700.000.000. Atualmente, pode-se afirmar que a Gestão Estadual executou 44% dos recursos recebidos e a Gestão Municipal 35%. A avaliação feita foi negativa devido o complemento. Por fim, informou que já existem solicitações por parte dos gestores, de repasse de mais recursos, mas a recomendação do Colegiado do Ministro foi de acolher todos os pleitos no Componente 1 e para os Componentes 2 e 3, os gestores devem mandar tabelas com os números que expliquem a execução de seus recursos para análise e posterior transferência de mais recursos.</p>
<p>b) O Estado da Arte da Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer nas Redes de Atenção à Saúde, no</p>	<p>MS: Informou que vem sendo trabalhada desde Janeiro deste ano e discutida no GT Atenção à Saúde, desde Outubro, com vistas à pactuação na CIT de Dezembro deste ano.</p>

âmbito do SUS. SAS/MS.	
c) Ação Brasil Carinhoso: resultados da suplementação de Vitamina A nas crianças. SAS/MS.	<p>MS: O diretor do DAB/MS indicou que a meta do Programa é fornecer vitamina A para crianças de 6 a 59 meses, em 3.034 municípios brasileiros, priorizando os que integram o Plano Brasil Sem Miséria e que, em 2014, a ação será estendida para os demais municípios brasileiros. Além disto, mais 982 cidades receberam as cápsulas de megadose de Vitamina A o que proporcionou um aumento de 47,8 % no número de municípios atendidos. Destacou também, que a cobertura atingiu todos os DSEI.</p> <p>Em síntese, os resultados do balanço da expansão do Programa de Vitamina A (em 2012) são:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O suplemento de Vitamina A, adquirido de forma centralizada pelo MS, foi entregue a todos estados das regiões Norte e Nordeste e 34 DSEI, a tempo da Campanha de Vacinação de Agosto; • 3,1 milhões de crianças de 6 meses e 5 anos foram suplementadas, totalizando 64% de cobertura; • Suplementação vinculada à Campanha Nacional de Multivacinação de Agosto: superou a meta de 400 mil, sendo que 592.054 crianças receberam vitamina A na campanha. <p>Como “nó crítico”, ponderou que dos municípios da Região Nordeste, que já faziam parte do programa, 99,6% estão realizando a distribuição da vitamina A, mas apenas, 50,3% dos municípios da Região Norte e 26% dos municípios do Plano Brasil sem Miséria, localizados nas Regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul implantaram o programa. Por fim, ponderou que o estado de São Paulo e o Distrito Federal optaram por iniciar a implantação do Programa de Vitamina A apenas em 2013.</p>
d) Alteração na Minuta de Portaria do repasse financeiro	MS: Comunicou que foi prevista a publicação de duas portarias que autorizam a transferência de

<p>para o Instituto Adolfo Lutz – IAL e Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde – INCQS, pactuada na CIT de 22/10/2012. ANVISA/MS.</p>	<p>recursos financeiros ao IAL, e ao INCQS para atender aos seguintes objetivos: contribuir para a implementação do sistema de gestão da qualidade laboratorial na Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Sanitária e a disponibilização gratuita para participação nas rodadas de ensaio de proficiência e unidades de materiais de referência certificados para os Laboratórios de Saúde Pública. E justificou que o repasse para o IAL será feito este ano as expensas dos recursos orçamentários de 2012 e ao INCQS será realizada diretamente do orçamento no exercício de 2013.</p>
<p>e) Minuta de Portaria que autoriza repasse no Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde (PVVPS) do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde de incentivo financeiro para qualificação das ações de vigilância, prevenção e controle da dengue. SVS/MS.</p>	<p>MS: Referiu que o processo de debate com Conass e Conasems para concluir o formato final das modificações do financiamento da vigilância com as diretrizes que já foram acertadas na vigilância foi extremamente rico. Entretanto, pelas mudanças das gestões municipais, a expectativa é de finalizar a referida Minuta de Portaria no início do próximo ano. Ressaltou que para atender a uma demanda dos municípios e das Secretarias Estaduais, foi acordado tripartite, manter o incentivo de qualificação das ações da Dengue, que representam mais de 60% da população brasileira e que inegavelmente impactou na melhoria da qualidade das ações, a exemplo do aumento da realização do Lyra. Reforçou que essa Minuta dá continuidade, amplia e universaliza o incentivo de qualificação, estendendo a todos os municípios do Brasil e também às SES, para atendimento das ações de supervisão, treinamento e capacitação. Isso significa que os novos gestores não precisarão esperar até Abril para receber o 1º repasse relativo ao quadrimestre, ou seja, o acordo com Fundo Nacional de Saúde prevê que logo no início de Janeiro as novas gestões municipais recebam para acelerar as ações de controle da Dengue, o que envolve aproximadamente R\$ 173 milhões.</p>
<p>f) Minuta de Portaria que autoriza o repasse dos valores de recursos federais, relativos à preparação das campanhas anuais de vacinação de multivacinação, de influenza sazonal e de raiva animal, para o ano de 2013,</p>	<p>MS: Considerando o modelo de pactuação do repasse para Campanha de vacinação deste ano e em consonância com Conass e Conasems, informou que os recursos serão repassados fundo a fundo, em parcela única para Estados, Distrito Federal e Municípios relativos à preparação das campanhas anuais</p>

<p>para Estados, Distrito Federal e Municípios. SVS/MS.</p>	<p>de vacinação de multivacinação, de influenza sazonal e de raiva animal, para o ano de 2013. O objetivo é ter no começo do próximo ano disponibilidade orçamentária, para implantação de um novo modelo de financiamento. Pontuou que foi utilizado o mesmo parâmetro de 2012 e ressaltou ainda que se alguma Bipartite alterar algum tipo de pactuação, o MS fará a correção.</p>
<p>g) Situação sobre a pactuação dos indicadores referentes às regras de transição e o prazo de encerramento no SISPACTO. SGEP/MS</p>	<p>MS: Informou que atualmente 99,23% dos municípios pactuaram os indicadores da regra de transição, faltando apenas 41 municípios. Destes, 9 pactuaram, todavia não validaram, porque o Sispacto seria fechado no dia 15 de novembro, por isto e por conta do feriado, o prazo foi estendido até o dia 19/11. Como ainda faltam 41 municípios, foi acordado reabrir o sistema até o dia 05 de dezembro para que seja possível a consolidação de 100% de pactuação, pois, estes servirão de base para o relatório quadrimestral a ser apresentado em fevereiro de 2013. Acrescentou que a Nota Técnica dessa situação será encaminhada com a lista nominal dos municípios, aos Cosems e aos Secretários Municipais de Saúde, com vistas ao reforço desta ação.</p>
<p>h) Nota Técnica sobre a situação dos Municípios quanto aos Relatórios de Gestão no Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão - SARGSUS. SGEP/MS</p>	<p>MS: Apresentou um quadro atual da apreciação do RAG 2011, a situação do cadastramento de usuários para uso do SargSUS, e análise da atual situação de municípios que não declararam informação quanto à existência de Planos Municipais de Saúde. Quanto aos relatórios de gestão, 93,7% dos municípios alimentaram o sistema, e apenas 398 ainda não o fizeram. Para estes, será encaminhada Nota Técnica e solicitado aos Estados e Cosems apoio na execução dessa tarefa. Informou que atualmente há 12 Secretarias Municipais de Saúde que não se cadastraram no SargSUS, sendo este pré-requisito para que o respectivo Conselho possa avaliar e validar. Neste sentido, se faz necessário um esforço conjunto para o alcance de 100% de cadastramentos. Para informação da situação do relatório de gestão, ano base 2011 foi acordado que o SargSUS ficará aberto até fevereiro de 2013, com intuito de não prejudicar nenhum município. No entanto, de acordo com a LC nº 141/12, o relatório de gestão deveria ter sido apreciado pelos Conselhos até março de</p>

	<p>2012, embora o prazo tenha sido estendido até maio. Sendo assim, ponderou ser necessário um diálogo com os órgãos de controle, considerando que, ter atingido 94% dos municípios com relatórios informados, é um ganho considerável, que deverá ser mantido para 2013. Contudo, se o sistema não for alimentado até o prazo estabelecido, deverá ser aplicada a Lei, ou seja, a suspensão da transferência do recurso ao município.</p>
--	--

<p><u>DESTAQUES:</u></p>	<ul style="list-style-type: none">• O Presidente do CONASS solicitou a SGTES, se possível, para próxima CIT, a pactuação dos recursos da Educação Permanente 2012.• O Dia Nacional da Consciência Negra, 20/11/12, foi celebrado com a inauguração do túnel do MS, cujo tema é “igualdade racial no SUS é pra valer”. Esta ação teve como ato simbólico a “lavagem” do túnel pelas baianas, que contou com a participação do Secretário de Cultura do Estado da Paraíba, o cantor e compositor Chico Cesar, do Cartunista Pestana, e com a presença do Ministro de Estado da Saúde, da Unicef e UFBA.• O Dia Mundial de Luta contra a Aids será marcado com várias ações nacionais: dia 21/11 em BSB, dia 22/11 em São Paulo, 30/11 no RJ e o encerramento será dia 01/12 no Candeal em Salvador/BA, com a presença do Secretário Jorge Solla e do cantor e compositor Carlinhos Brown. A expectativa é alcançar até 500 mil pessoas testadas durante este processo. Informou que mais de 2.200 municípios aderiram às ações e foram distribuídos 750 mil testes para Aids, Sífilis e Hepatites Virais, no intuito de melhorar os dados publicizados no Boletim Epidemiológico. O mote da campanha 2012 é o diagnóstico e o tratamento precoce, com vistas à melhoria da qualidade de vida da pessoa soropositiva e a possibilidade de evitar novas
---------------------------------	---

	transmissões.
--	---------------