



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 10ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE DE 2013

12 DE DEZEMBRO DE 2013

**Em 12 de dezembro de 2013, participaram do Plenário da Tripartite:**

**MS:** Luiz Odorico Monteiro de Andrade; Márcia Aparecida do Amaral; André Luis Bonifácio de Carvalho; Jarbas Barbosa da Silva Junior; Sônia Maria Feitosa Brito; José Miguel do Nascimento Júnior; Antônio Alves de Souza; Mozart Júlio Tabosa Sales e Helvécio Miranda Magalhães Junior.

**CONASS:** Wilson Duarte Alecrim; Michele Caputo Neto; Vanda Maria Paiva; Miguel Ângelo T. Brandão d’Elia e René José Moreira dos Santos.

**CONASEMS:** Antonio Carlos Figueiredo Nardi; Wilames Freire Bezerra; Maria Salete Fernandes Cunha; Mauro Guimarães Junqueira; José Fernando Casquel Monti e Valdemar Ferreira Fonseca.

Conforme lista de presença anexa a este resumo.

**1. Abertura dos Trabalhos**

**Programa Mais Médicos SGTES/MS:**

**MS:** Iniciou a apresentação com um Balanço da segunda etapa do 2º ciclo do Programa Mais Médicos e as principais decisões tomadas para o 3º ciclo, além das propostas para o ano de 2014. Em seguida, relatou que os últimos profissionais matriculados no 2º ciclo estiveram em treinamento e em breve chegarão aos Estados. Os que ficaram em recuperação serão reavaliados e os médicos que não alcançaram desempenho satisfatório retornarão aos países de origem para realizarem nova capacitação.

No Edital do 3º ciclo do Programa, as vagas serão ofertadas, prioritariamente, aos médicos brasileiros, e apenas as remanescentes serão disponibilizadas

aos profissionais estrangeiros. As inscrições para esse Edital foram prorrogadas no intuito de contemplar os estudantes de Medicina que estão em fase de conclusão de curso e receberão os certificados com atraso, devido mudanças na divulgação da lista dos aprovados no Exame Nacional de Desempenho de Estudantes - ENADE.

Informou que o PROVAB e o Programa Mais Médicos terão uma via única de entrada. O profissional poderá optar pela linha do PROVAB e atuar por um ano com pontuação adicional para Residência Médica, ou por meio do Programa Mais Médicos e atuar por três anos sem pontuação para a Residência médica.

Esclareceu que o PROVAB 2014 terá o seguinte arranjo: as vagas para o Edital único serão disponibilizadas conforme situação dos Municípios e cobertura de supervisão, o Programa será mantido até que se cumpra a meta de universalização da Residência no ano de 2017, além da prorrogação da adesão dos municípios e da abertura de Edital para novos médicos. Esta proposta será levada para aprovação na Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

Dando seguimento, descreveu o contingente atual de médicos inscritos no PROVAB e de Instituições Supervisoras distribuído por regiões e municípios. E esclareceu alguns dos motivos de desligamento de alguns profissionais do PROVAB no ano vigente, como: ausência de inscrição no curso de especialização, não cumprimento da carga horária, múltiplos empregos, nota insatisfatória na fase de avaliação e por solicitação do próprio médico. E por fim, reforçou a necessidade da notificação destas situações, por parte dos gestores municipais, junto às Coordenações Estaduais do Programa.

Relatou que há um grande empenho do Governo Federal, em articulação com os Estados, Municípios e a CNRM, para ampliação de Programas de Residência Médica e Multiprofissional no país. Informou que a SGTES está analisando as propostas decorrentes da adesão aos editais do Pró-Residência de 2013, e que, em 2014 o Programa Pró-Residência será estendido aos Hospitais Filantrópicos e Santas Casas, o governo federal pretende co-financiar a contrapartida dos hospitais filantrópicos das bolsas financiadas pelos governos estaduais.

Um a dois anos de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade será pré-requisito para ingressar nas demais especializações. O residente fará a especialização terá um ano de Medicina Geral, Atenção Básica e Urgência/Emergência e será como um R1 obrigatório e pré-requisito para a grande maioria das especialidades. A proposta é que o PROVAB seja substituído por esse processo intermediário entre a graduação e a pós-graduação.

Esta Política é o resultado de um processo de parametrização de necessidades baseado nas Linhas de Cuidado e de regulação das Especialidades em todas as regiões do território brasileiro. Existe a proposta de criação de uma Minuta de Decreto que irá regulamentar o Cadastro Nacional de Especialistas que

servirá de base para a programação das intervenções futuras nos serviços de saúde. Este tema será levado para Consulta Pública. Reforçou que a formação dos especialistas médicos no país deve estar submetida aos interesses do Sistema Único de Saúde, regulada pelo Estado, regionalizada e descentralizada.

Finalizando convidou representantes de Estados e Municípios para o evento, no dia 20 de dezembro de 2013, que será realizado pelo MEC, MS e Coordenações Estaduais do Programa Mais Médicos para tratar de assuntos afetos à supervisão do Programa nas Instituições de Ensino Superior.

**CONASEMS:** Parabenizou o MS pelos resultados conquistados com o Programa Mais Médicos. Solicitou a autorização e legalização para os médicos estrangeiros e intercambistas atuarem em sistema de plantão, aos sábados e domingos, nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) dos Municípios em que estão lotados.

Disse ainda que, alguns Municípios encontraram dificuldades no sistema de cadastro on-line de adesão ao 3º ciclo do Programa como, por exemplo, o Município de Maceió.

Ponderou a necessidade de ser informado de forma oficial sobre a data exata de chegada dos médicos inscritos no 3º ciclo nos Municípios e que este acolhimento seja realizado após a segunda quinzena de fevereiro de 2014.

Quanto ao Pró-Residência apoiou a proposta do MS e afirmou que o financiamento para os Hospitais Filantrópicos e ampliação das bolsas otimizará as vagas já existentes e novas vagas serão ofertadas com o intuito de incrementar o número de profissionais especialistas.

Propôs que nesta Reunião Ordinária Tripartite seja homologado e pactuado o PROVAB 2014 com os números de vagas e Municípios já estabelecidos no PROVAB 2013.

**CONASS:** Solicitou maior atenção, controle e regulação quanto à Formação Médica e especialmente à Residência Médica que deverá ser adequada de acordo com as necessidades da população. Corroborou com o CONASEMS quanto à homologação do PROVAB 2014 e a solicitação da atuação dos médicos durante os finais de semana. No entanto, solicitou que o tema seja discutido com os gestores e que sejam avaliados os riscos e benefícios para esta mudança, especialmente devido à carga horária estabelecida para estes profissionais.

**MS:** Em resposta ao Conasems quanto à dificuldade de alguns Municípios para adesão através do sistema de cadastro via internet solicitou que a ocorrência seja notificada para que sejam tomadas as devidas providências. Além disto, informou que a proposta para o 3º ciclo é contemplar os

Municípios que já aderiram ao Programa nas fases anteriores.

Sobre a data estabelecida para a chegada dos profissionais às capitais relatou que a agenda está em construção e em breve será disponibilizada aos gestores, assim como solicitado.

Disse que juntamente com a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e o Conselho Nacional de Educação (CNE) está discutindo e confeccionando as estratégias para as Diretrizes Curriculares Nacionais e da formação médica, o que em breve será enviado para CONASS e CONASEMS.

Por fim, informou que o PROVAB 2014 foi aprovado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e acatou a proposta de homologação imediata do PROVAB 2014 nesta Reunião Ordinária Tripartite.

#### **ENCAMINHAMENTOS:**

Homologado o PROVAB 2014 com o número de vagas e Municípios já estabelecidos no PROVAB 2013;

MS disponibilizará o calendário de forma oficial com a data exata de chegada dos médicos inscritos no 3º ciclo nos Municípios para Conass e Conasems.

## **2. Apresentações e Discussões**

a) Lei Complementar nº 141/2012 e o SIOPS: Condicionamento de Transferências Constitucionais e Suspensão de Transferências Constitucionais e Voluntárias – SE/MS.

**MS:** Contextualizou sobre o andamento da normatização dos condicionamentos e suspensão de transferências constitucionais dados pela LC nº 141/2012, bem como sobre o módulo para acompanhamento, do SIOPS, que o Ministério da Saúde está desenvolvendo. Relembrou os requisitos mínimos para o SIOPS expostos na LC nº 141/2012 em seu Artigo 39: a obrigatoriedade de registro pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios; processos informatizados de declaração, armazenamento e exportação dos dados; disponibilização do programa de declaração aos gestores do SUS de forma automática; realização de cálculo automático dos recursos mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde; previsão de módulo de controle externo, que será utilizado pelos Tribunais de Contas para registro de pareceres prévios das contas de estados, municípios e União; e integração, mediante

processamento automático entre o SIOPS e o sistema eletrônico centralizado de controle das transferências da União aos demais entes da Federação, mantido pelo Ministério da Fazenda. Destacou que o Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, regulamentou os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências constitucionais, além da suspensão e restabelecimento das transferências constitucionais e voluntárias. Além disto, este Decreto estabeleceu que o SIOPS demonstre o condicionamento e suspensão das transferências constitucionais, por meio de interoperação com o sistema do agente financeiro da União, que neste caso é o Banco do Brasil, acarretando a criação de um novo módulo para o monitoramento das transferências constitucionais condicionadas e suspensas. Reforçou que o prazo estabelecido neste mesmo Decreto para transmissão das informações será até o dia 30/01/2013 com mais 30 dias para realização de notificação automática do SIOPS aos gestores, não ocorrendo neste período nenhuma punição. Esclareceu que, caso a homologação de dados não ocorra até o dia 2 de março de 2014, conforme legislação vigente e mencionada, as transferências constitucionais e voluntárias serão suspensas no primeiro decêndio deste mês, ou seja, até o dia 10 de março.

Apresentou as 05 situações envolvidas para o condicionamento e suspensão de transferências constitucionais e voluntárias. Informou que está sendo disponibilizado no sítio eletrônico do SIOPS um espaço para tratar das implicações legais, além de uma página contendo os fluxogramas e orientações sobre as 05 situações apresentadas. Avisou ainda que o módulo de monitoramento das transferências constitucionais condicionadas e suspensas está sendo desenvolvido pelo DATASUS. Neste módulo será possível ao ente realizar consultas sobre a sua situação de transmissão, consultas às transmissões realizadas, além dos detalhes do

condicionamento. Enfatizou que será possível ter acesso ao extrato sobre todo o andamento das exigências da LC nº141/2012, detalhando que o processo inicia-se a partir do momento em que o Ente deixa de cumprir o mínimo exigido pela lei, gerando débito.

**CONASS:** Agradeceu a informação prestada.

**CONASEMS:** Elogiou a participação da Coordenadora Geral de Economia da Saúde do MS, Fabíola Sulpino, na reunião do Conares e destacou o documento elaborado pelo Conasems, relatando problemas vivenciados pelas equipes das Secretarias Municipais, Cosems e também dos representantes nos núcleos do SIOPS, que podem acarretar em penalidades tanto para gestores de saúde municipais, como também para Prefeitos e seus suplentes. Relatou os problemas enfrentados com a certificação destes representantes legais, durante o processo de recebimento dos *Tokens* de acesso ao SIOPS, destacando que apenas 50% dos municípios conseguiu cumprir as exigências realizadas, sendo que o prazo para certificação encerra-se no dia 31/12/2013. Informou que foi solicitado ao MS o envio de uma nota, solicitando que as empresas responsáveis pela certificação e validação cumpram os compromissos de agendamento firmados com Secretários e Prefeitos (dia, hora, local e etc.), e que demais responsabilidades, apuradas pelos motivos elencados, possam ser justificadas na ocorrência de eventuais atrasos.

**MS:** Ressaltou que 55% dos municípios estão com o cadastro regular. Lembrou que na primeira quinzena de março/2013 o MS encaminhou os *Tokens* para todos os Prefeitos e Governadores, e disponibilizou o serviço de 05 empresas credenciadas para certificação digital em todo o país, com mais de 3 mil postos de atendimento. Contextualizou todo o processo e

	<p>os problemas de certificação vivenciados desde março/2013. Informou que foram relatados problemas em que a Secretaria de Saúde tenha arcado com os custos de certificação, destacando que nestes casos será necessária a formalização do ocorrido, uma vez que de acordo com o contrato firmado entre o MS e as empresas certificadoras, não existirá ônus para Estados e Municípios. Confirmou o recebimento do documento entregue pelo Conasems, mas reforçou que como se tratava de um Relatório não oficial, pois não tinha a identificação do Conasems, faz-se necessário que este o reenvie de forma oficial ao MS para que da mesma forma possa receber uma resposta oficial às questões apresentadas quanto ao processo de certificação digital.</p> <p><b>ENCAMINHAMENTO:</b> O Conasems enviará oficialmente ao MS o relato das questões e dificuldades relativas à certificação digital para que a SE/MS elabore nota técnica e resposta oficial ao Conselho sobre os pontos elencados, especialmente quanto a eventuais problemas relatados no processo da certificação digital e prazos para homologação de dados no SIOPS.</p>
<p>b) Política Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) – SAS/MS.</p>	<p><b>MS:</b> Contextualizou o Programa Nacional de Triagem Neonatal (Portaria GM/MS Nº 822/2001), que tem como meta o diagnóstico de doenças genéticas e/ou congênitas em fase pré-sintomática, permitindo o tratamento precoce e o acompanhamento multidisciplinar dos doentes, evitando graves distúrbios funcionais, neurológicos e motores, próprios da evolução clínica das doenças. O PNTN é composto pela integração das 03 Triagens Neonatais (Biológica ou ‘teste do pezinho’, Ocular e Auditiva). Destacou os principais pontos do novo marco normativo do programa, ressaltando que este está em discussão no âmbito do Grupo de Trabalho de Atenção à Saúde da CIT, com previsão de pactuação na reunião ordinária da CIT no mês de fevereiro de 2014. Reforçou ainda que o Sistema de Informação em Triagem</p>

	<p>Neonatal encontra-se em discussão no subgrupo de Informação e Informática do GT de Gestão da CIT. Enfatizou ainda, o esforço conjunto com as 27 Unidades da Federação para a extinção das 04 fases do PNTN, universalizando a Triagem Neonatal para doença falciforme e fibrose cística no ano de 2013. Realçou que estas metas estão pactuadas com a Casa Civil da Presidência da República para o ano de 2014.</p>
<p>c) Estado da arte do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) – SVS/MS.</p>	<p><b>MS:</b> Destacou que para a Vigilância é importante que a informação seja rapidamente transmitida, independente do refinamento dos dados, ou seja, o importante é ser informado do caso suspeito para a tomada de decisão, e somente após a implementação das ações necessárias para o controle da doença, o registro pode ser mais criterioso. Percebe-se que o ato do registro acabou sendo entendido como a ação mais importante no Sinan, e por isso há uma preocupação em preencher informações que não serão necessárias para a tomada rápida de decisão. Lembrou da pactuação tripartite de notificação em até 24 horas para alguns agravos e que na prática a notificação tem ocorrido em alguns casos em mais de 07 dias. Comentou ainda que cerca de 10% dos registros de um ano são digitados nos anos seguintes e que na média há um atraso de 30 a 45 dias na atualização dos dados nacionais. A consequência é a execução de ações de Vigilância sem evidências, utilizando-se de bases de informações não formais, retrabalho, demora na identificação de inconsistências. Além disso, informou que o atual Sinan possui alto custo de instalação e manutenção, exige contínua modernização de equipamentos e contínuo processo de treinamento para atualizações. Destacou também a baixa capacidade de ampliação de unidades notificadoras, a baixa flexibilidade para a atualização dos Sistemas de Vigilância, gerando a necessidade de utilização de sistemas não licenciados e limitação para atualização dos sistemas, sendo que em alguns</p>

casos para a atualização é necessária a instalação localmente, em cada máquina.

Destacou que para o desenvolvimento do novo Sinan foi feito um investimento de R\$ 3.828.000,00 (três milhões e oitocentos e vinte e oito mil reais), com prazo de execução no triênio 2012-2014. O responsável pelo desenvolvimento é a empresa Totvs, com gestão da SVS – DATASUS – CINFO/MS. Destacou uma mudança no novo sistema, que vem permitir que os Municípios transmitam diretamente os dados, já que, atualmente, apesar de o Sinan estar instalado em 96% dos municípios brasileiros, apenas em 07 estados da Federação os Municípios transmitem diretamente seus dados. Explicou que haverá três opções de implantação do sistema a serem pactuadas nas Bipartites: a primeira opção tem baixo custo, rapidez de atualização, alta segurança e possui apenas uma base de dados compartilhada nacionalmente; a segunda possui um custo mais elevado, mas está disponível para as Secretarias Estaduais de Saúde – SES, para instalação no seu servidor, sincronizando com a base nacional e liberando o *link* para as Secretarias Municipais – SMS; e a terceira opção, apesar de estar prevista, possui alto custo para todos e praticamente não altera o atual modelo, não sendo por isso recomendada pelo MS. Lembrou por fim que, embora todas as Bipartites terão que discutir e optar pela opção mais indicada para sua realidade, é importante que o gestor esteja inserido nesta discussão.

Destacou que as fichas do Sinan estão mais simples, mas que ainda se apresenta extensa devido à falta de consenso para a redução. Apresentou as novas funcionalidades do sistema, com possibilidade de ser usado em dispositivo móvel, facilitando a notificação pelo serviço privado, garantindo maior oportunidade de captação das doenças de notificação imediata e destacou que será disponibilizado tutorial sobre o Sinan para facilitar a notificação.

**CONASS:** Parabenizou o MS pelos esforços para a disponibilização do sistema, mas ponderou sobre a dificuldade de conectividade no Brasil. Relatou que foi encaminhado um Ofício conjunto com o CONASEMS relatando a preocupação sobre o Sistema de Captação de Atendimentos, destinado especificamente ao DATASUS/SGEP e ao DRAC/SAS e que como resposta foi informado sobre a impossibilidade de discussão destas questões. Como a proposta é homologar na CIT de fevereiro, seria imprescindível discussão prévia sobre o tema.

**CONASEMS:** Cumprimentou o MS pelo sistema SINAN. Corroborou com Conass em sua ponderação quanto ao Sistema de Captação de Atendimentos e reitera a surpresa com a resposta do Ofício. Destacou que, junto ao Conass, participou efetivamente na construção e elaboração deste Sistema de Informação, e considerou temerário o lançamento imediato deste sistema, manifestando-se pela postergação devido às atuais falhas. Registrou que este tema deve ser remetido novamente às instancias técnicas para a construção conjunta.

**MS:** Concorda que a questão da conectividade é um problema e informou que o MS já possui um mapeamento desta situação e está provendo mudanças, destacando como exemplos disto, o SISREG, a aquisição de 04 equipamentos *Oracle Exadata Database*, assim como a instalação de Internet banda larga para 13.000 Unidades de Saúde no Brasil. Esclareceu que nada foi imposto, e que não mudará a rotina, pois os sistemas estão funcionando em paralelo, sem prejuízo das etapas. Explicou que há uma previsão de que, em janeiro de 2014, o novo sistema seja homologado e colocado em ambiente operacional, para que possa ser testado e avaliado, e que, caso seja identificada alguma dificuldade operacional o cronograma poderá ser adiado. Alertou que um dos problemas identificados em relação ao sistema é a possibilidade de que este esteja sendo atacado por *hackers* com interesse comercial. Conclui

	<p>que este é um problema a ser enfrentado por todos os entes e conta com o apoio de Conass e Conasems.</p> <p><b>ENCAMINHAMENTO:</b> Estado da Arte do e-SUS para tripartite de fevereiro de 2014; reunião extraordinária do GT de Gestão do subgrupo Informação e Informática para discussão do Sistema de Captação de Atendimentos do SISRCA.</p>
<p><b>3. Discussões e Pactuações</b></p>	
<p>a) Minuta de Portaria que dispõe sobre as diretrizes para a organização e funcionamento dos serviços de ouvidoria do Sistema Único de Saúde e suas atribuições – SGEP/MS</p>	<p><b>MS:</b> Ressaltou a importância da matéria apresentada, destacando a unicidade que será atribuída as ouvidorias do SUS em todo o país. Atualmente existem aproximadamente 1.300 ouvidorias instaladas no Brasil, no entanto, para que este número continue a crescer faz-se necessária a definição destas diretrizes. Lembrou das Oficinas realizadas pelo país e das conversas com ouvidores municipais, além dos encaminhamentos provenientes das reuniões no Colegiado da SGEP e também do Grupo de Trabalho de Gestão da CIT. Destacou o avanço apresentado na ouvidoria ativa, articulado aos processos de regulação, sendo esta minuta de portaria o início de um futuro mais sistêmico. Reforçou a necessidade de adoção das referidas diretrizes por estados e municípios.</p> <p><b>CONASS:</b> Compreende a importância da referida minuta, entendendo que os gestores devam se apropriar cada vez mais deste mecanismo de participação social. Solicitou que no artigo 2º os parágrafos 1º e 2º sejam substituídos por um parágrafo único contendo a seguinte redação: <i>“Os serviços de ouvidoria do SUS, em todas as esferas de governo, de acordo com a conveniência e oportunidade do ente federativo, poderão ser estruturados no âmbito de ouvidoria geral”</i>.</p> <p><b>CONASEMS:</b> Deu boas vindas à nova diretora do Departamento de Ouvidoria do SUS, Vanilda</p>

	<p>Alves, convidando-a para futuras participações nas assembleias do CONARES. Pactuou o referido documento.</p> <p><b>ENCAMINHAMENTO:</b> Pactuada, em acordo com a solicitação do Conass de alteração na redação do Art.2º da Minuta de Portaria.</p>
<p>b) Minuta de Portaria que institui a Política de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e aprova as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras – SAS/MS.</p> <p>c) Minuta de Portaria que estabelece a organização dos Serviços de Atenção Especializada e Serviços de Referência em Doenças Raras, integrantes da Política de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, e define regras para a habilitação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) – SAS/MS.</p>	<p><b>MS:</b> Saliou que o tema foi exaustivamente discutido no Grupo de Trabalho da Câmara Técnica da CIT, GT de Atenção à Saúde, e nas Assembleias do Conass e Conares. Contextualizou o processo de construção informando a criação de um Grupo Técnico que, no período de 2012 e 2013, elaborou a proposta e a submeteu à Consulta Pública. Este grupo técnico trabalhou também a incorporação de exames diagnósticos. Pontuou que a Política apresenta: a organização da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Raras no SUS; a organização por meio dos estabelecimentos de saúde para o cuidado e financiamento para o serviço e o diagnóstico. Fez menção à publicação, no Estado de São Paulo, da Agência Nacional de Saúde (ANS) sobre a incorporação dos exames para diagnóstico das Doenças Raras feita pela CONITEC. Afirmou que a incorporação supracitada garante que todos estejam contemplados na estratégia.</p> <p><b>CONASS:</b> Parabenizou a todos os envolvidos na elaboração da proposta e disse que, logo de início, o entendimento foi de que esta proposta permitiria um aumento nos processos de judicialização.</p> <p>Em seguida solicitou os seguintes ajustes na minuta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Art. 7º, incluir nas competências do MS, a questão dos medicamentos e fórmulas nutricionais;</li> <li>• No inciso VI do Art. 8º alterar a redação para: “Definir os estabelecimentos de saúde de</li> </ul>

natureza pública sob sua gestão, que ofertam ações de promoção e prevenção e que prestam o cuidado às pessoas com doenças raras, em conformidade com a legislação vigente” e a partir disso, discutir o formato de funcionamento. Esta redação também deverá constar no inciso XI do Art. 9º;

- No Art. 13 verificar a possibilidade de inclusão de um Parágrafo único que explicita a aquisição de medicamentos de forma centralizada, usando a mesma estratégia que o MS adota para os medicamentos da Oncologia;
- No Art. 27 da Minuta de Portaria que diz respeito à organização dos serviços, solicitou que seja inserido um Parágrafo único ressaltando que os medicamentos serão objeto de Portaria específica.

**CONASEMS:** Corroborou com as ponderações do Conass e enfatizou que a questão dos medicamentos e fórmulas nutricionais dentro deste processo é de extrema importância para dar início à discussão das demandas especiais que têm chegado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, sem definição de responsabilidades e custeio para este fim. Mencionou a necessidade de se discutir a questão do Tratamento Fora do Domicílio – TFD, visto que, os pacientes devem ser deslocados para os Centros de Referência, que são raros no país.

**MS:** Em resposta aos questionamentos do Conass e Conasems quanto à judicialização, enfatizou que a articulação com o Conselho Nacional de Justiça e Conselho Nacional do Ministério Público, que já fez reiteradas solicitações ao MS, como instrumento de combate à judicialização, a elaboração de uma Política e de protocolos e diretrizes. Salientou a publicação de 24 protocolos e diretrizes já com as incorporações da CONITEC. Destacou também que, além do movimento social e parlamentar, foram inseridas no debate todas as universidades

envolvidas com pesquisas na área de genética clínica. Além disto, os gastos do MS e dos Estados em processo de judicialização relacionados às doenças raras tem somado um valor aproximado de 1 bilhão de reais envolvidos. Em relação a proposta de alteração da redação no Art. 8º afeta aos profissionais da equipe, acatou sem ressalvas a demanda. Já no que se refere a inclusão de medicamentos na referida minuta de portaria, ponderou não ser possível e que a questão está inserida no campo da Assistência Farmacêutica como um todo. Comprometeu-se em avançar com maior celeridade a discussão da Assistência Farmacêutica Especializada. Propôs inserir nesta minuta apenas um Artigo indicando que os medicamentos serão objeto de Portaria específica. Acrescentou informando que 25 doenças raras possuem protocolos, medicamentos incorporados e pactuação de financiamento já definido. Ressaltou que processos de ações judiciais, em especial as relacionadas às doenças genéticas, como Mucopolissacaridose e Doença de Fabry, já estão na CONITEC. Por fim, fez menção ao fluxo tripartite: incorporação pela CONITEC, acordo com o Ministro da Saúde, processo de pactuação tripartite de alocação, ou seja, definição do componente e responsabilidades do financiamento.

**ENCAMINHAMENTOS:** Pactuadas, com as seguintes ressalvas:

- Serão ajustadas as redações do inciso VI do Art. 8º e do inciso XI do Art. 9º da minuta de portaria que institui a Política, bem como a redação do Art. 27 da minuta de organização dos serviços, conforme solicitação do Conass;
- Será inserido um artigo genérico no capítulo do financiamento dizendo que após incorporação dos medicamentos pela CONITEC estes passarão por uma pactuação específica para verificação de responsabilidades e financiamento;

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MS apresentará na CIT de março/2014, o Estado da Arte das Parcerias por Desenvolvimento Produtivo – PDP (quantas foram assinadas, quantas em curso, tipos de medicamentos, impacto no SUS) e o funcionamento da CONITEC.</li> </ul>
<p>d) Minuta de Portaria que institui diretrizes para a organização das linhas de cuidado no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde – SAS/MS.</p>	<p><b>MS:</b> Esta Minuta de Portaria vem complementar a Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de, 2013 que Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). No processo de construção e pactuação da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade percebeu-se a necessidade de se construir uma Linha de Cuidado geral para evitar a repetição destas diretrizes em todas as Portarias de Linha de cuidado específicas. Por fim, informou que esta Minuta foi discutida no GT de Atenção e nas Assembléias de Conass e Conasems respectivamente.</p> <p><b>CONASS:</b> Pactuada.</p> <p><b>CONASEMS:</b> Pactuada</p> <p><b>ENCAMINHAMENTO:</b> Pactuada.</p>
<p>e) Minuta de Portaria que define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e as diretrizes clínicas para o cuidado às Pessoas com DRC na Rede de Atenção das Pessoas com Doenças Crônicas no Sistema Único de Saúde – SAS/MS</p>	<p><b>MS:</b> Informou que o cenário atual da Atenção à Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) está focado na Terapia Renal Substitutiva, dentro da lógica do tratamento hemodialítico e que 70% dos diagnósticos de doença renal vêm sendo realizados nas Urgências e Emergências dos Hospitais.</p> <p>A proposta aqui apresentada se propõe a modificar este panorama com o objetivo de estabelecer um cuidado na Fase pré-dialítica, retardando assim, o início da hemodiálise e antecipar, quando já em hemodiálise, o transplante renal. Além disto, traz a possibilidade de novas tipologias de habilitação/adesão e incentivo financeiro na Atenção Especializada/Ambulatorial, ou seja, no acompanhamento deste paciente na fase pré-dialítica.</p>

Sendo duas destas tipologias: 1. Fase do acompanhamento da pessoa com DRC em Hemodiálise e 2. Fase do acompanhamento da pessoa pré-dialítica.

Reforçou, portanto, que está sendo proposta aqui uma mudança radical de paradigma na Atenção à Pessoa com DRC, ou seja, transformar pagamento de sessão de hemodiálise em atendimento à Saúde Renal Integral. Esta proposta vem sendo discutida no Conselho Nacional de Saúde com várias Associações de usuários.

Afirmou que, no Brasil existe um desequilíbrio na relação entre hemodiálise e diálise peritoneal que precisa ser revisto e discutido. E que outras questões que envolvem, por exemplo, fístulas e hemodiálise pediátrica já estão sendo discutidas.

Além disto, informou que a ANVISA já elaborou revisão da Resolução sobre Terapia Renal Substitutiva envolvendo mudanças estruturais, em uma nova visão de Vigilância Sanitária, mais focada em processo do que na estrutura, e aguarda a pactuação desta Minuta para a publicação.

Disse que já estão abertas as inscrições do Curso de Especialização e Atualização em Saúde Renal com milhares de vagas para médicos da Atenção Básica, enfermeiros, técnicos de enfermagem e especialistas. Este curso é fruto de uma parceria entre SGTES, SAS UFMA e UNASUS.

**CONASS:** Registrou que já havia solicitado, neste Plenário, a revisão da Política de Atenção a Pessoa com DRC. Em seguida, disse se sentir contemplado pelas colocações do Secretário da SAS no que diz respeito à mudança de paradigma com um olhar sobre a Atenção Integral à Pessoa com DRC.

Ressaltou que esta proposta pode melhorar também a questão do Transporte fora do

	<p>domicílio (TFD) porque a ampliação das tipologias para adesão, com a inclusão da Diálise Peritoneal vai produzir uma melhoria no fluxo destes usuários na Rede.</p> <p>Em seguida, afirmou que o fluxo de desembolso financeiro do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC) tem estado fora da escala de programação definida e considera importante obter certa regularidade neste repasse. Afirmou ainda que se faz necessário avançar no debate do financiamento destes serviços ambulatoriais. Propôs que fique a critério dos Estados a confecção das fístulas.</p> <p><b>CONASEMS:</b> Afirmou que do ponto de vista assistencial esta proposta caminha no sentido da integralidade e do ponto de vista do modelo de operação e financiamento também mostra avanço porque sai da lógica de produção.</p> <p><b>ENCAMINHAMENTO:</b> Pactuada.</p>
<p>f) Minuta de Portaria que amplia e incorpora procedimentos para a atenção especializada às Pessoas com deficiência auditiva no Sistema Único de Saúde (SUS) – SAS/MS.</p>	<p><b>MS:</b> Trata-se da incorporação de alguns procedimentos e tecnologias, que já foram avaliados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC), cuja discussão, para o 1º semestre de 2014, versará sobre a Linha de Cuidado da Atenção à Pessoa com Deficiência Auditiva, elaborada em consonância com o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite.</p> <p>Com relação a esta Minuta de Portaria, pontuou que o intuito, considerando que já é realizado o cuidado para o Implante Coclear (IC) às pessoas com Deficiência Auditiva, é de incorporar o IC bilateral apresentando diretrizes e indicações clínicas específicas. Deste modo, além de definir indicações clínicas para o IC unilateral e bilateral, também propõe a manutenção pelo SUS do componente externo, assim como a incorporação da Prótese Auditiva Ancorada no Osso (PAAO) em situações específicas, para as pessoas com ausência de meato auditivo. Tais</p>

	<p>incorporações visam à ampliação do cuidado à saúde auditiva no âmbito do SUS. Sobre a forma de repasse do financiamento, o GT sugeriu que fizesse uma série histórica e durante 6 meses fosse repassado o recurso via Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC), já acatado e discutido com o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (DRAC).</p> <p><b>CONASS:</b> Indica pela pactuação, tendo em vista a conformidade com o que está posto na Minuta de Portaria. Todavia, sugeriu apenas uma ressalva: que os procedimentos permaneçam por mais 6 meses, com o pagamento via FAEC.</p> <p><b>CONASEMS:</b> Corroborou com o posicionamento do Conass e encaminhou pela pactuação.</p> <p><b>ENCAMINHAMENTO:</b> Minuta de Portaria Pactuada.</p>
<p>g) Minuta de Portaria que institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) – SAS/MS.</p> <p>h) Minuta de Portaria que dispõe sobre o financiamento do serviço de avaliação e acompanhamento às medidas terapêuticas aplicáveis ao paciente judiciário, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) – SAS/MS.</p>	<p><b>MS:</b> Apresentou a proposta que vem criar um serviço na interface Saúde e Sistema Judiciário composto por uma equipe financiada pelo SUS para assessoramento aos juízes. Esta equipe irá avaliar e monitorar os usuários em situação de encarceramento e aprisionamento em Hospitais de Custódia com o objetivo de oferecer aquilo que determina a Lei de Saúde Mental Brasileira, ou seja, medidas comunitárias.</p> <p><b>CONASS:</b> Reiterou solicitação proposta em Assembléia de que no Art. 6º do item 3.g. fique a seguinte redação: “A coordenação do serviço disposta nesta norma é de responsabilidade do gestor estadual de saúde podendo haver pactuações específicas nas instâncias colegiadas”. Além disto, solicitou maior clareza quanto ao que se destina o recurso empenhado, reforçando a importância da possibilidade de pagamento de recursos humanos com o objetivo de evitar saldos nos Estados.</p> <p><b>CONASEMS:</b> Pactuado</p> <p><b>ENCAMINHAMENTO:</b> Pactuadas, em acordo com a solicitação de alteração de redação do Art.</p>

	6º feita pelo Conass.
i) Calendário anual de reuniões da Comissão Intergestores Tripartite para 2014 – SGEP/MS	<p><b>MS:</b> Após apresentação de todas as datas do calendário, a SGEP propôs alteração no calendário da CIT, em virtude da grande mobilização para realização da II Mostra Nacional de Experiências em Gestão Estratégicas no SUS - Expogep. Sendo assim, solicitou que a 1ª CIT de Fevereiro de 2014, ocorresse na Expogep, o cenário seria dia 06 de fevereiro de 2014.</p> <p>Na oportunidade, reforçou o convite a todos para participação neste Evento, que terá o II Encontro de Acolhimento dos Gestores Municipais, com vistas à agenda tripartite.</p> <p><b>CONASS e CONASEMS:</b> Acataram o calendário conforme apresentação original.</p> <p><b>ENCAMINHAMENTO:</b> Calendário Pactuado.</p>
<b>4. Informes</b>	
a) 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 Projetos de Assentamento de Reforma Agrária e outros empreendimentos sujeitos ao Licenciamento Ambiental em áreas de risco ou endêmica para malária – SVS/MS.	<p><b>MS:</b> Esta Minuta de Portaria vem substituir e unir outras duas Portarias, já existentes, que tratam do processo de licenciamento ambiental, da avaliação de potencial Malarígeno, do atestado de condição sanitária do projeto de assentamento de reforma agrária e empreendimentos sujeitos ao licenciamento ambiental. Apesar de ser uma nova Portaria o processo continua o mesmo, ou seja, está mantida a responsabilidade do empreendedor e a avaliação feita pelo gestor. Além disto, esta proposta traz um aumento de 67% no recurso repassado aos Estados para realização de levantamento entomológico.</p>
b) Preparação para a detecção de caso importado de cólera no Brasil – SVS/MS.	<p><b>MS:</b> Informou que ainda existem muitos casos e cólera no Haiti e devido a grande migração de haitianos para o Brasil surge a possibilidade de identificarmos alguns casos importados. Diante disso, foi discutida com os gestores a necessidade de elaboração de um plano de contingência,</p>

	<p>para organização das ações. O prazo dado pela SVS para envio dos planos estaduais é dia 16 de dezembro sendo que após esta data os planos serão consolidados pelo MS.</p>
<p>c) Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos – SVS/MS.</p>	<p><b>MS:</b> Informou sobre a mudança do protocolo que coloca o tratamento de forma precoce independente da situação do sistema imunológico. Destacou que o Brasil é o terceiro país do mundo a adotar esta mudança, sendo esta uma tendência mundial. Explicou que a expectativa é de que além de ampliar o número de pessoas em tratamento, seja reduzida a possibilidade de transmissão do vírus HIV. Relatou que em conjunto com a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) estão sendo tomadas medidas para estimular a descentralização do acompanhamento das pessoas vivendo com AIDS e que este seja realizado em Unidades Básicas de Saúde, por equipe multidisciplinar. Destacou que a SVS enviará a todos os Secretários, Ofício sobre a necessidade de que seja iniciado o tratamento para todas as pessoas indicadas, de acordo com o protocolo atual.</p>
<p>d) Chamamento Público para contratação de cursos aplicados à Vigilância em Saúde – SVS/MS.</p>	<p><b>MS:</b> Informou que, tendo em vista que a Secretaria de Vigilância em Saúde oferece inúmeros cursos de capacitação, foi realizada uma oficina com participação tripartite para lançamento de chamamento público do processo de capacitação de cursos aplicados à vigilância, no intuito de contribuir para que estados e municípios possam cumprir com suas atribuições e responsabilidades descritas na Portaria nº 1.378 de 09 de julho de 2013 que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Lembrou a importância da participação das Bipartites neste processo, bem como dos gestores, com o objetivo de garantir que os cursos oferecidos atendem as expectativas locais.</p>

e) Acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família – vigência atual – SAS/MS.

**MS:** O objetivo deste informe é compartilhar a preocupação com o alcance da meta de acompanhamento das condicionalidades em saúde do Programa Bolsa Família, tendo em vista que o setor saúde tem o compromisso intersetorial de acompanhar duas vezes por ano as crianças menores de 7 anos, em relação ao calendário vacinal, aos parâmetro de vigilância alimentar e nutricional, do crescimento da criança e assistência ao pré natal e ao puerpério dos membros das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. Neste sentido, informou que a atual vigência teve início no dia 29 de julho e terminará no próximo dia 30 de 2013. Ressaltou que o acompanhamento é de 11,8 milhões de família, mas o resultado parcial da primeira semana de dezembro foi de apenas 5,7 milhões de famílias, o que representa 51% das famílias a serem acompanhadas. Lembrou que a meta nacional de acompanhamento é de 73% das famílias e que nas duas últimas vigências esta meta foi alcançada. Pontuou que a preocupação consiste à medida que se compara este mesmo período com as 3 vigências passadas, cujo resultado é de 7 pontos percentuais abaixo do desempenho observado. Ressaltou que o Programa Bolsa Família completa 10 anos e nessa celebração foi constatado um conjunto de evidências que sinalizam: um impacto positivo na transferência de renda sobre a qualidade de vida dessas famílias e do conjunto da sociedade brasileira e o impacto da significativa redução da mortalidade infantil. Comunicou que no último Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS 2013, o trabalho premiado como tese de doutorado expressou o impacto positivo do Programa na redução da mortalidade infantil, em especial aquela vinculada a pobreza, a diarreia e a desnutrição. Deste modo, o intuito é pedir o apoio dos Senhores (as) Secretários (as) de Saúde para um esforço final até o dia 30 de dezembro, com vistas a alcançar os 73% da meta nacional.

<p>f) Divulgação da Agenda das Regiões de Saúde do Arquipélago do Marajó no âmbito da Política Nacional de Desenvolvimento Regional – SE/MS.</p>	<p><b>MS:</b> Este informe diz respeito a um conjunto de agendas feitas durante o ano de 2013, com participação da Casa Civil, o Ministério da Integração Nacional, o Desenvolvimento Agrário (no território de cidadania) e o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Foram agendas realizadas em 3 momentos, envolvendo o Arquipélago do Marajó, oeste do Pará e o Xingú, que integram discussões sobre o contexto da Política de Desenvolvimento Regional, instituído por Portaria nº 1.987/2012. Os objetivos dessas agendas, inclusive para o próximo ano, são de trazer os resultados para o Grupo de Trabalho de Gestão da CIT, capitaneado pela Secretaria Executiva do MS, com posterior apresentação dessas ações, vinculadas as atividades da Tripartite em 2014.</p>
<p>g) V Conferência Nacional de Saúde Indígena – SESAI/MS</p>	<p><b>MS:</b> Cumprimentou a todos e agradeceu a participação de Conass e Conasems na V Conferência, que foi muito bem avaliada pelos participantes, principalmente pelos indígenas, que eram a maioria. Estiveram presentes aproximadamente 1.212 delegados credenciados, mais 200 convidados, num total de quase 2.000 pessoas. Comunicou que o Relatório consolidado da V Conferência apresenta 453 propostas, de um conjunto de quase 1.500, que vieram das 34 etapas distritais e 306 locais. A percepção da discussão nacional é de que houve uma tendência dos delegados em manter a maioria das propostas que vieram, nos 4 eixos temáticos e 8 sub eixos. Desta maneira, das 453 propostas, permaneceram no Relatório final 428, somente 25 foram para o debate da plenária final, sendo 18 mantidas com algumas exclusões parciais e 7 delas totalmente excluídas. Outro detalhe que chamou atenção foi o posicionamento unânime, especialmente das lideranças indígenas, com relação ao modelo de contratação do pessoal para a saúde indígena e a proposta de concurso público, que veio de algumas etapas distritais, rejeitada também formalmente pela unanimidade de delegados na</p>

etapa nacional. Tais situações configuram-se como um elemento complicador, tendo em vista a decisão que consta no Termo de Conciliação Judicial assinado pelos: Ministério Público do Trabalho, Planejamento e Saúde obrigando a em 4 anos substituir toda força de trabalho contratada por meio de convênio, por Servidor Público Federal efetivo. Nesse sentido, essa decisão será formalizada ao Ministério Público do Trabalho, uma vez que será substituído no final do ano, por meio de concurso público, mais de 4 mil trabalhadores. Pontuou que de todos os eixos, o da Atenção Primária, por exemplo, foi o que menos apresentou propostas, o contrário do eixo da Gestão que expôs 127 propostas, discutindo a questão da logística e toda estruturação para levar o atendimento às aldeias. Outro debate considerável foi à necessidade da integração com o Conass e Conasems, com os gestores estaduais e municipais sobre a atenção de média e alta complexidade. Em resposta, informou que a tripartite aprovou uma Resolução, que diz respeito à participação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) nas CIB e nas CIR como convidados. Indicou também a necessidade do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) como elemento importante nessa integração para atendimento da média e alta complexidade, assim como o fortalecimento do Controle Social a partir da participação dos representantes indígenas nos Conselhos Estaduais e Municipais. Disse que após a conclusão do Relatório, este será encaminhado a Conass e Conasems.

Elogiou a mesa que teve a participação do Secretário de Atenção à Saúde, do Conass e do Conasems, sobre a atenção integral diferenciada nas 3 esferas de governo, com debate afetos a gestão, recursos humanos, capacitação, formação, prática de saúde e medicina tradicional.

Ressaltou a Portaria nº 3.031, de 11 de dezembro 2013 que Institui Grupo de Trabalho para reavaliar o Incentivo de Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI), de que trata a

Portaria nº 2.656/GM/MS, de 17 de outubro de 2007, e propôs novos critérios para o financiamento das ações complementares de atenção à saúde indígena. Referiu que será feito também um diagnóstico das Unidades (postos de saúde e pólos básicos) visando reformá-las, inclusive para não dificultar a entrada dos médicos do Programa Mais Médicos para o atendimento na saúde indígena.

Por fim, reforçou como fator preponderante para a integração das 3 esferas de governo, a participação de Conass e Conasems na V Conferência.

**CONASS:** Parabenizou o Secretário da Saúde Indígena pelo evento. Quanto à participação dos DSEIS nas CIR considera importante na busca da integralidade no SUS.

Em seguida fez um destaque em relação à publicação da Portaria nº 2.974, de 4 de dezembro de 2013 que dispõe sobre a aquisição, pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS) ou Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS), de medicamentos e insumos constantes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), incluindo os medicamentos dos Componentes Básico, Estratégico e Especializado da Assistência Farmacêutica, de responsabilidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios, para atendimento aos povos indígenas e cria Grupo de Trabalho para avaliação e elaboração de proposta de incorporação de novos medicamentos e insumos para atendimento à saúde indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em primeiro lugar, questionou a falta da discussão tripartite desta Portaria e, em seguida, interrogou sobre o montante a ser descontado do orçamento dos Estados e Municípios de acordo com esta proposta. Considera, portanto, que esta Portaria interfere de forma negativa na relação Interfederativa. Além disto, criticou a relação que considera centralizada dos DSEIS

	<p>com o DF no que diz respeito à informação e gestão.</p> <p>Apesar disto, elogiou os investimentos feitos na melhoria e qualidade da Atenção Básica e o avanço que o Programa 'Mais Médicos' está produzindo no acesso e qualidade da Atenção à Saúde desta população.</p> <p><b>MS:</b> Relatou que à época da FUNASA tudo o que o Indígena necessitava, desde exames a medicamentos, era adquirido via Convênio. No entanto, a partir do Acórdão nº 402 do TCU isto foi proibido. Portanto, a partir de 2011 começou a realizar novos Convênios, pois não havia outra alternativa para contratação de pessoal.</p> <p>Outro ponto importante é que as Advocacias Gerais da União e dos Estados não autorizam a adquirir medicamentos que não estejam incluídos na lista básica da Saúde Indígena da RENAME. A proposta com esta portaria publicada é que os DSEIS que não estão conseguindo obter os medicamentos prescritos nos Municípios ou nos Estados consigam adquirir qualquer medicamento, ou seja, que o índio não fique sem a devida assistência.</p> <p><b>ENCAMINHAMENTO:</b> Pautar a discussão da Portaria nº 2.974, de 4 de dezembro de 2013 no Grupo de Trabalho de Ciência e Tecnologia da CIT.</p>
<p>h) Situação da alimentação do Relatório de Gestão, ano 2012, no SargSUS – SGEP/MS.</p>	<p><b>MS:</b> Informou que apenas 96 municípios brasileiros ainda não alimentaram o Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão- SARGSUS com o RAG ano base 2012 e solicitou apoio ao Conass e Conasems para que, até o final de 2013, 100% dos municípios tenham alimentado o SARGSUS.</p>
<p>i) Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013: Situação Brasil – SGEP/MS.</p>	<p><b>MS:</b> MS informou que até o momento 90% dos municípios já pactuaram os indicados e que as ações serão intensificadas para que seja alcançado 100% da pactuação até o final de 2013. Solicitou o apoio do Conass junto as estados de Alagoas, Amapá e Rondônia, pois apesar de estarem numa fase avançada de validação, as homologações ainda são poucas o que impede a</p>

	<p>conclusão da pactuação. Por fim, salientou que embora aos Estados do Ceará e Mato Grosso do Sul já tenham assinado o COAP, estes também alimentarão o Sistema, no intuito de, facilitar a elaboração do Relatório quadrimestral em 2014.</p>
<p>j) Workshop Internacional do laboratório de Inovação em escuta e participação social – SGEP/MS.</p>	<p><b>MS:</b> Informou sobre o workshop realizado no período de 02 a 06 de dezembro, em Brasília-DF, que contou com a participação de representantes de Portugal e Alemanha, compondo o processo de cooperação internacional realizado pela SGEP/MS, visando qualificar o trabalho e as ações de Ouvidoria no Sistema de Saúde brasileiro.</p>
<p><b>DESTAQUES:</b></p> <p><b>1. Maquete eletrônica dos Centros Especiais de Reabilitação – SE/MS:</b></p> <p>Após apresentação eletrônica das maquetes, o MS informou que no intuito de atender a demanda da Rede à Pessoa com Deficiência, do Plano Viver Sem Limite, foram desenvolvidos 7 projetos diferentes, com arquitetura e complementares, já analisados pela Anvisa, para as deficiências: física, auditiva, visual e intelectual. Os projetos estão disponíveis aos municípios que fizeram a adesão em 2012 e 2013 e também para a Caixa Econômica Federal para avaliação.</p> <p><b>2. Destaque quanto à Minuta de Portaria que institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) – SAS/MS:</b></p> <p><b>CONASS:</b> Informou que em discussão na Assembléia surgiu dúvida quanto à caracterização: “profissional com experiência em saúde mental”. Como esta experiência deve ser comprovada.</p> <p>Além disto, houve questionamentos sobre os critérios utilizados na parametrização das equipes. Levando-se em consideração a proporção utilizada nos presídios em São Paulo solicitou mudar este parâmetro para 1200 pessoas por Equipe.</p> <p>Por fim, parabenizou as equipes do MS, na pessoa do Dr. Dário Pasche, e do Conasems pelo trabalho e empenho nesta discussão.</p> <p>MS: Esclareceu que o profissional deve ser um psiquiatra ou um profissional com experiência no campo da saúde mental e isto deverá ser comprovado da</p>	

forma que o contratante acreditar ser a melhor. Em relação ao parâmetro foi ofertada uma proposta pelo Conass e nós estamos construindo uma contra-proposta que será debatida amanhã pela manhã no GT de Atenção. Por fim, o Secretário da SAS acatou a proposta de parametrização de 1200 pessoas por Equipe.

**ENCAMINHAMENTO:** MS acatou a proposta de parametrização de 1200 pessoas para 1 Equipe, no entanto, ficou mantida agenda do GT de Atenção para o dia seguinte.